

# UNIVERSITE DE LIMOGES

## FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2010

THESE N°

<p><b>IVRESSE ET RISQUE A L'ADOLESCENCE</b> <b>ETUDE CAS-TEMOIN D'UNE POPULATION</b> <b>HOSPITALISEE</b></p>
--

T H E S E

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 21 Octobre 2010

PAR

**Mlle Anne-Zoé Zabraniecki**

Née le 13 Novembre 1980 à Toulouse

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur J.- P. Clément .....- Président  
M. le Professeur V. Guignonis ..... -Juge  
Mme le Professeur A. Lienhardt..... -Juge  
M. le Professeur J.P. Raynaud ..... -Juge  
M. le Professeur R. Trèves ..... -Juge  
M. le Docteur B. Olliac ..... - Directeur de thèse  
Mme le Docteur M.-M. Bourrat ..... - Membre invité  
Mme le Professeur M. Daoust ..... -Membre invité  
M. le Docteur J.-F. Roche ..... - Membre invité

# UNIVERSITE DE LIMOGES

## FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2010

THESE N°

<p><b>IVRESSE ET RISQUE A L'ADOLESCENCE</b> <b>ETUDE CAS-TEMOIN D'UNE POPULATION</b> <b>HOSPITALISEE</b></p>
--

T H E S E

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 21 Octobre 2010

PAR

**Mlle Anne-Zoé Zabraniecki**

Née le 13 Novembre 1980 à Toulouse

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur J.- P. Clément .....- Président  
M. le Professeur V. Guignonis ..... -Juge  
Mme le Professeur A. Lienhardt..... -Juge  
M. le Professeur J.P. Raynaud ..... -Juge  
M. le Professeur R. Trèves ..... -Juge  
M. le Docteur B. Olliac ..... - Directeur de thèse  
Mme le Docteur M.-M. Bourrat ..... - Membre invité  
Mme le Professeur M. Daoust ..... -Membre invité  
M. le Docteur J.-F. Roche ..... - Membre invité

2 rue du Dr Marcland  
87025 LIMOGES cedex  
Tél. 05 55 43 58 00  
Fax. 05 55 43 58 01  
www.unilim.fr

## UNIVERSITÉ DE LIMOGES

### FACULTÉ DE MÉDECINE

#### DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

#### ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc  
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques  
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

\*C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (Sur 31/08/2011)	PEDIATRIE
DENIS François (Sur 31/08/2011)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (Sur 31/08/2013)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (Sur 31/08/2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GUIGONIS Vincent	PÉDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

**MELLONI** Boris  
**MERLE** Louis (C.S)  
**MONTEIL** Jacques (C.S)  
**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
**MOULIES** Dominique (C.S)  
**MOUNAYER** Charbel  
**NATHAN-DENIZOT** Nathalie (C.S)  
**PARAF** François  
**PLOY** Marie-Cécile  
**PREUX** Pierre-Marie  
**RIGAUD** Michel (Sur 31/08/2010)  
**ROBERT** Pierre-Yves  
**SALLE** Jean-Yves (C.S)  
**SAUTEREAU** Denis (C.S)  
**SAUVAGE** Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)  
**STURTZ** Franck  
**TEISSIER-CLEMENT** Marie-Pierre  
**TREVES** Richard  
**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)  
**VALLAT** Jean-Michel (C.S)  
**VALLEIX** Denis  
**VANDROUX** Jean-Claude (Sur 31/08/2011)  
**VERGNENEGRE** Alain (C.S)  
**VIDAL** Elisabeth (C.S)  
**VIGNON** Philippe  
**VIROT** Patrice (C.S)  
**WEINBRECK** Pierre (C.S)  
**YARDIN** Catherine (C.S)

PNEUMOLOGIE  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
NEUROCHIRURGIE  
CHIRURGIE INFANTILE  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
OPHTALMOLOGIE  
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES  
RHUMATOLOGIE  
CANCEROLOGIE  
NEUROLOGIE  
ANATOMIE - CHIRURGIE GENERALE  
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION  
MEDECINE INTERNE  
REANIMATION MEDICALE  
CARDIOLOGIE  
MALADIES INFECTIEUSES  
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

#### **MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG** Daniel  
**ANTONINI** Marie-Thérèse (C.S)  
**BOURTHOMIEU** Sylvie  
**BOUTEILLE** Bernard  
**CHABLE** Hélène  
**DURAND-FONTANIER** Sylvaine  
**ESCLAIRE** Françoise  
**FUNALOT** Benoît  
**HANTZ** Sébastien  
**LAROCHE** Marie-Laure  
**LE GUYADER** Alexandre  
**MOUNIER** Marcelle  
**PICARD** Nicolas  
**QUELVEN-BERTIN** Isabelle  
**TERRO** Faraj  
**VERGNE-SALLE** Pascale  
**VINCENT** François  
**WEINBRECK** Nicolas

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  
PHYSIOLOGIE  
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE  
PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
ANATOMIE - CHIRURGIE DIGESTIVE  
BIOLOGIE CELLULAIRE  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HYGIENE HOSPITALIERE  
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE  
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
BIOLOGIE CELLULAIRE  
THERAPEUTIQUE  
PHYSIOLOGIE  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

#### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**CAIRE** François

NEUROCHIRURGIE

#### **P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

#### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

**BUCHON** Daniel  
**BUISSON** Jean-Gabriel

MÉDECINE GÉNÉRALE  
MEDECINE GENERALE

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**DUMOITIER** Nathalie  
**PREVOST** Martine

MEDECINE GENERALE  
MEDECINE GENERALE

## REMERCIEMENTS

### **A Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT**

Professeur des universités  
Praticien Hospitalier  
Psychiatre

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez apporté dans le domaine de la psychiatrie adulte et du sujet âgé. Je vous suis également reconnaissante d'avoir bien voulu accepter mon échappée de six mois vers la pédopsychiatrie toulousaine.

### **A Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD**

Professeur des universités  
Praticien Hospitalier  
Pédopsychiatre

Je vous remercie pour avoir su me transmettre lors de vos cours de pédopsychiatrie l'envie d'exercer cette profession si passionnante. Je vous remercie également pour votre grande disponibilité et votre écoute. Soyez assuré de ma gratitude pour m'avoir permis d'être si bien accueillie sur des services pédopsychiatriques toulousains (le hasard voulant que je sois accueilli sur l'hôpital où je suis née et où mon père a débuté...la boucle est bouclée...).

### **A Madame le Professeur Anne Lienhardt**

Professeur des universités  
Praticien Hospitalier  
Pédiatre

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse. Nous vous remercions d'avoir bien voulu accorder un intérêt à ce travail et d'avoir accepté de le juger. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

**A Monsieur le Professeur Vincent Guignonis**

Professeur des universités

Praticien Hospitalier

Pédiatre

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse et de juger ce travail.

Nous vous prions de bien vouloir recevoir à cette occasion l'expression de nos vifs remerciements et de notre profond respect.

**A Monsieur le Professeur Richard Treves**

Professeur des universités

Praticien Hospitalier

Rhumatologue

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse et de juger ce travail de thèse.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde considération.

**A Madame le Professeur Martine Daoust**

Professeur des universités

Professeur en pharmacologie

Rectrice de l'Académie de Limoges

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail, nous vous remercions d'y apporter un regard éclairé. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

**A Monsieur le Docteur Bertrand Olliac**

Praticien Hospitalier

Pédopsychiatre

Je te remercie pour ton soutien, ton accompagnement et ta gentillesse tout le long de ce travail. Ta patience, tes anecdotes, ton calme m'ont aidé à bien gérer le stress des derniers jours.

**A Madame le Docteur Marie-Michèle Bourrat**

Praticien Hospitalier

Pédopsychiatre

Je vous remercie pour le regard psychanalytique et le savoir que vous avez su nous faire partager, notamment durant les réunions du lundi.

Je suis sensible à l'intérêt que vous portez à mon travail, en acceptant l'invitation à cette thèse.

**A Monsieur le Docteur Jean-François Roche**

Praticien Hospitalier

Pédopsychiatre

Je vous remercie pour votre accueil dans votre service ce dernier semestre, où le travail fut très enrichissant. Terminer mon cursus d'interne dans votre service m'a permis de profiter de vos connaissances et de votre expérience dans la prise en charge des adolescents en pédopsychiatrie. Je vous remercie également pour votre présence à la soutenance de cette thèse.

A toi Gérard, nos deux histoires se sont rencontrées, et ensemble nous passons de merveilleux moments. Tu as su supporter ma « tête de cochon » (dixit mon grand-père), et me reconforter dans les moments difficiles.

J'ai adoré nos virées ensemble, que ce soit à Toulouse, Lisle Jourdain, Limoges, Paris, Montréal, Rome, Florence, Chambéon, Saint Etienne, Biarritz... en attendant d'autres excursions...

Quatre ans à faire les allers retours Limoges – Toulouse (je connais l'A 20 par cœur, désormais...) qui se terminent et vont nous permettre de vivre notre histoire autrement... et réaliser enfin certains projets.

A toi ma p'tite moman, pleine de courage et de détermination, même dans les moments les plus durs. Tu m'as accompagné dans la vie, rassuré pendant les coups durs, appris à aller de l'avant, relativiser et savoir regarder le côté positif des choses.

J'adore nos virées « accrocs du shopping », nos moments passés dans les salons de thés à deviser sur tout et n'importe quoi, les livres, les expos, les films, la psychiatrie...

A toi papa, j'aurais tant voulu que tu sois là aujourd'hui (parce que bon, c'est aussi un petit peu de ta faute si je suis là...). Ton absence est toujours aussi grande.

Tu m'as appris à être curieuse de tout, à m'intéresser à tout, et à recueillir les bestioles de tous poils... (Titus, échappé de l'hôpital psychiatrique te remercie...)

En espérant devenir un médecin aussi apprécié que tu as su l'être.

A mon p'tit frerot Hugo, le petit dernier plus si petit que ça, je suis fière d'avoir un petit frère aussi posé, toujours de bonne humeur et ouvert d'esprit : ne change pas !

A Chloé qui partage sa vie, et que j'adore pour son naturel et sa spontanéité.

A mon grand frère Nicolas, dont je suis tout aussi fière. Qui a migré vers le pays de la chaussure pour y fonder sa jolie petite famille, et faire un merveilleux papa.

A Cécilia qui partage sa vie, pleine de force et de volonté. En souvenirs de cours de salsa partagés, et que j'ai bien vite et lâchement abandonnés.

Apolline et Roméo, les plus beaux évidemment...

A papi, surnommé « papi colle » qui répare tout... tout pleins de bons souvenirs de Chambéon avec Nicolas, Hugo, toi et mami. (Les fameux gouters de 16 heures, les ballades à vélo...).

Merci pour ta gentillesse, tout ces bons moments et pour tous les souvenirs que tu nous fais partager.

A mami, en souvenir de tous ces bons moments, l'apprentissage du tricot (je fais toujours des trous), les gâteaux, tu as été une véritable grand-mère pleine de tendresse, de réconfort et de sollicitude.

A Suzanne qui partage la vie de mon grand père et le rend heureux



A Manette, une grand-mère pas comme les autres, avec qui je garde de très bons souvenirs d'enfance (le schtroumpf qui pond des œufs, il fallait l'inventer celle-là), et qui a su marquer toutes les personnes qui l'ont rencontrée.

A la famille de Gérard pour m'avoir si chaleureusement accueillie.

A Annabelle, ma meilleure amie, un peu perdue de vue depuis l'internat, mais toujours présente au bout du fil. J'espère retrouver nos virées à deux sur Toulouse...on a des tas de bonbons Haribo (crocodiles rouges pour moi) et de shopping en retard...

A Sarah, une amie toute aussi importante. Douze ans de médecine, dont huit années ensemble, c'est pas rien...tu m'as permis d'avoir pleins de bons souvenirs de la fac de médecine, et de tenir le choc des deux concours... ce fut dur mais on y est arrivé (enfin, je crois, parce qu'à l'heure où j'écris ces mots, je n'ai pas rendu cette thèse...).

J'espère te retrouver de retour de mon exil limougeaud, pour partager pleins de moments ensemble.

A Paola...je suis vraiment heureuse de t'avoir rencontrée, tu as rendu l'internat très vivant, et tu es une amie sur qui l'on peut toujours compter. Merci pour ces expériences culinaires partagées, qui m'ont évitées bien des barquettes de l'internat...

En souvenir des soirées plus ou moins arrosées...et des soirées dvd...

A Mathias, l'adorable petit crapaud. On vous attend tout les deux sur Toulouse.

A Houda, merci pour ta gentillesse, et pour nous avoir fait partager un peu de ton pays (et notamment la cuisine...)

A Mathilde, qui sous des dehors sérieux, est toujours partante pour faire la fête. Merci pour ta gentillesse, et tes conseils touristiques et gastronomique sur Limoges.

A Patrick...où que tu sois...

A Caroline, pour toute l'aide précieuse apportée pour ce travail de thèse.

A Cristina...merci pour la vodka moldave, presque aussi bonne que la vodka polonaise, mais j'attends toujours le caviar...

A Aurélie, pour ta gentillesse, et en souvenir des allers et retours sur Toulouse. Au plaisir de se retrouver sur Toulouse, et pas pour des cours cette fois.

A Grégory : TCCiste pour la vie, sans qui je ne serais rien (c'est ça que tu voulais que j'écrive ?)...

A Adrien, collègue toulousain et pauvre victime de la soirée mousse (« Si, si, si Paris était mis en en bouteeeeiilllllle ! ») Elodie, la meilleure des présidentes (merci pour Toulouse), et future maman (à l'heure où j'écris), Coralie, Aurélien...et ses blagues...beaucoup de victimes sur Esquirol...et l'HME...

A Jean-Jacques, qui a bien animé mon dernier semestre sur Esquirol, merci pour ta bonne humeur, et ton rire communicatif.

A Farres et Nidal, de joyeux drilles qui m'ont fait connaître la cuisine syrienne et libanaise.

A Marion, Camille, Jonathan, Etienne, Mathieu.

A Aurore, en espérant te revoir sur Toulouse avec Paola, ou peut-être sur Paris.

A Cécile toujours partante pour une bonne soirée.

A Alban, pour ces six mois d'« équipe mobile » inoubliables, merci pour ta présence et ta bonne humeur... jamais plus je ne jouerai à Armor Games sans penser à toi... Tu passes à Toulouse quand tu veux.

A Sandrine, toujours souriante, compatissante et pleine de bon sens... je suis heureuse d'avoir travaillé avec toi.

A Aline, Marie Astrid et Céline... les aînées... merci pour vos conseils pédopsychiatriques avisés et pour votre disponibilité.

A Benjamin et Magalie, Guillaume, Lucie, et Fabien.

A M. le Professeur Garoux que j'aurais aimé voir siéger à ce jury. Les moments passés avec vous lors de mon stage à l'HME, ont été des moments enrichissants sur le plan clinique et humain.

A toutes les équipes soignantes et aux médecins que j'ai pu rencontrés sur Esquirol et qui m'ont si bien accueillie... spéciale dédicace à l'équipe de Berguouignan, Dide, Laborit, Avicenne, Lafarge et ... Bellevue dit Prettyview at last but not the least...

A l'équipe du CPCI, et en particulier à Corinne qui m'a bien aidé pour le résumé en anglais.

A l'équipe du CMP de Blagnac et de la liaison pédopsychiatrique de la maternité Ducuing, qui m'ont si chaleureusement accueilli.

En revanche... je ne remercie pas :

Les barquettes de l'internat

Les plots en béton devant l'internat qui ont eu raison de mon pare choc, et la glissière du parking de pédiatrie qui a complété le tableau

Les sandwiches des stations service : je les ai tous essayé... tous le même goût...

La clé USB qui en s'auto détruisant a emporté avec elle la moitié de ma bibliographie en Janvier...

Les chats et les lapins d'Esquirol qui font bouger les buissons les nuits de garde...

Word qui s'est éteint deux fois sans sauvegarder ma thèse... et encore une troisième fois juste avant le rendu...



Il vaut encore mieux se servir d'une arme brisée que de rester les mains nues.

W. Shakespeare (Othello, Acte I Scène III)



*Le cri ( G.Gasparotto)*



## I] INTRODUCTION

*« Informés des désordres que cause l'ivrognerie voulant y mettre un terme et faire cesser les autres inconvénients qui arrivent de l'ébriété nous ordonnons que quiconque sera trouvé ivre soit incontinent est retenu au pain et à l'eau pour la première fois, que la seconde, outre cette peine, il soit battu de verge ou de fouet dans la prison, que s'il récidive une troisième fois, qu'il soit fustigé publiquement, que s'il est incorrigible, il soit puni d'imputation des oreilles, d'infamie ou de bannissement avec injonction expresse, au juge de chacun en son territoire d'y veiller diligemment et qu'enfin s'il arrive que par ébriété ou chaleur de vin les ivrognes commettent quelque crime, l'ivresse ne pourra leur servir d'excuse, qu'au contraire, ils seront punis des crimes qu'ils auront commis et encore punis par une autre peine à l'arbitrage du juge pour s'être enivré ».*

Cet Edit date du 15 Août 1536 et fut publié par François Premier, suite à des désordres causés par des gens ivres en Bretagne. Il est un des exemples des diverses mesures mises en place par les pouvoirs, au fil des siècles, afin d'endiguer les phénomènes d'ivresses publiques et de consommation d'alcool à outrance.

Ces excès inquiètent donc les autorités depuis plusieurs siècles. On les attribuait essentiellement aux adultes. Depuis plusieurs années de nouveaux phénomènes s'installent chez les adolescents, comme par exemple le « binge drinking », phénomène anglais qui se propage chez les jeunes d'Europe, de France et du limousin. Ces modes de consommations excessifs inquiètent les adultes par les risques physiques, psychologiques et sociaux qu'ils impliquent.

Les jeunes inquiètent davantage et interpellent le monde adulte par les « apéros facebook » : avec un nouveau mode de communication, ils s'emparent et réinterprètent une habitude du monde adulte qu'est l'apéritif alcoolisé.

Les autorités s'interrogent sur les limites, les réglementations, les préventions à adopter face à ce monde adolescent en éternelle opposition et provocation.

Dans l'exercice de la pédopsychiatrie, dans le cadre de l'urgence le plus souvent, nous sommes amenés à rencontrer des jeunes dont le motif de consultation est une ivresse éthylique.

L'amputation d'oreilles et le bannissement étant passés de mode, il est important de savoir proposer une prise en charge adaptée à l'adolescent alcoolisé. Dans quelles mesures devons nous éviter une position trop banalisante ou trop dramatisante face au jeune et sa famille afin de ne pas renforcer les conduites de l'adolescent.

L'objet de cette thèse est une réflexion plus réaliste sur la population adolescente qui arrive alcoolisée aux urgences.

Au cours de l'entretien clinique, il est important de pouvoir distinguer une consommation qui se situe dans une dynamique d'essai, de recherche de limites, propre à l'adolescence, d'une consommation nocive, abusive, où l'adolescent est en réelle souffrance, utilisant l'alcool comme un anxiolytique, sédatif, permettant de supporter une réalité interne difficile.

Nous avons donc voulu comprendre ce qu'est une consommation d'alcool abusive ou nocive chez les adolescents. Puis nous avons voulu explorer les facteurs qui peuvent influencer un adolescent et favoriser une consommation abusive :

Nous nous sommes intéressés à l'impact que pouvait avoir l'environnement du jeune sur ses consommations d'alcool, quels étaient les facteurs associés aux risques de consommations abusives.

La vision de la société, l'histoire et le poids culturel de l'alcool influencent également notre regard, et celui de l'adolescent sur l'alcool. Elles tiennent une grande part dans notre attitude, et notre tendance à banaliser ou au contraire à dramatiser la consommation d'alcool chez l'adolescent.

Consommer de l'alcool est source de risques somatiques, psychologiques et sociaux. Rechercher le risque peut également être source d'alcoolisations. La consommation adolescente excessive est inquiétante, et complète l'éventail des conduites à risque à leur apogée durant l'adolescence.

A cette période de la vie, on ne peut déterminer de limite précise entre un comportement normal et un comportement pathologique dans les conduites à risque, puisque tous les adolescents s'exposent au risque. Dans un contexte clinique, il sera pourtant essentiel de pouvoir repérer et analyser les comportements qui relèvent de réelles difficultés. Nous avons abordé les différentes théories des mécanismes sociologiques ou psychologiques en jeu chez les adolescents qui tiennent des conduites à risques, et ce, que ce soit dans un processus adolescent normal mais aussi chez l'adolescent en souffrance.

Certains des récents plans de préventions s'est sont appuyés sur la compréhension que l'on pouvait avoir des conduites à risque. Nous avons résumé les différentes interventions préventives existantes, ainsi que les études qui se sont intéressées à leur efficacité.

Nous verrons que les dernières études épidémiologiques révèlent que les adolescents de la région limousine ont des consommations d'alcool plus excessives que la moyenne nationale.

A une échelle départementale nous avons comparé un échantillon de la population adolescente scolarisée en Haute-Vienne à une population d'adolescents pris en charge en milieu hospitalier pour une ivresse éthylique.

L'objectif de cette étude est de pouvoir déterminer comment, dans ce contexte, prendre au mieux en charge ces adolescents. Nous avons donc souhaité étudier les différences de relation au risque existant entre les deux types de populations.

Nous avons également voulu évaluer les types de consommations souvent pris en charge en milieu hospitalier : nous avons voulu repérer les adolescents avec une consommation à risque d'être nocive, et rechercher si chez ces derniers la relation au risque était plus étroite. Nous avons

aussi étudié quels événements de vie peuvent être associés au risque d'être prise en charge pour ivresse.

Nous nous interrogeons sur la façon d'évaluer au mieux la gravité de la consommation de l'adolescent, comment orienter la prise en charge des adolescents, et les perspectives en terme de prévention.

Notre étude montre qu'il est important de pouvoir s'entretenir avec les adolescents adressés pour une ivresse. Parmi ces jeunes, nous pouvons rencontrer des individus en souffrance, s'alcoolisant de manière pathologique, adoptant souvent un discours banalisant faussement rassurant. L'entretien pédopsychiatrique doit permettre de repérer ces adolescents, d'établir un premier contact pour pouvoir proposer par la suite une prise en charge pédopsychiatrique adaptée.



## II] LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES ADOLESCENTS

### 1. Introduction

#### A) La place de l'alcool dans la population française

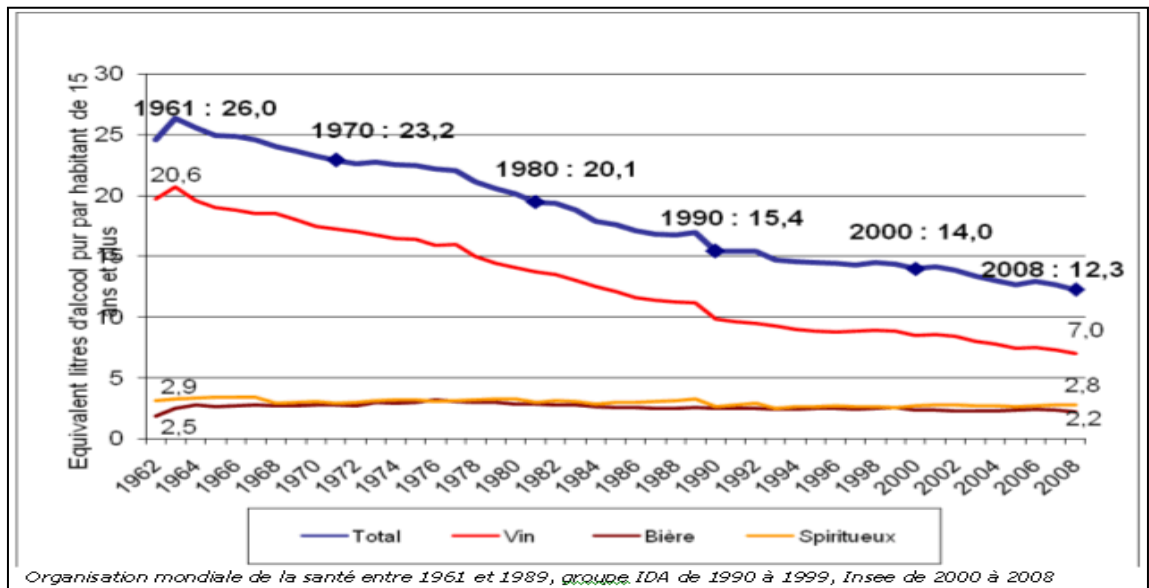
L'alcool est une substance psychoactive qui tient une place particulière dans notre société : Elle est partie intégrante de notre culture, de nos traditions, de notre patrimoine. Consommé de manière modérée, il est symbole de savoir vivre, d'hédonisme, de distinction. Consommé de manière excessive, il peut amener à la dépendance, à une surmortalité, surmorbidity.

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, à titre d'exemple, en 2004, le chiffre d'affaires 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) (OFDT, 2008).

La consommation d'alcool a pu s'accroître proportionnellement à l'industrialisation, l'extension des voies de communication, et les progrès en matière de commercialisation (points de vente type supermarché) (Coslin, Les conduites à risque à l'adolescence, 2006)

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. Comme on peut le voir sur le graphique (graph.1), cette baisse est entièrement imputable à la diminution de la consommation de vin. Le nombre de litres d'alcool pur consommés en 2008, correspond à un peu moins de trois verres « standard » d'alcool (un verre standard contient environ 10 g d'alcool pur) (Costes, Données nationales, séries statistiques, 2005).

*Evolution de la consommation d'alcool en France*



**Graphique 1**

Les niveaux de consommation d'alcool 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 (Costes, Données nationales, séries statistiques, 2005).

Au niveau de la consommation adolescente mensuelle, la France se positionne au 15<sup>e</sup> rang européen (Costes J. , données nationales, séries statistiques, 2009). 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).

Sur le plan régional, les adolescents limougeaux sont sixièmes en termes de consommation

d'alcool mensuel. Nous développerons par la suite le détail des consommations des adolescents de la région du Limousin.

## B) Les différents modes de consommation des adolescents

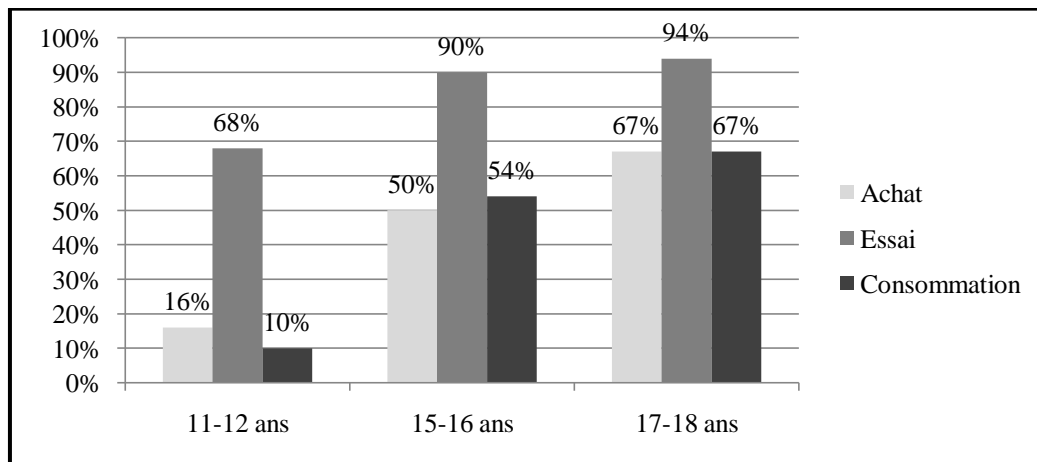
L'alcool est donc bien souvent présent dans la vie familiale, que ce soit dans les moments festifs, ou conviviaux. D'ailleurs les premières initiations à l'alcool ont lieu en famille, c'est le doigt dans le verre des parents, le premier verre à l'occasion d'une fête.

L'alcool est la première substance psychoactive à laquelle les adolescents s'initient, à 11 ou 12 ans, ils ont déjà bu leur premier verre (Vandercammen, M., 2004).

On peut comprendre que pour les alcooliers, le marché des adolescents soit une cible intéressante : Selon les études du CRIOC, quel que soit l'indicateur considéré (achat par le jeune, essai (goût), consommation/semaine), l'intérêt pour les boissons alcoolisées augmente avec l'âge (graph.1) (Vandercammen, M., 2004). Ainsi, en vieillissant, le jeune achète plus souvent des boissons alcoolisées avec son argent de poche, goûte plus des boissons alcoolisées, consomme plus de boissons alcoolisées, et ce en plus grand nombre.

En intéressant ainsi les adolescents de plus en plus tôt à l'alcool, la consommation peut devenir de plus en plus précoce, exposant ainsi les adolescents à un risque accru de dépendance (Tildesley & Andrews, 2008).

*Les types de consommation (en termes de consommation par semaine) :  
l'intérêt pour les boissons alcoolisées augmente avec l'âge (source CRIOC 2004 )*



**Graphique 2**

Il paraît donc important de pouvoir définir les différents types de consommation chez les adolescents, et les différentes enquêtes épidémiologiques distinguent :

**L'expérimentation** : Le fait d'avoir consommé un produit une fois dans sa vie : Ce qui correspond aux consommateurs actuels mais également aux individus ayant juste essayé ou ayant abandonné leur consommation. Elle décrit donc la diffusion dans la population plutôt qu'un usage.

**L'ivresse régulière** désigne le fait d'avoir connu au moins dix épisodes au cours de l'année.

Les autres indicateurs portent sur les trente derniers jours

**Usage récent** : Au moins un épisode de consommation.

**Usage régulier** : Au moins dix épisodes de consommation.

**Usage quotidien** : Au moins une fois par jour.

Bien sûr ces seuils comportent une part arbitraire, puisqu'ils ne tiennent pas compte de la diversité des rythmes de consommation et ne distinguent pas des diversités parfois très contrastées. Mais ils permettent de définir simplement les pratiques l'âge adulte et à l'adolescence. De nombreuses études nationales et internationales utilisent ces seuils dans leurs analyses.

Quant à l'état de dépendance, il est ainsi défini par l'OMS : « État psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre la drogue de façon continue ou périodique de façon à retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de sa privation ».

La définition de la dépendance selon le DSM IV est la suivante :

« Mode d'utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - besoin de quantité notablement plus forte de la substance pour obtenir l'effet désiré ou une intoxication
  - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance
- Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - syndrome de sevrage caractéristique de la substance
  - la même substance est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- La substance est prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
- Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer des effets.
- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnés ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

- L'utilisation est poursuivie, bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance. »

### C) Présentation des différentes enquêtes épidémiologiques

La consommation des adolescents est une préoccupation des pouvoirs publics : Durant cette période ont lieu les premières expériences des produits licites ou non, et ces expériences peuvent déboucher sur des consommations plus régulières.

Depuis plusieurs années trois enquêtes sont donc régulièrement menées au niveau régional, national et international : Il s'agit des enquêtes HSBC, ESCAPAD et ESPAD.

- 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 (Beck, Legleye, Le Nézet, Spilka, & Godeau, Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence, 2006). Elle est coordonnée par le service médical du rectorat de Toulouse, avec le soutien et la coordination de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et de l'OFDT (L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies).  
En France en 2006, elle a interrogé pour la seconde fois au niveau national des élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés en France métropolitaine sur leur comportement de santé et de produit psychoactifs.
- L'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs): a observé les usages des élèves de 16 ans dans 35 pays d'Europe dont la France, en 1999, 2000 et 2003 (OEDT, 2007).
- 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'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 (OFDT, 2009).  
Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'INPES mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes intitulées *Baromètre sante*. Ces séries d'enquêtes abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Elles sont réalisées suivant un sondage à deux degrés (ménage puis individu) à l'aide du système de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati).  
En 2005, en associant le résultat des enquêtes *Baromètre sante* 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 (Beck, Legleye, & Le Nézet, Atlas régional des consommations d'alcool, données INPES/OFDT, 2005).

Une autre étude a été réalisée au niveau régional par l'ORS (Observatoire Régional de la Santé), enquête en milieu scolaire commandité par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP). Elle a eu lieu en Novembre 2007 de à Février 2008 dans 97 classes

réparties au sein de 36 établissements publics, soit 30% des 119 établissements publics régionaux, cela concernait trois niveaux scolaire : quatrième, seconde et terminale (Ferley, Da Silva, & Rouchaud, 2009).

Le but de cette enquête est de pouvoir étudier l'état de santé des jeunes scolarisés en Limousin : recours aux substances toxiques, sexualité, contraception, mal être, nutrition et activités physiques.

La mise en parallèle de ces différentes enquêtes est intéressante puisqu'elle permet d'analyser la diffusion des usages des drogues et notamment de l'alcool tout au long de l'adolescence. Nous allons donc nous intéresser aux données les plus récentes que nous fournissent ces enquêtes :

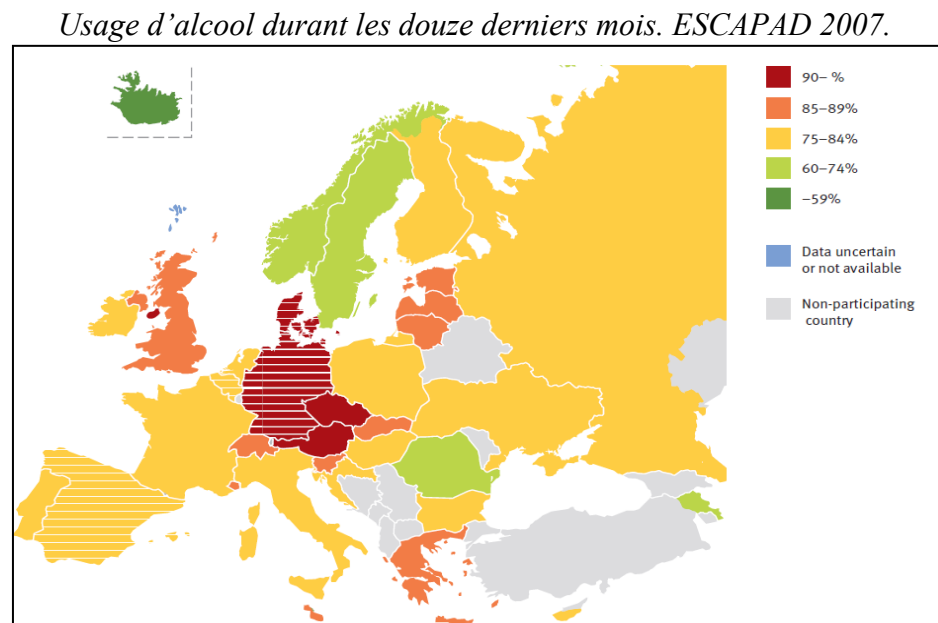
## 2. Les enquêtes épidémiologiques

### A) Au niveau Européen :

Nous nous référons donc aux chiffres de l'enquête ESPAD 2007 :

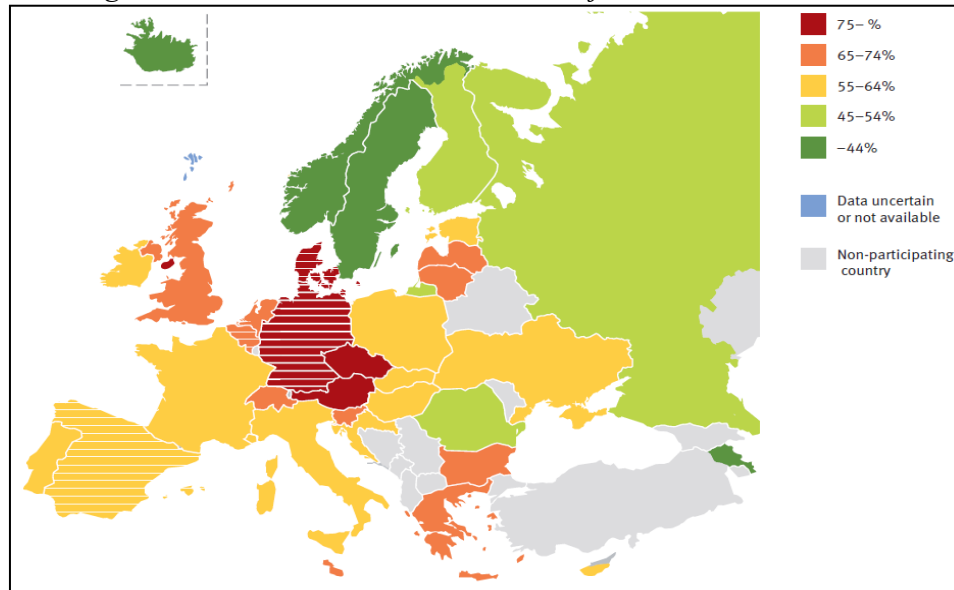
#### - Les usages expérimentaux, réguliers et occasionnels :

Dans les pays participants, au moins deux tiers des jeunes scolarisés de 16 ans ont bu de l'alcool de manière expérimentale ou occasionnelle. 82% disent avoir consommé une fois au cours des douze derniers mois (fig.1), et 61% une fois au cours des trente derniers jours (fig.2). **Ces chiffres sont restés relativement stables entre 1995 et 2007.**



**Figure 1**

*Usage d'alcool durant les trente derniers jours. ESCAPAD 2007.*



**Figure 2**

(nb : 1. Danemark et Espagne : comparabilité limitée  
2. Allemagne et Belgique : couverture géographique limitée)

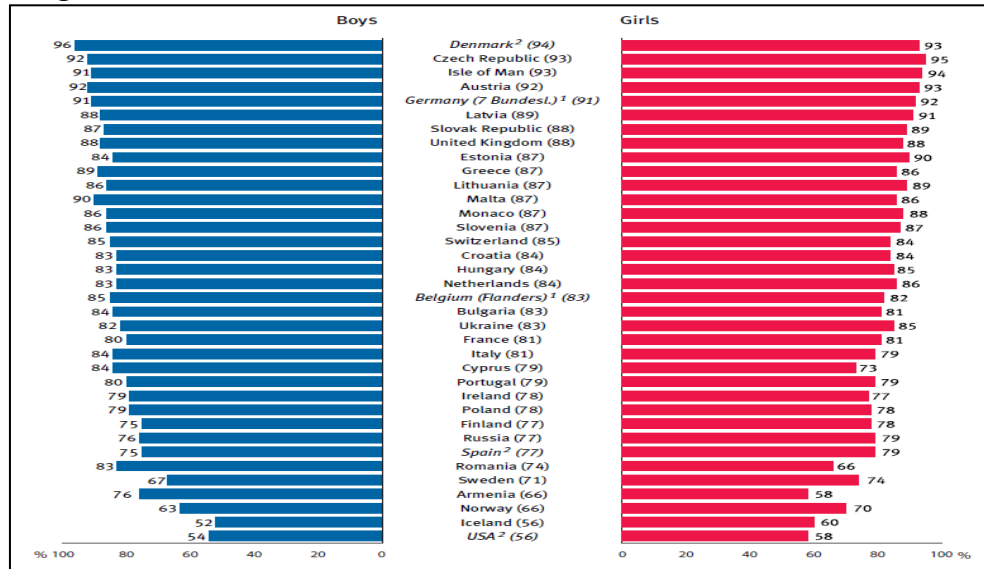
Bien sûr les chiffres moyens énoncés reposent sur des divergences très importantes entre les différents pays participants. Pour exemple, 80% des jeunes en Autriche et au Danemark ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des trente derniers jours, à l'opposé, ils sont 31% en Islande (fig.2).

- Les différences d'usages chez les filles et les garçons :

**Ils ne trouvent pas de différence nette entre les deux sexes** concernant les consommations expérimentales, les consommations occasionnelles, les consommations lors des trente derniers jours ou les consommations lors des douze derniers mois (graph.3).

Lorsque l'enquête se porte sur des consommations supérieures sur chaque intervalle (40, 20 et 10 fois), les proportions deviennent habituellement supérieures chez les garçons. Ces fréquences élevées concernent essentiellement les jeunes Autrichiens et Allemands, tandis que les pays nordiques comme la Finlande, la Suède, l'Islande et la Norvège font partie de ceux qui enregistrent une très faible proportion de jeunes consommateurs selon cette fréquence.

Usage d'alcool dans les deux sexes les douze derniers mois. ESCAPAD 2007



Graphique 3

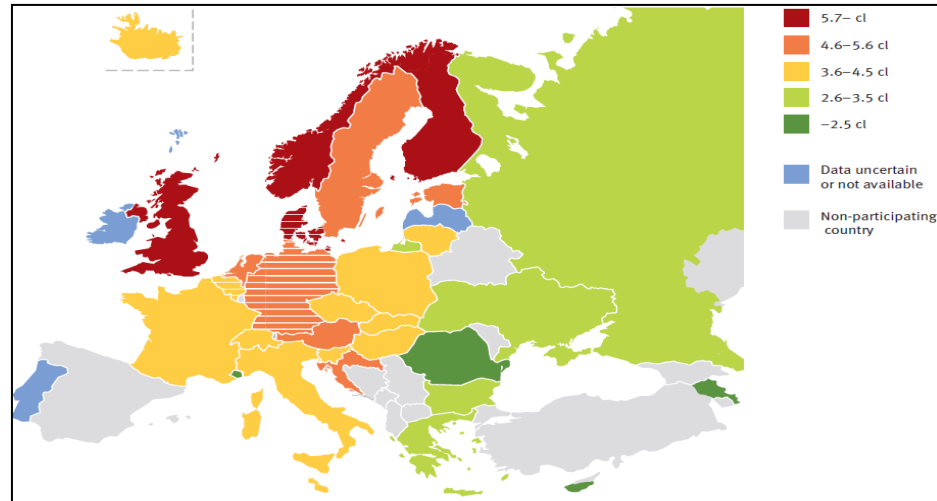
- La quantité totale d'alcool consommée au cours du dernier jour de consommation :

**Elle est habituellement faible dans les pays dans lesquels les jeunes scolarisés boivent souvent, par exemple en Grèce, tandis que c'est l'inverse que l'on constate dans les pays avec une fréquence de consommation faible. C'est cela que l'on retrouve par exemple dans les pays nordiques tels que la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède (fig.3).**

Il est à noter des exceptions dans des pays comme le Danemark et l'Autriche, où les jeunes indiquent des fréquences et des quantités élevées de consommations d'alcool.



*Quantité totale d'alcool consommée le dernier jour de consommation  
(en cl d'alcool à 100%)*



**Figure 3**

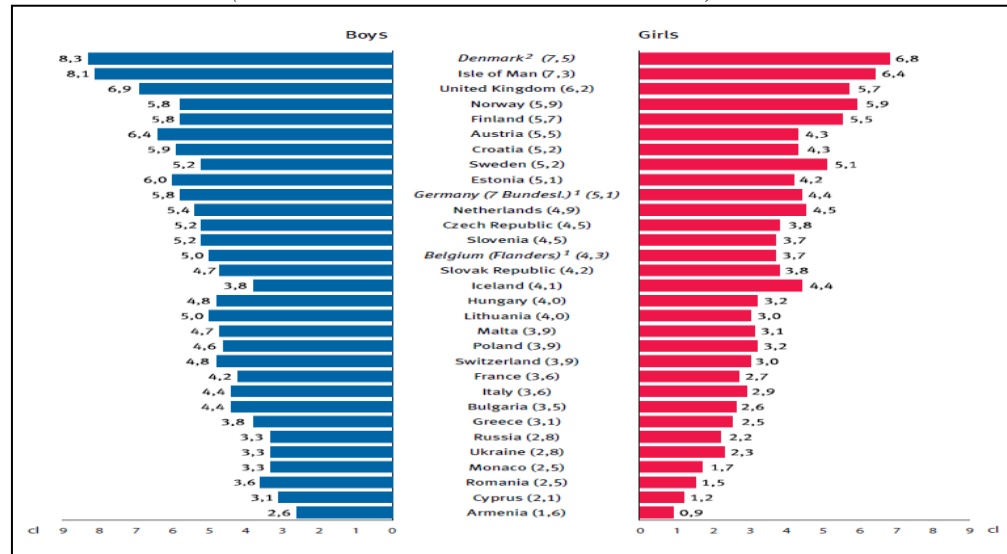
*Nb* : Danemark : Comparabilité limitée

Belgique et Allemagne : Couverture géographique limitée

- Comparaison des quantités et types d'alcool consommées chez les filles et les garçons :

**Dans presque tous les pays, les garçons boivent des quantités supérieures aux filles** (graph.4). L'Islande est une exception puisque les filles y boivent plus que les garçons. Dans une large majorité de pays, la bière est la boisson la plus courante chez les garçons tandis que les spiritueux sont les boissons privilégiées par les filles dans un peu plus de la moitié des pays.

*Estimation de la consommation moyenne d'alcool le dernier jour de consommation d'alcool. Comparaison entre les deux sexes (consommation en cl d'alcool à 100%)*



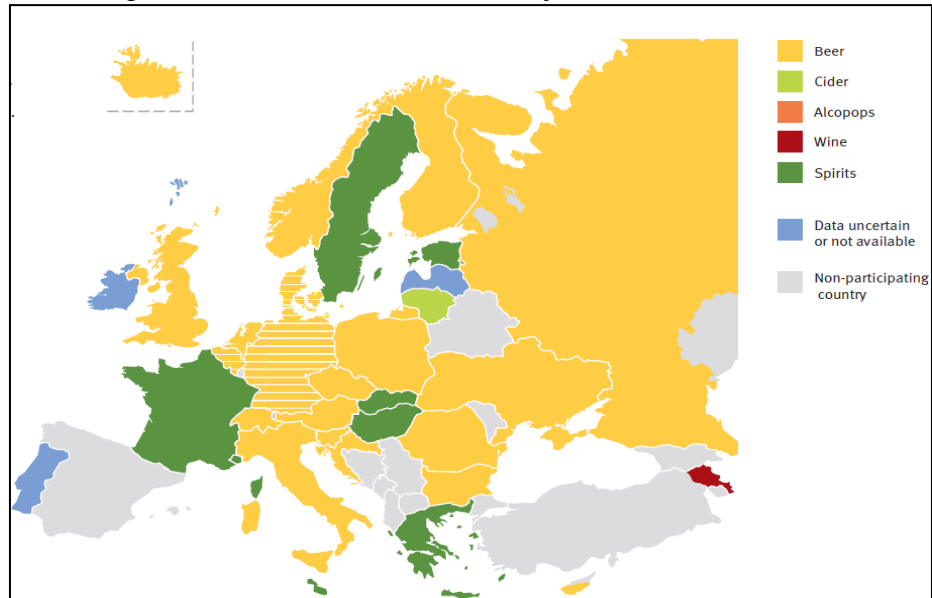
**Graphique 4**

**Dans l'ensemble la bière est la boisson dominante** puisqu'elle représente 40% de la quantité d'alcool consommée au cours du dernier jour de consommation de boissons, suivie de 30% par les spiritueux et 13% pour le vin.

Chez les garçons, la bière correspond à la moitié de leurs consommations totale au cours du dernier jour de consommation. Chez les filles, la répartition est plus homogène, les spiritueux, type d'alcool le plus consommé représente le tiers de leur consommation totale.

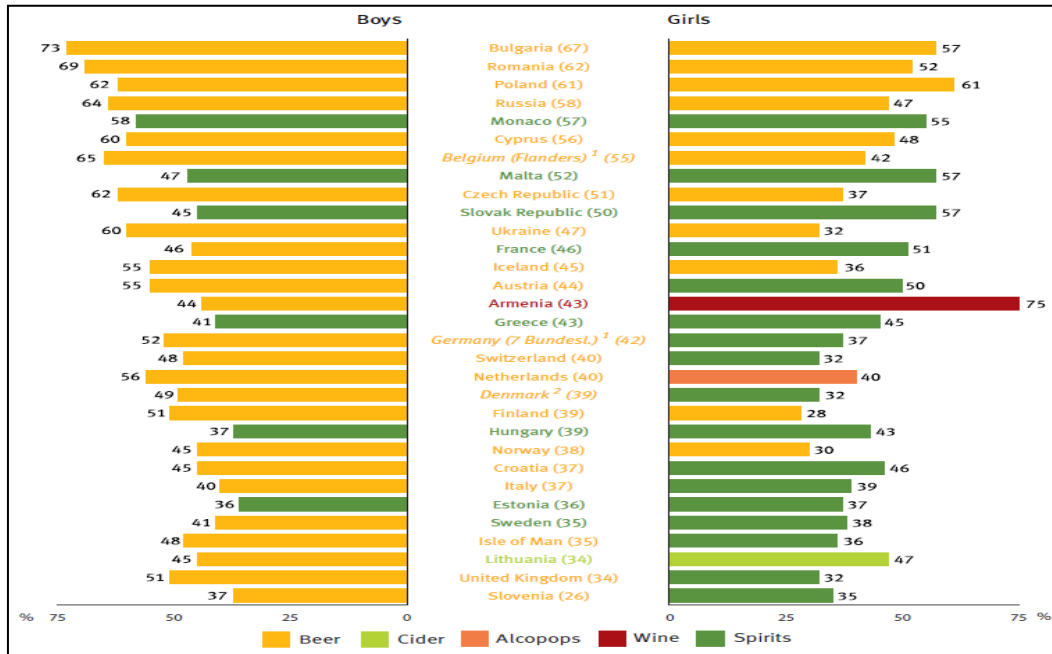
En France, la boisson la plus consommée le dernier jour de consommation serait l'alcool de type spiritueux. 51 % des filles en ont consommé le dernier jour de leur consommation, alors que pour les garçons, 49% ont consommé de la bière le dernier jour (fig.4 et fig.5).

*Boisson la plus consommée lors du dernier jour de consommation d'alcool*



**Figure 4**

*Types de boissons les plus consommées par chaque sexe le dernier jour de consommation d'alcool*



**Figure 5**

- Les ivresses :

**Au niveau du pays, il existe une relation forte entre la quantité d'alcool consommé lors du dernier jour de consommation et le degré d'ivresse ressenti ce jour-là. Les adolescents indiquant les plus fortes consommations d'alcool sont également ceux qui rapportent des degrés d'ivresses supérieurs.**

Dans chaque pays, il existe des différences des fréquences d'ivresses entre les deux sexes, des chiffres supérieurs pour les garçons dans certains pays, des chiffres supérieurs pour les filles dans d'autres. Cependant si l'on s'intéresse à la moyenne pour l'ensemble des pays, on ne constate pas de différence entre les deux sexes.

Les pays rapportant les fréquences d'ivresse les plus élevées sont le Danemark, l'île de Man, le Royaume-Uni et l'Autriche (les chiffres vont de 49 % à 31 % d'ivresse au cours des trente derniers jours), l'Arménie, et Chypre ont les taux d'ivresse les plus bas : 2 % et 9 %.

- Les consommations épisodiques sévères des boissons :

**En moyenne 43% des participants déclarent avoir eu une consommation épisodique sévère au cours des trente derniers jours. Ce comportement est plus courant chez les garçons (47%) que chez les filles (39%)(graph.5).** (Les garçons étaient du reste en plus grand nombre dans la plupart des pays). Quelques pays rapportent des chiffres identiques entre les deux sexes. Il existe des pays où la tendance s'inverse, notamment en Norvège où 42% des filles et 35% des garçons ont rapporté une consommation épisodique sévère de boisson au cours des trente derniers jours.

**En moyenne, la consommation épisodique sévère de boisson au cours des trente derniers jours a augmenté entre 1995 et 1999, mais aussi entre 2003 et 2007.** Cette tendance se confirme particulièrement au cours de cette dernière période chez les filles avec une augmentation de 35 à 42%. En moyenne, en 1995, la consommation épisodique sévère était plus courante chez les filles que chez les garçons, mais cette différence s'est beaucoup estompée en 2007.

**Plus de la moitié des pays recense une augmentation au cours de la dernière période de collecte.** Le Portugal est le pays où l'augmentation est la plus prononcée entre 2003 et 2007. D'autres pays ont également connu une augmentation importante comme la Pologne (16 points), **la France** (15 points), la Croatie (14 points) et la Bulgarie (12 points).

Les pays du Nord tels que l'Angleterre, la Norvège, mais aussi l'Autriche, font partie des pays avec les taux les plus importants pour ces types de consommation (fig.6)

Consommation de cinq verres d'alcool ou plus en une seule occasion lors des trente derniers jours.

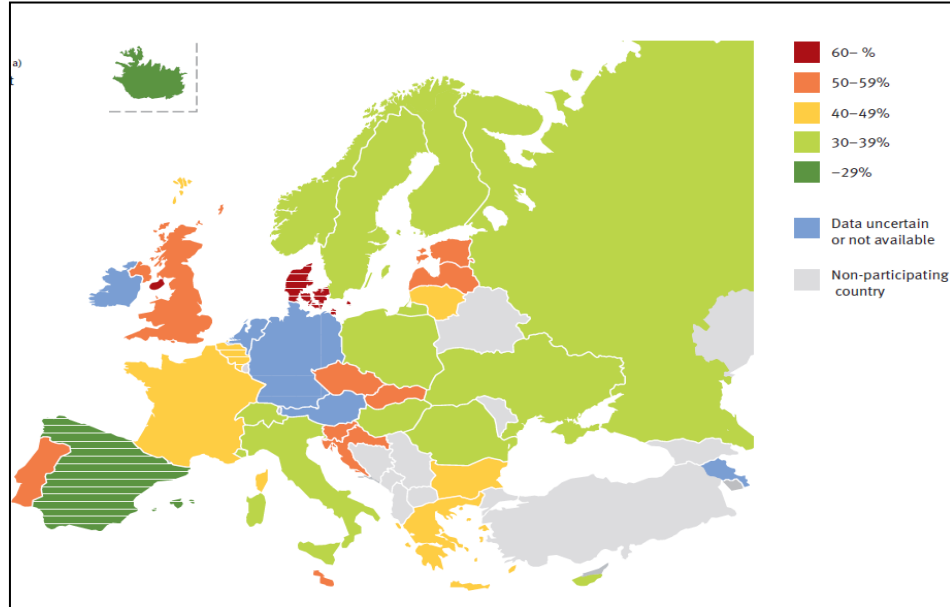
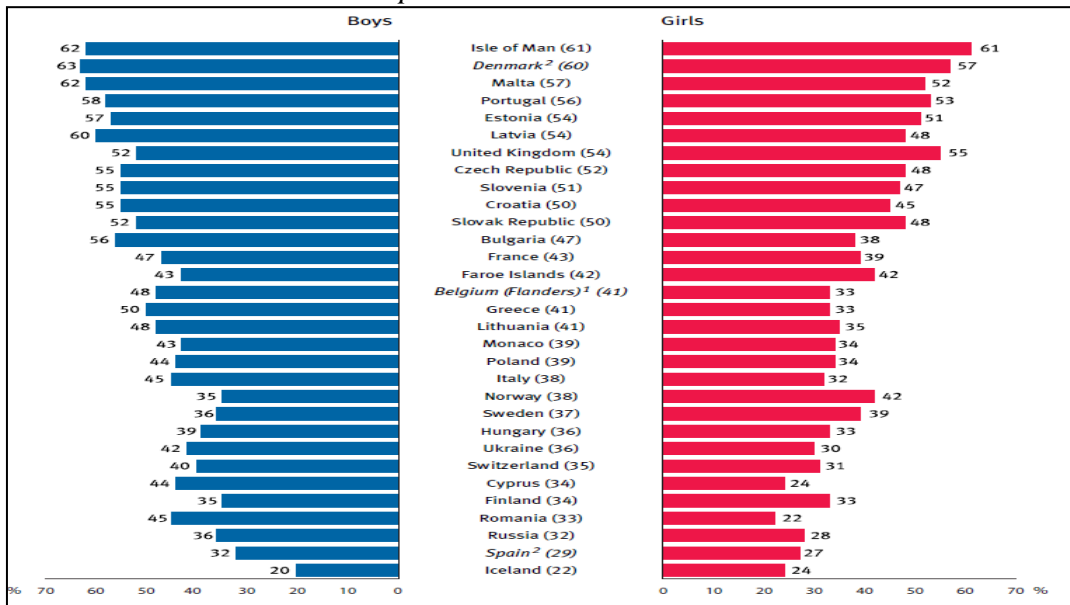


Figure 6

(Nb : « un verre » correspond à une canette ou un verre ou une choppe de 50 cl de bière ou de cidre, 2 verres ou canettes d'alcopops c'est-à-dire 50 cl, ou un verre de vin, c'est-à-dire 15 cl, ou un verre de spiritueux, c'est-à-dire 5 cl/.)

Consommation de cinq verres ou plus en une occasion au cours du dernier mois.  
Comparaison entre les deux sexes.



Graphique 5

- Conséquences des consommations chez les jeunes :

**Au niveau du pays, il existe une corrélation positive entre les problèmes rencontrés et l'ivresse au cours des trente derniers jours.**

**La plupart des problèmes liés à l'alcool sont en moyennes plus fréquents chez les garçons.** Surtout lorsqu'il s'agit de « violences physiques » et de « démêlés avec la police ». Par contre les filles qui affirment avoir eu des « problèmes sérieux avec des amis », sont légèrement plus nombreuses en moyenne que les garçons.

En résumé :

La grande majorité des jeunes européens de 16 ans ont déjà consommé de l'alcool. Les garçons consomment plutôt de la bière, les filles préférant les spiritueux.

Depuis 1995, les consommations de type « binge drinking » 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.

B) Au niveau national :

- L'expérimentation :

**Dans toutes les enquêtes l'alcool est le produit psycho actif dont l'expérimentation est la plus fréquente, tous âges confondus. C'est également celui qui est le plus précocement expérimenté** : 59 % en ont déjà bu à l'âge de 11 ans en 2006 (contre 8 % pour le tabac au même âge).

L'élévation du niveau d'expérimentation est faible entre 11 et 15 ans en 2006 (x 1.4), alors que, par exemple, elle est plus marquée pour le tabac, l'ivresse (x7) et le cannabis (x 25).

L'étude ESPAD montre une légère hausse du niveau d'expérimentation parmi les adolescents de 16 ans entre 2003 et 2007 (86 % en 1999, contre 88 % en 2007).

92.6% des adolescents de l'étude ESCAPAD 2008 disent avoir déjà consommé de l'alcool.

**Après 11 ans, le niveau d'expérimentation d'alcool s'élève faiblement, la majorité des**

**adolescents ont déjà consommé de l'alcool avant l'âge de 11 ans.**

**Les expérimentations sont plutôt masculines à l'âge de 11 ans, mais l'écart se réduit entre les deux sexes à 13 et à 15 ans.** Et cette tendance se confirme dans les études HSBC 2006 et ESPAD 2007.

- Les principales boissons consommées :

L'enquête HSBC 2006 décrit qu'entre 11 et 13 ans deux groupes de boissons se distinguent, les plus consommées étant le cidre, le vin et le champagne ; la bière, les prémix et les autres alcools (les spiritueux) étant moins consommés ; Le plus largement consommé étant le cidre (c'est-à-dire que ce soit rarement, de temps en temps ou souvent). Cet écart se réduit chez les adolescents de 15 ans, mais les autres alcools (les spiritueux) restent encore à l'écart.

**Ce qui montrerait que les plus jeunes préféreraient consommer des boissons plus sucrées, moins titrées en alcool et moins amères.** On ne retrouve pas de différence significative entre les deux sexes.

**L'enquête ESPAD 2007 montre que les bières, le champagne et les spiritueux sont les boissons les plus populaires à 16 ans.** Le cidre et le vin seraient donc moins consommés à cet âge.

- Les consommations dans les trente derniers jours :

● Usage récent :

À 15 ans, d'après l'enquête HSBC 2006, 58% des adolescents de 15 ans disent avoir consommé de l'alcool dans les trente derniers jours, on ne retrouve pas d'écart significatif entre les deux sexes. L'enquête ESPAD 2007 décrit un usage récent chez 66% des garçons et 62% des filles de 16 ans soit un sex ratio de 1.1.

L'enquête ESCAPAD décrit qu'entre 2000 et 2008 la consommation d'alcool récente par les jeunes de 17 ans est en baisse globalement, passant de 79.2% à 77.4%.

**On ne retrouve donc pas de différence significative entre les deux sexes au niveau de l'usage récent. Et il existerait une baisse du taux de consommations récentes chez les adolescents de 17 ans depuis 2000.**

● Usage régulier :

Un peu moins d'un jeune sur dix de 15 ans dit avoir consommé régulièrement : 11% pour les garçons, 5% pour les filles, soit près de deux fois plus de garçons, selon l'enquête HSBC 2006.

L'enquête ESPAD montre une hausse de la consommation régulière entre 1999 et 2007 chez les jeunes de 16 ans et ce, dans les deux sexes : Elle passe de 12 à 18% des garçons, et de 5 à 9% des filles, soit un sex ratio de 2.1 en 2007.

L'enquête ESCAPAD montre qu'entre 2000 et 2008 les adolescents de 17 ans déclarent moins consommer régulièrement (10.9% contre 8.9% entre 2000 et 2008). La différence entre les deux sexes est importante, le sex ratio en 2008, est de 3.4 : Ce type de consommation concernant 13.6% de garçons contre 4.0% de filles.

**Ces enquêtes s'accordent sur le fait que la consommation régulière d'alcool est plutôt masculine et que cela s'accentuerait avec l'âge.**

- Usage quotidien :

L'enquête ESCAPAD 2008 s'est intéressée à la consommation quotidienne des adolescents de 17 ans : elle concerne 1.3% des garçons interrogés et 0.2% des filles, soit un sex ratio de 5.4.

Si l'on compare ces chiffres à ceux de 2005, ces consommations ont régressé en moyenne de 39%.

**Les consommations quotidiennes intéressent donc essentiellement les garçons, et ont régressé en trois ans.**

- L'ivresse :

Selon l'enquête HSBC 2006 à 11 ans, 6%% des adolescents ont expérimenté une ivresse dans leur vie, 16%% à 13 ans, et 41%% à 15 ans. S'il existe un écart entre les deux sexes avec plus de deux fois plus d'expérience chez les garçons que chez les filles à 11 ans, cet écart se ressert à 15 ans (sex ratio à 1.2).

Selon l'enquête ESPAD 2007, 46% des adolescents de 16 ans ont expérimenté l'ivresse, sans écart significatif entre les deux sexes. L'enquête ESCAPAD 2008 montre elle un sex ratio de 1.2 entre les deux sexes : 65.1% des garçons contre 54.3% des filles ont déjà expérimenté l'ivresse.

Cette même enquête s'est intéressée, à l'âge moyen de la première ivresse : moins élevé chez les garçons (14.9 ans) que chez les filles (15.3 ans).

**Ce qui tendrait à démontrer que l'expérimentation de l'ivresse est plus précoce chez les garçons, elle deviendrait plutôt comparable entre les deux sexes après 15 ans.**

L'enquête HSBC 2006 montre que sur une même période 20% des garçons de 15 ans déclarent avoir été ivres dans le mois contre 12% des filles du même âge soit un sex ratio de 1.7.

L'enquête ESPAD 2007 décrit une ivresse régulière chez 4.2%% des garçons de 16 ans contre 2.7%% des filles de 16 ans soit un sex ratio de 1.6. par ailleurs même si les niveaux d'ivresses apparaissent en hausse entre 2003 et 2007, ils sont restés stables sur la période 1999-2007.

Dans l'enquête ESCAPAD 2008, 12.4%% des garçons et 4.6%% des filles disent être régulièrement ivres soit un sex ratio de 2.6, et par rapport à 2005 ce type de consommation a régressé de 11%, on constate donc une tendance à la baisse, alors qu'entre 2003 et 2005 il existait au contraire une hausse des ivresses régulières.

**Les garçons seraient donc plus souvent ivres que les filles, cette ivresse aurait été à la hausse entre 2003 et 2007 chez les adolescentes de 16 ans de l'enquête ESPAD, entre 2003 et 2005 chez les adolescents de 17 ans de l'enquête ESCAPAD, avec tout de même une récente tendance à la baisse dans cette dernière enquête.**



- Les consommations ponctuelles sévères d'alcool :

Dans l'enquête ESPAD 2007, moins de la moitié (39%) des adolescents de 16 ans disent avoir bu 5 verres ou plus en une seule occasion au cours des trente derniers jours. Cette conduite d'alcoolisation ponctuelle supérieure aux recommandations de l'OMS, proche du binge drinking anglo-saxon, apparaît relativement rare en regard de la consommation d'alcool au cours du mois (déclarée par 64% des élèves), et surtout des consommations régulières : 3 % des élèves disent avoir bu cinq verres et davantage en une occasion au moins dix fois au cours des trente derniers jours, alors que 13% disent avoir bu au moins dix fois de l'alcool durant cette même période.

De plus, **ce comportement apparaît distinct de l'ivresse** puisqu'un peu moins de la moitié (42%) de ceux qui le déclarent disent également avoir été ivre au cours des trente derniers jours.

L'enquête ESCAPAD 2008 montre une hausse modérée des épisodes de consommations ponctuelles sévères d'alcool depuis 2005 : La répétition d'au moins dix épisodes dans le mois qui concerne moins de 3% des adolescents progresse de 2.2 à 2.4 %. ce type de consommation étant plus fréquente chez les garçons (sex ratio de 4.2).

**Il y aurait une hausse modérée des consommations ponctuelles sévères depuis 2005 chez les adolescents de 17 ans interrogés lors des enquêtes ESCAPAD. Ces types de consommations sont loin d'être les plus fréquentes, et concernent plutôt les garçons.**

- Sociabilité et usage régulier d'alcool :

L'enquête HSBC 2006, étudie le lien entre sociabilité et consommation de substances psychoactives dont l'alcool. À 15 ans, 22% des adolescents déclarent passer du temps le soir avec ses amis au moins trois fois par semaine alors que 35% déclarent ne jamais le faire.

Dans le premier cas 33% parmi eux consommeraient régulièrement de l'alcool, contre 8% dans le deuxième cas.

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

- Accessibilité du produit :

L'enquête ESPAD considère la perception de l'accessibilité au produit dans son questionnaire.

Les trois produits perçus comme les plus accessibles sont les cigarettes, le bière et le cidre chez plus de 68 % des élèves.

**Globalement, toutes les boissons alcoolisées semblent perçues comme relativement accessibles pour une majorité des élèves.**

- Motivations de consommation et de non-consommation :

L'enquête ESCAPAD 2008 s'est intéressée aux motifs de consommation et de non consommation les trente derniers jours précédant l'enquête :

- *pour les consommateurs :*

La « fête » est le principal motif de consommation pour 80%, la « défonce » ne totalise que 11% des réponses. Les consommations à visée anxiolytiques, relaxantes, ou compensatrices de difficultés sont très rares, elle concerne 8% des adolescents questionnés. 5% disent boire par habitude, 1% estiment être dépendants

**La consommation dans un contexte festif est la plus répandue.**

- *pour les non consommateurs :*

Ils évoquent un manque d'intérêt pour le produit dans 58% des cas, une crainte pour leur santé dans 50% des cas, la peur de devenir dépendant est le troisième argument et concerne 29% des cas.

15% mettent en avant des raisons religieuses, 15% évoque une absence d'affinité gustative. Le déplaisir devant les effets et réactions indésirables est déclaré par 5%.

**La non-consommation serait le plus souvent en lien avec un désintérêt, mais également à des craintes pour la santé.**

Ce questionnaire avait également permis de constater que les adolescents interrogés jugeaient l'alcool moins addictif et moins dangereux pour la santé que les produits fumés.

- Situation familiale et scolaire :

L'étude ESCAPAD 2008 montre que la situation familiale et le parcours scolaire sont liés aux consommations de produits psycho actifs licites et illicites, dont l'alcool.

Les adolescents en apprentissage et sortis du système scolaire sont plus nombreux que les adolescents en filière générale, technique ou professionnelle à consommer de l'alcool régulièrement ou à connaître des ivresses répétées.

Le contexte socio économique familial paraît aussi important : les enfants de cadres, d'agriculteurs sont plus souvent ivres. Les adolescents qui vivent seuls tendent à plus consommer d'alcool à connaître plus d'ivresses répétées.

**Le niveau de scolarité, le contexte socio économique familial et le mode de vie personnel pourraient influencer les niveaux de consommation d'alcool.**

En résumé :

L'alcool est la première substance psychoactive expérimentée, et ce dès l'âge de 11 ans dans la majorité des adolescents.

Les types de boissons consommées évoluent avec l'âge. Les consommations régulières ou quotidiennes sont plutôt masculines, les ivresses et consommations type « binge drinking » sont également plus fréquentes chez les garçons.

Les consommations sont essentiellement festives.

Le contexte socio économique influence les consommations.

C) Au niveau régional, le limousin :

L'enquête Baromètre Santé 2005 associée à l'enquête ESCAPAD 2005 a permis d'établir un atlas régional des consommations en 2005, qui concerne donc à la fois la population générale de 12 à 75 ans, et la population adolescente âgée de 17 ans.

Nous allons nous intéresser aux chiffres recueillis par l'enquête baromètre 2005 concernant la population générale du Limousin, afin de mieux la connaître.

Avec 700 000 habitants, le limousin représente 1.2%% de la population métropolitaine (21<sup>e</sup> rang). Cette région est fortement  **rurale**  : 61% de la population réside dans un espace à prédominance urbaine contre 82% pour la moyenne nationale.

Elle est également  **la plus âgée de métropole**  : 11.9%% de personnes de plus de 75 ans contre 7.9%% en moyenne.

Elle est très  **agricole**  : la proportion des cadres y est une des plus faibles du pays (4.2% contre 7.9% en moyenne, tandis que celles des agriculteurs y est la plus élevée (3.1% contre 1.3%).  **Le taux de chômage est inférieur à la moyenne nationale**  (7.5%% contre 9.6%), par contre celle des 15-24 ans est dans la moyenne 18.7%% contre 18.0%).

**Le taux de réussite au bac est très proche de la moyenne des régions**  en 2004 (80.5%), de même que la part des étudiants au sein de l'ensemble des scolarisés (16.5% contre 16.1%)

Quant à la consommation d'alcool du point de vue des conséquences sanitaires et sociales,  **le Limousin est en troisième position pour les décès par alcoolisme et cirrhose hépatique**  (0.52 habitants de 40 à 64 ans pour 1000 contre 0.39 sur l'ensemble du territoire), par contre il présente le même taux de consultation en centre spécialisé

d'alcoologie que l'ensemble du territoire (2.8 habitants de 20 à 70 ans pour 1000). Par ailleurs, la région est au dernier rang concernant les interpellations pour ivresse sur la voie publique (0,9 habitant de 20 à 70 ans pour 1 000, contre 1,7 au national) mais au **5e rang en ce qui concerne la part des accidents corporels impliquant l'alcool** sur l'ensemble des accidents corporels (12,8 % *versus* 9,7 %).

Profil sociodémographique et mode de vie à 17 ans, selon l'enquête ESCAPAD :

La population adolescente apparaît très similaire au reste de la métropole pour ce qui est de la situation scolaire et professionnelle.

Les jeunes de la région vivent beaucoup plus souvent hors de leur foyer parental, et se distinguent des autres par leur **fréquentation plus assidue des débits de boissons**, mais pas par leurs sorties en discothèque ni leurs soirées entre amis dans des domiciles privé (tableau 1).

*Profil sociodémographique et mode de vie à 17 ans (%)*

	Limousin	Métropole
Elèves, étudiants	85	84.2
En apprentissage, formation alternée	10	11.4
Non scolarisés (actifs, occupés ou non)	4	4.4
Vivent hors foyer	18***	11.3
Sorties dans les bars au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois	43***	32.2
Sorties entre amis au mois une fois par semaine au cours des douze derniers mois	39	42.7
Sorties en discothèque au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois	32	27.5

**Tableau 1**

\*  $p < 0.05$  ; \*\*  $p < 0.01$  ; \*\*\*  $p < 0.001$  (Source : ESCAPAD 2005, OFDT)

Les niveaux d'expérimentation et d'usage :

Malgré une expérimentation et un usage dans le mois plus répandus que la moyenne métropolitaine, **les usages fréquents de boissons alcoolisées des jeunes limousins se révèlent moyens et, comme dans le reste de la France beaucoup plus masculine.** Comparativement à 2002/2003, les niveaux de consommation déclarés apparaissent stables, tandis qu'ils ont diminué pour l'ensemble du territoire (tableau 2).

*Fréquence des consommations à l'âge de 17 ans*

	Limousin				Métropole		
	2005			2002/2003	2005		
	Garçons (%)	Filles (%)	Ensemble (%)	Sex ratio	Ensemble (%)	Ensemble (%)	Sex ratio
Expérimentation	96	95	95	1.0 ns	97 ns	92.3***	1.0***
Usage au cours du mois	88	81	85	1.1**	87 ns	78.7***	1.1***
Usage régulier	21	7	14	3.2***	16 ns	12.0 ns	2.9***
Usage quotidien	3	1	2	5.1	1 ns	1.2 ns	6.8***

**Tableau 2**

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$  ; ns : non significatif  
(Source ESCAPAD 2002/2003/2005, OFDT)

Selon l'enquête ORS de 2008 :

À 13-14 ans, 64%% des garçons et 60%% des filles ont déjà consommé de l'alcool, soit dix points de moins qu'au niveau national (l'enquête HSBC 2006 : 74%% des garçons de 13 ans, et 71%% des filles de 13 ans).

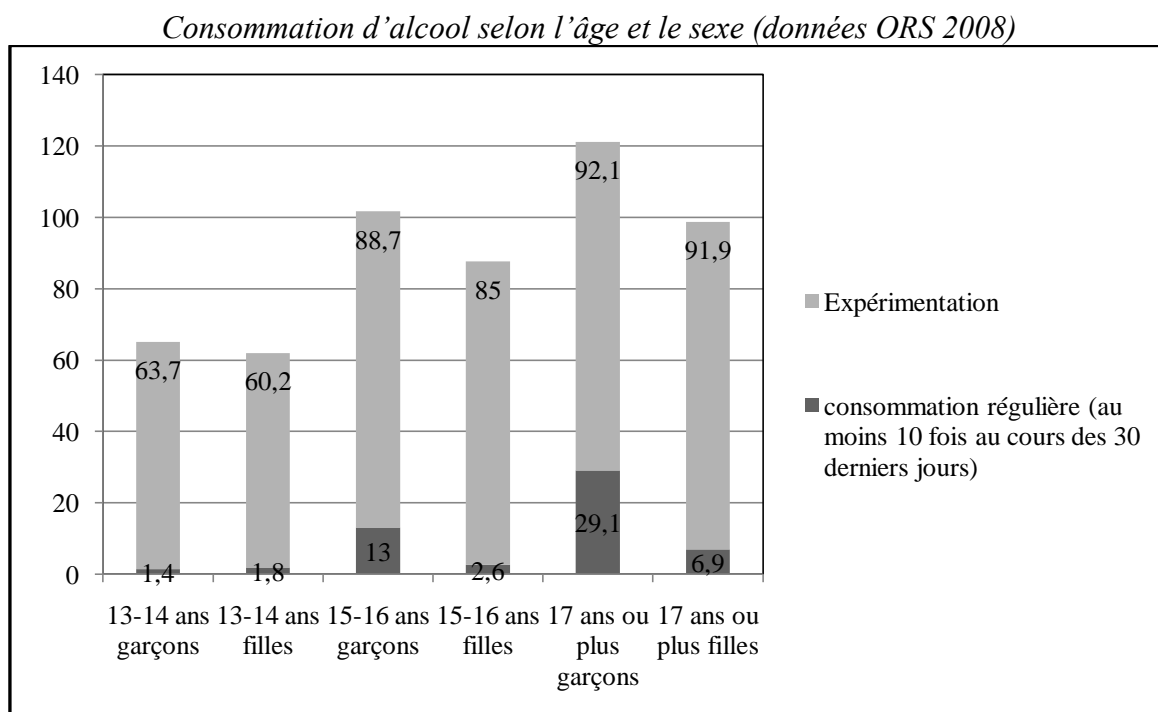
À 15-16 ans, cette tendance s'inverse, le Limousin dépasse le niveau national avec 89% des garçons qui ont déjà expérimenté contre 84%% en France à 16 ans ( $p < 0.05$ ) et 85%% des filles contre 83%% (NS) (enquête HSBC 2006).

Après 16 ans, ils sont autour de 92% chez les deux sexes à avoir déjà consommé de l'alcool.

Il a été calculé la moyenne d'âge de la première expérimentation chez les adolescents de 17 ans : Elle est de 14,2 ans chez les filles et de 13,4 ans chez les garçons.

Avant 15 ans, les consommateurs réguliers d'alcool sont moins de 2%. Par la suite, l'écart se creuse entre les deux sexes après 16 ans : 29 % des garçons sont des consommateurs réguliers pour seulement 7 % des filles. Mais si l'on s'intéresse plus précisément aux adolescents de 17 ans, leur pourcentage est de 17 %, ce qui est supérieur au niveau national (10,7% d'après l'enquête ESCAPAD 2008) (graph.6).

**En 2008, dès l'âge de 15-16 ans les jeunes limougeaunds dépassent la moyenne nationale de l'expérimentation de l'alcool ainsi que sa consommation régulière.**



**Graphique 6**

Les niveaux d'ivresse :

Les jeunes du Limousin se distinguent de leurs homologues métropolitains par **des ivresses au cours de la vie et de l'année légèrement plus fréquentes. Par rapport aux niveaux 2002/2003, les ivresses répétées et régulières semblent plus répandues dans la région**, comme au niveau national (tableau 3).  
L'âge de la première ivresse reste le même : **15 ans en moyenne**, comparable à l'âge de la première ivresse sur l'ensemble du territoire.

*Ivresses à 17 ans*

	Limousin				Métropole		
	2005				2002/2003	2005	
	Garçons (%)	Filles (%)	Ensemble (%)	Sex ratio	Ensemble (%)	Ensemble (%)	Sex ratio
Ivresse au cours de la vie	65	56	61	1.2ns	60 ns	56.6***	1.3***
Ivresse au cours de l'année	60	45	53	1.3**	53 ns	49.3***	1.4***
Ivresse répétée	35	19	27	1.9***	21*	26.0 ns	1.8***
Usage régulière	12	5	9	2.7	6*	9.7 ns	2.9***
Age lors de l'ivresse	15.0	15.2	15.1	Ns	15.3 ns	15.1 ns	***

**Tableau 3**

(Source ESCAPAD 2002/2003/2005, OFDT)

\*  $p < 0.05$     \*\*  $p < 0.01$     \*\*\*  $p < 0.001$  ; ns : non significatif

Si l'on se réfère à l'enquête ORS 2008, avec l'âge les expérimentations de l'ivresse augmentent (graph.7). Chez les 13-14 ans, 17 % des garçons et 21 % des filles déclarent avoir déjà été ivres une fois au moins dans leur vie. Au niveau national, les proportions sont de 17 et 14 % (enquête HSBC 2006). **Les filles de cet âge sont donc plus nombreuses en Limousin à avoir connu une ivresse ( $p < 0,001$ ).**

À 15-16 ans 48 % des garçons et 43 % des filles ont expérimenté l'ivresse, après cet âge, c'est le cas de 78 % des garçons et 65 % des filles.

Les ivresses régulières augmentent nettement avec l'âge pour atteindre 29 % des garçons et 7 % des filles âgés de 17 ans ou plus, tandis que 16 % des garçons et 4 % des filles connaissent des ivresses répétées dans le mois parmi cette tranche d'âge (au moins trois fois).

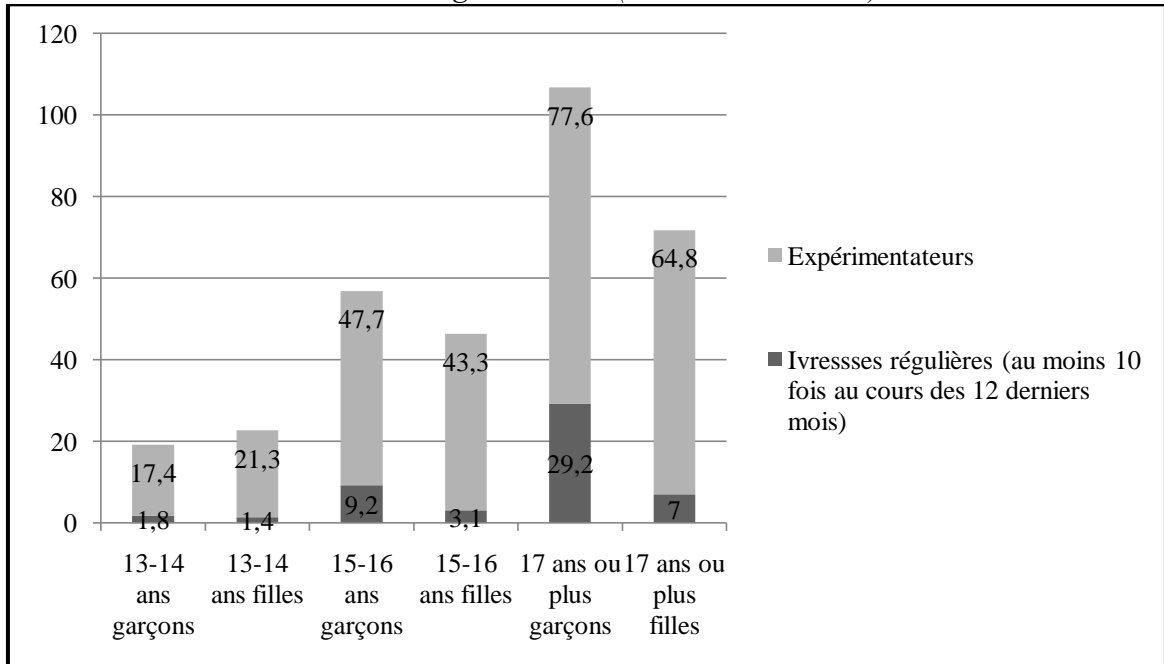
Si l'on s'intéresse aux adolescents de 17 ans : 69 % des garçons et 64 % des filles ont déjà connu l'ivresse, contre respectivement 65 et 54 % au niveau national (enquête ESCAPAD 2008). Les ivresses régulières concernent quant à elles 23 % des garçons (contre 12 % au niveau national) et 5 % des filles (comme au niveau national).

**À 17 ans les jeunes de la région limousine sont plus nombreux à avoir été ivres, et parmi eux les garçons sont plus nombreux à connaître des ivresses régulières en comparaison à la moyenne nationale.**

**Globalement, les niveaux d'ivresses sont plus élevés dans la région limousine.**

L'âge de la première ivresse, calculé chez les 17 ans ou plus, est de 15,1 ans pour les garçons et de 15,6 ans pour les filles, (contre 14,9 ans pour les garçons et 15,1 ans pour les filles de 17 ans selon l'enquête ESCAPAD 2008).

*Ivresses selon l'âge et le sexe (données ORS 2008)*



**Graphique 7**

Les types de boissons bues au cours des trente derniers jours à l'âge de 17 ans :

La hiérarchie est proche de celle observée au plan national. Toutefois, la consommation de bière y est plus importante : Le pourcentage est supérieur de dix points, ce qui place cette boisson au même niveau que les alcools forts. Ces derniers sont également beaucoup plus consommés que dans le reste du pays.

**Les jeunes du limousin sont donc plus consommateurs de bières et d'alcool forts.**

Les boissons de type prémix sont elles plus faiblement consommées, les consommations de vin et de champagne correspondent à la moyenne métropolitaine.

Concernant la diffusion des consommations parmi les filles et les garçons, les modes de consommation de ces différentes boissons restent comparables à ceux qui sont observés au plan national (tableau 4).



*Types des boissons alcoolisées bues au cours des trente derniers jours à l'âge de 17 ans*

	Limousin 2005				Métropole 2005	
	Garçons (%)	Filles (%)	Ensemble (%)	Sex ratio	Ensemble (%)	Sex ratio
Alcools forts (y compris rhum et cocktails)	60	49	55	1.2***	49.4**	1.3***
Bière	66	42	55	1.6***	44.6***	1.7***
Prémix	34	28	31	1.2ns	37.6***	1.1***
Vin	30	18	24	1.6***	22.2 ns	1.6***
Champagne	34	33	33	1.0 ns	33.0 ns	1.0*

**Tableau 4**

\* :  $p < 0.05$     \*\* :  $p < 0.01$     \*\*\* :  $p < 0.001$  ; ns : non significatif  
(Source ESCAPAD 2005, OFDT)

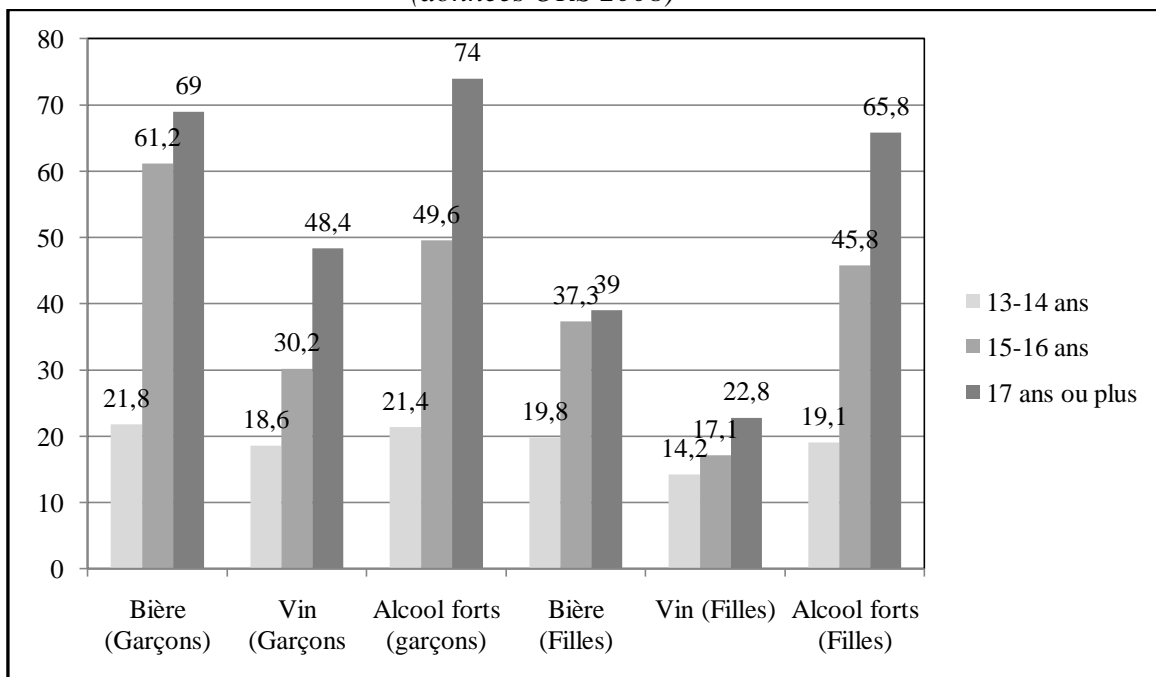
Selon l'enquête ORS 2008, à 13-14 ans la bière est l'alcool le plus consommé : près de 22% des garçons et 20% des filles. Passé 15 ans les alcools forts tendent à être préférés, et ce, dans les deux sexes : 74 % des garçons et 66 % des filles de 17 ans ou plus ont consommé au moins une fois un alcool fort au cours des trente derniers jours. La bière reste très consommée : 69 % des garçons et 39 % des filles en ont bu sur une même période parmi les 17 ans ou plus.

Le vin quant à lui reste moins consommé que la bière ou les alcools forts chez les adolescents de 13 ans et plus (graph.8).

**Avec l'âge les adolescents tendent à préférer les alcools forts.**

**La bière reste une boisson très consommée aux différents âges, à l'inverse, le vin est l'alcool le moins consommé.**

*Consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours selon l'âge et le sexe  
(données ORS 2008)*



**Graphique 8**

Les niveaux d'usage à risque :

**Les jeunes limousins déclarent un peu plus fréquemment avoir bu d'importantes quantités d'alcool en une seule occasion (cinq verres au moins).** Par contre il n'existe pas d'écart significatif avec la moyenne métropolitaine pour la répétition de ce comportement.

Concernant la conduite des deux roues motorisées après consommation d'alcool, elle n'est pas plus fréquente dans la région.

Pour ces types d'usages à risque, les sex ratios sont comparables à ceux qui sont observés sur l'ensemble du territoire (tableau5).

*Usage à risque à 17 ans*

	Limousin (2005)				Métropole (2005)	
	Garçons(%)	Filles (%)	Ensemble (%)	Sex ratio	Ensemble (%)	Sex ratio
5 verres ou plus en une seule occasion au moins une fois au cours des 30 derniers jours	61	39	50	1.6***	45.8**	1.6***
5 verres ou plus en une seule occasion au moins trois fois au cours des 30 derniers jours	28	10	19	2.8***	17.9ns	2.6***
Plus de 1 verre avant de conduire un deux roues motorisé au moins une fois dans l'année	23	6	15	3.9***	12.2ns	4.5***

**Tableau 5**

\* :  $p < 0.05$  \*\* :  $p < 0.01$  \*\*\* :  $p < 0.001$  ; ns : non significatif  
(Source ESCAPAD 2005, OFDT)

Contexte des consommations :

Elles restent comparables au niveau régional et territorial. **Cependant les jeunes limousins boiraient relativement moins souvent chez eux ou chez des amis par rapport aux adolescents de la métropole (mais cela reste chez eux le contexte le plus fréquent pour les consommations d'alcool)** (tableau 6).

*Contexte de la dernière consommation au cours des trente derniers jours à 17 ans*

	Limousin (2005)				Métropole (2005)	
	Garçons(%)	Filles (%)	Ensemble (%)	Sex ratio	Ensemble (%)	Sex ratio
Avec vos parents	31	37	33	0.8ns	30.8ns	0.8***
Chez vous ou des amis	41	40	41	1.0ns	49.5**	1.0***
Dans un café, bar, pub	45	33	40	1.4*	35.4ns	1.0ns
En discothèque	35	26	36	1.0ns	31.8ns	1.0ns
Dehors (rue, parc, etc..)	21	11	16	2.0*	14.9ns	2.0***

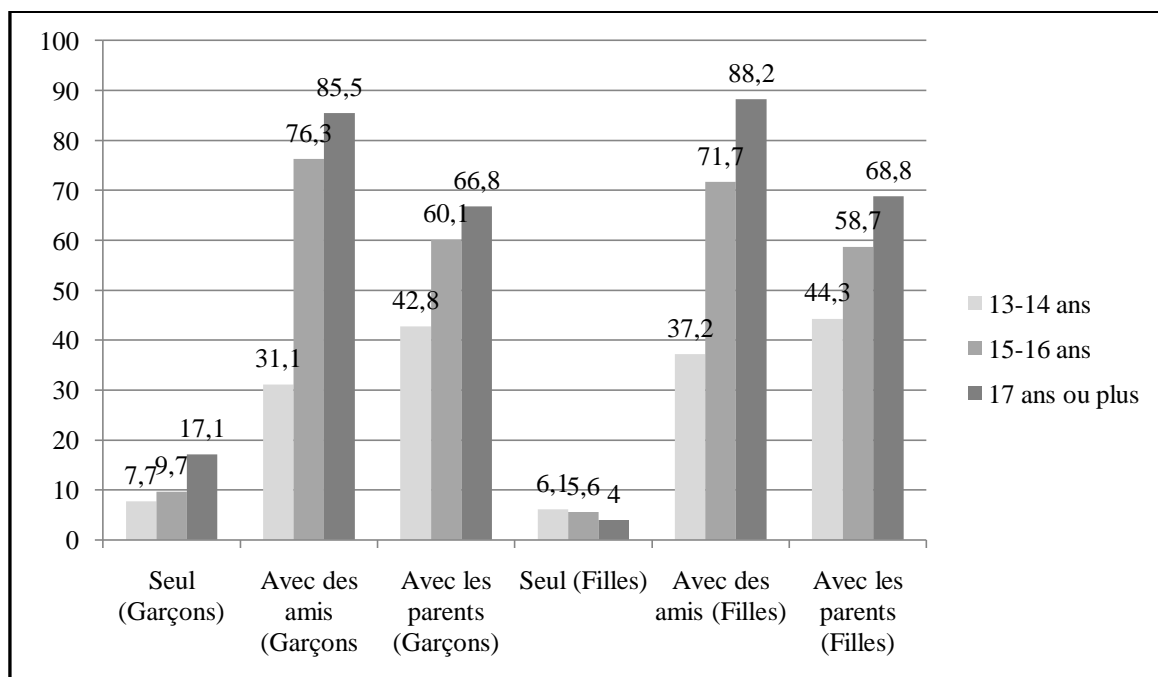
**Tableau 6**

\* :  $p < 0.05$  \*\* :  $p < 0.01$  \*\*\* :  $p < 0.001$  ; ns : non significatif  
(Source ESCAPAD 2005, OFDT)

Selon l'enquête ORS 2008, le contexte est similaire entre les deux sexes. À 13-14 ans la consommation d'alcool a lieu surtout avec les parents, puis avec les amis. Cette tendance s'inverse après 16 ans : 86 % des adolescents disent consommer avec des amis.

Une différence des sexes est observable quant au fait de boire seul : La proportion de filles qui affirment boire seul demeure pratiquement stable quel que soit l'âge (entre 4 et 6 %), alors qu'elle augmente sensiblement avec l'âge chez les garçons, passant de 8 % chez les 13-14 ans à 17% chez les 17 ans ou plus (graph.9).

Contexte de consommation selon l'âge et le sexe (ORS 2008)



Graphique 9

**Avec l'âge les adolescents consomment essentiellement avec des amis, et les garçons consomment plus fréquemment de manière solitaire.**

En résumé :

Le Limousin présente donc un profil assez proche de la moyenne métropolitaine à l'adolescence. Cependant les niveaux d'ivresse et les consommations ponctuelles sévères s'avèrent un peu plus élevés. Chez les garçons, il existe une augmentation sensible, avec l'âge, des consommations solitaires. Le pourcentage d'usage d'alcool fort et de bière est important chez les adolescents limougeaux.

Comme nous avons pu le constater l'alcool est la première substance psychoactive consommée à l'adolescence, ce avant le tabac et le cannabis par exemple.

Les précédentes études s'accordent également sur le fait que l'expérimentation de l'alcool se fait d'abord en famille.

G. Picherot décrit quatre étapes de consommations alcooliques des enfants et des adolescents (Picherot, et al., 2010) :

- La découverte de l'alcool en famille lors d'occasions festives dans l'enfance, parfois la première ivresse (finir les fonds de verre), qui ne suscite pas l'inquiétude des adultes ;
- Le premier « vrai verre » vers 12 à 14 ans avec des amis, caché des parents, avec aussi, parfois, les premières véritables ivresses ;
- La structuration de la consommation vers 16 à 17 ans (sorties, soirées) ;
- La consommation « sans permission » après 18 ans.

### III] ADOLESCENTS ET CONSOMMATION A RISQUE D'ALCOOL:

#### 1. Introduction : Les différentes formes de consommations à risque chez l'adolescent

Les consommateurs qui nous intéressent sont les adolescents qui inquiètent les adultes, abusent occasionnellement ou régulièrement, voire s'en rendent malades physiquement, et/ou socialement.

Les différentes épidémiologiques indiquent que l'alcoolisation festive prédomine chez les adolescents (lors de fêtes familiales ou de rencontres amicales). Pour Thomazeau dans « *l'alcool, un drôle d'ami* » ce mode d'alcoolisation pourrait correspondre au profil du « fêtard », les autres profils des consommateurs de boissons alcoolisées étant « l'aventurier » : celui qui boit pour connaître de nouvelles sensations, « le timide » : celui qui boit pour faire comme les autres et s'intégrer, « le fuyard » : celui qui consomme pour fuir la réalité et ses problèmes (Thomazeau, 2002).

Marcelli et Braconnier estiment qu'il est difficile de parler d'alcoolisme à l'adolescence (Marcelli & Braconnier, 2008).

Il est préférable de parler d'alcoolisation chez les adolescents, ils distinguent trois formes d'alcoolisations abusives chez eux (Coslin, De la fête à l'abus, 2007; Coslin, Les conduites à risque à l'adolescence, 2006) (Coslin, De la fête à l'abus, 2007) (Coslin, Les conduites à risque à l'adolescence, 2006).

- La consommation régulière d'alcool, qui pourrait être considérée « comme un mode d'intégration quelque peu dévié au monde des adultes », elle se rapproche de l'alcoolisme coutumier des pays latins.
- Les prises sporadiques, où l'alcool est utilisé pour parvenir le plus vite possible à l'ivresse, la « défonce ». « Il s'agit d'une ivresse aiguë, conduisant à se délivrer des limites corporelles et langagières, permettant de plonger dans une sensation de bien être et d'oublier les dangers et soucis du quotidien. »  
L'alcool est alors le produit d'une véritable toxicomanie et peut être associé à d'autres toxiques tels que le tabac, des psychotropes, des drogues illicites, permettant d'accélérer et d'accroître leurs effets. Il agit en tant que modificateur de la pensée.
- La consommation d'alcool en tant qu'automédication, souvent rencontrée chez les filles, consommant de manière discrète et culpabilisée, pour qui ces alcoolisations ont une fonction euphorisante, sédative, désinhibitrice et anxiolytique. « De faible coût et en vente libre, il leur permet de ne pas s'auto désigner comme malades, voire de revendiquer une image de bon-vivant ».

Une autre auteure, F. Gardien, dans « *alcoolisme adolescent, en finir avec le déni* » parle de « consommations problématiques » où l'adolescent se trouve en danger avec l'alcool (Gardien,

2007). Ces consommations problématiques auraient alors pour objectif de soulager ou masquer une souffrance, d'oublier « régulièrement » un quotidien difficilement supportable.

Elle énonce les pratiques d'alcoolisations problématiques à l'adolescence :

- La consommation d'alcool jusqu'à l'ivresse, la défonce dès lors qu'elle est régulièrement recherchée.
- L'incapacité à ne pas consommer d'alcool lorsqu'elle s'exprime dans un contexte alcoolisé (entre copains, fête, etc...)
- L'impossibilité à envisager une « fête » sans alcool
- La consommation systématique visant à se donner du courage pour dialoguer, s'amuser, rire, s'oublier
- La consommation d'alcool en solitaire

Face à ces usagers, et pour comprendre leurs problématiques de façon individuelles et collectives, nous pouvons nous aider du théorème du Professeur C. Olievenstein qui définit la toxicomanie « comme la rencontre entre un produit, une personnalité dans un moment social et culturel donné ». (Lacoste, 2006). Il paraîtrait intéressant d'utiliser ce théorème dans la consommation abusive de substances psychoactives telles que l'alcool. Car l'étude de ces paramètres chez les adolescents va nous aider à constater que le risque de développer une consommation excessive qui dépasse le cadre du domaine festif, n'est pas équitablement distribué dans la population générale.

## 2. Un produit : l'alcool :

### A) Historique

L'alcool est un produit naturel, il peut naître sans l'intervention humaine.

Il est une des plus anciennes substances psychoactives. Les premières consommations seraient contemporaines de la sédentarisation de l'homme à l'époque du néolithique, avec l'apparition de l'agriculture et de la poterie. L'homme commence donc à cultiver ses terres, découvre la germination et la fermentation.

Nul ne sait comment il fut amené à découvrir le principe de la fermentation et son caractère universel : « d'un fruit lésé par sa chute s'écoule le suc qui fermente et sous l'action de micro organismes dont Pasteur démontrera l'origine : La production d'*alcool éthylique* relève de l'action de moisissures utilisant pour leur développement la matière et l'énergie produites pour la dégradation des fruits ». L'homme devient donc sans le savoir consommateur de boissons contenant de l'éthanol (Viala-Artigues & Mechetti, 2003).

#### a) L'usage antique de l'alcool :

Des papyrus égyptiens évoquent les étapes de la fabrication, de commercialisation et de consommation de la bière et du vin. Bien qu'il s'agisse d'une boisson festive assez peu consommée, les Égyptiens furent des maîtres en l'art du vin. Mais la boisson la plus répandue en Mésopotamie et en Égypte fut longtemps la bière.

Dès cette période des mises en garde existent contre l'ivresse et les conséquences de la



consommation. Les adolescents, les jeunes adultes et les femmes ont pour interdiction d'en boire ou doivent en consommer de façon seulement modérée.

Les autres pays de l'Antiquité découvrirent plus tardivement le vin : L'Inde au IIe siècle, la Chine à partir du Xe siècle (mais au vin de vigne les Chinois préféraient le vin de riz).

La découverte de la céramique, à la fin de l'époque du néolithique permit la diffusion des boissons alcooliques (Viala-Artigues & Mechetti, 2003).

#### b) Les grecs et les romains :

« L'histoire de la vigne et du vin souligne les relations étroites tissées dès l'origine entre le mythologique, le technique, l'économique et le socioculturel.

Réservé d'abord aux prêtres, aux cultes divins et aux classes fortunées, l'usage des boissons alcooliques s'élargit peu à peu à l'ensemble des populations lors des festivités annuelles ou sacrificielles. C'est souligner d'emblée le lien historique de l'homme et du sacré, les effets enivrants de l'alcool ne pouvant relever pour nos ancêtres que d'une présence divine. » (Bazot, 1998).

Consommées par une certaine classe de la population, les boissons alcoolisées ont donc d'abord un aspect mystique qui permettrait de mieux connaître le monde des dieux. Mais la maîtrise de la production et de la conservation, associées à l'influence des cérémonies religieuses et des dérives des cultes orgiaques favorisèrent une diffusion plus grande de la consommation.

L'alcool est donc consommé lors des fêtes dionysiaques (en référence au dieu grec Dionysos dieu du vin et de la transe) chez les Grecs et des bacchanales (en référence au dieu romain Bacchus) chez les Romains. Cependant les consommations étaient soumises à une réglementation, régissant la quantité et le rythme de la consommation d'alcool, trop boire était mal vu. Les orgies et les violences étant malgré tout fréquentes, le sénat romain finira par interdire ces fêtes (Lenormant, 2006).

Les « mercatores » Grecs ou Romains, qui lors de la conquête de la Gaule suivirent les légions afin de rapporter de l'étain de l'île de Wight, chargeaient leurs mules d'amphores de vin pour le commercialiser en route : les Gaulois furent séduits par cette boisson et ses effets enivrants (Bazot, 1998).

Au IIIe siècle s'amorça le déclin de l'Empire romain par les invasions barbares, laissant la place au christianisme ; son expansion lors du Haut Moyen Age s'accompagna de celui du vin : Au XVe siècle l'Église possédait de nombreux terrains, la vigne étant signe et source de richesse. Jusqu'au XVIIe siècle, la culture de la vigne était essentiellement réservée à une « élite ». Puis la paysannerie fera peu à peu sienne la viticulture, d'où le développement de la propriété viticole (Bazot, 1998) (Véléa, 2005).

#### c) L'alcool distillé :

En organisant des expéditions pour délivrer la Terre Sainte, l'Église aurait été indirectement à l'origine d'une découverte essentielle : Les croisés ramenant d'Orient à la fin du XIIIe siècle le

secret de la distillation (le mot « alcool » étant un dérivé arabe de « al kohol »), mais l'origine du procédé reste controversé. Que les véritables découvreurs de la distillation soient les perses, les Grecs, les Chinois ou les Arabes, nul ne le sait, mais le procédé diffusa dans l'Europe entière. Moines, barbiers, médecins et apothicaires du XII<sup>e</sup> siècle fabriquaient des médicaments basés sur la distillation du vin (« alcool vin ») selon la dénomination du médecin et alchimiste Paracelse (1493--1541). L'eau-de-vie fut élaborée au Moyen Age par des alchimistes qui tentaient de créer un élixir de longue vie.

À la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, les marchands et marins hollandais s'approprièrent cette technique et transformèrent des vins français (blancs surtout) de qualité médiocre (qu'ils embarquaient une fois distillés), en gin par brûlage. « De médicament, l'alcool distillé était devenu boisson ». Dès le XVII<sup>e</sup> siècle la ville fut arpentée par des marchands ambulants et des crieurs d'eau-de-vie. Et naissent le whisky en Angleterre, l'aquavit en Suède, le Cognac, le brandy en France, le rhum aux caraïbes...

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, l'alcool de vin est identifié chimiquement  $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$  et reçoit le nom d'éthanol (Viala-Artigues & Mechetti, 2003) (Bazot, 1998).

#### B) De l'alcoolisme à l'alcoolisation :

Comme nous l'avons constaté, l'alcool d'abord produit rare, réservé aux occasions culturelles va peu à peu s'étendre à l'ensemble de la population.

##### - L'ivresse :

Au cours de l'histoire les personnalités qui ont pu détenir le pouvoir, et, donc, bénéficier d'approvisionnements privilégiés de boissons fermentées ont pu franchir le pas de l'abus de ces produits, ainsi Alexandre le Grand, Caligula, Néron entre autres ont laissé la trace historique de leurs alcoolisations : « À l'entrée de la nuit, il se coiffait d'un bonnet ou d'un chapeau, fréquentait les tavernes, parcourait en folâtrant tous les quartiers de la ville et y faisait beaucoup de dégâts » (Suétone, 69-125 après JC).

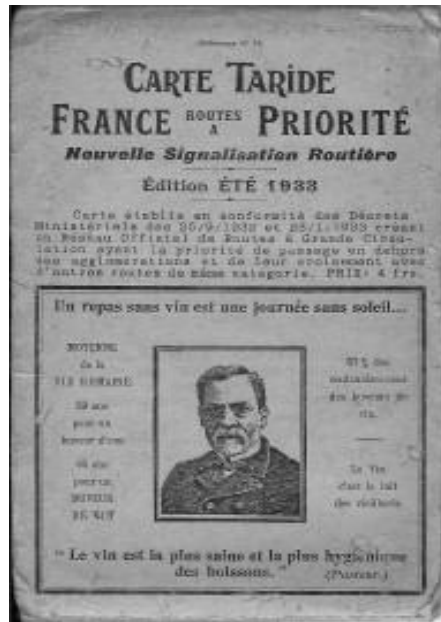
Les puissants continuèrent cette tendance avec l'apparition des boissons distillées.

Ces excès touchèrent également l'ensemble de la population, mais de manière plus tardive du fait des aléas de la production et de la conservation.

##### - L'alcoolisation :

Grâce à la diversification des boissons alcooliques, ainsi qu'à leur plus grande production et diffusion, leur consommation est passée d'un usage festif et ponctuel, à une consommation quotidienne et banalisée.

Le terme d'alcoolisation définit la consommation d'une boisson contenant de l'alcool, en dehors d'un excès aigu ou chronique. Et des arguments hygiéniques contribuèrent à justifier cette consommation, M. Bazot cite P. Jamec : « L'eau se trouve dans le puits plein de chats et de chiens morts et le vin n'est pas plein de boue comme elle » (Bazot, 1998) (Lambrech, 1989), cet argument sera également repris plus tard par Pasteur (Pasteur, 1866) "le vin de France aliment, c'est-à-dire le vin naturel ... peut être, à bon droit, considéré comme la plus saine, la plus hygiénique des boissons " (Pasteur, 1866).



(En 1933, les cartes routières Taride vantent les bienfaits du vin en se référant à Pasteur)

### - Naissance de l'alcoolisme :

M. Bazot se réfère à Sénèque, qui dès son époque sut distinguer ivresse et état de chronicité que l'on nommera ivrognerie au XIIIe siècle, alcoolisme chronique au XIXe siècle (Bazot, 1998). Sur le continent Nord Américain, les colons implantés produisirent diverses boissons alcoolisées, et au XVIIIe siècle la consommation devint forte ; les esclaves noirs et les indiens exclus de ces consommations transgressèrent rapidement la loi (l'alcool objet de troc facilita la pénétration vers l'Ouest).

L'Europe était quant à elle, en proie à l'ivrognerie avec la consommation de gin dans les bas quartiers de Londres et d'Aquavit en Suède (un des pays les plus alcoolisés au début du XIXe siècle) (Bazot, 1998).

La révolution industrielle engendre un phénomène de masse inédit dans l'histoire de l'humanité, l'alcoolisme : en Europe, et en France notamment l'industrialisation attire une population essentiellement rurale qui se retrouve à travailler dans des conditions particulièrement rudes, et consomme de l'alcool dans les estaminets situés aux alentours afin d'oublier la rudesse de leur vie quotidienne (Viala-Artigues & Mechetti, 2003).

En 1837, Villermé, médecin et moraliste, après avoir parcouru la France, affirme que l'alcoolisme est le plus grand fléau des classes laborieuses. Son travail marque la naissance de l'hygiène publique dans notre pays (Bazot, 1998).

Magnus Huss, médecin suédois invente le terme d'*alcoolisme*, en 1849, qui supprime le terme d'*ivrognerie* utilisé jusque là. Il rapporte à la surconsommation de boissons telles que l'aquavit et le schnaps des pathologies hépatiques, neurologiques, cardiaques et des troubles mentaux. Son œuvre se diffusa aux États-Unis et en Allemagne ; en France son accueil fut plus mitigé, il en fut souligné les limites dans un pays où la consommation était essentiellement faite de boissons fermentées : le vin et la bière, et non distillées comme en Suède (Bernard, 1984).

À partir des travaux de Morel, en 1857, naît un puissant courant de pensée en France influençant la perception de l'alcoolisme durant un siècle, qui est celui de la dégénérescence. Ces travaux seront repris en 1895 par Magnan et son élève Legrain, dans un ouvrage intitulé « les dégénérés », où il est estimé que l'alcoolisme entraîne la dégénérescence jusqu'à la troisième génération, et réciproquement, la dégénérescence est elle-même responsable de l'alcoolisme. Ces théories entraînent une certaine stigmatisation d'une frange de la population : ces alcooliques étant affublés de tares sont décrits comme violents, vicieux, criminels, exclusivement issus des classes laborieuses, (passant sous silence l'alcoolisme mondain), et menaçant le bon ordre de la cité.

Pour M. Bazot, « cette discrimination allait bientôt alimenter et conforter l'opposition pauvres-nantis, malgré l'existence cachée d'un alcoolisme mondain ainsi que les sentiments racistes matérialisés dans les lois eugéniques du Troisième Reich qui prônait la stérilisation des alcooliques » (Bazot, 1998).

Cette théorie de la dégénérescence tomba progressivement en désuétude à partir des années 1950.

À cette période succéda l'ère de l'alcoologie moderne, où la question est abordée de manière plus globale, on vient à s'intéresser à l'homme qui a un problème d'alcool, en tenant compte de sa souffrance physique, psychique, et de son environnement.

E.M. Jellinek publie *The disease concept of alcoholism*, et décrit l'alcoolisme comme « toute consommation de boissons alcooliques qui cause un dommage à l'individu, à la société ou aux deux ». Sa catégorisation fait par contre plus référence à la société américaine, et convient moins aux pays de tradition vinicole (Jellinek, 1960).

Pierre Fouquet, fondateur de l'alcoologie, dans les années 1950, a laissé une définition de l'alcoolisme encore largement utilisée : « est alcoolique celui ou celle qui a perdu la liberté de s'abstenir de l'alcool », définissant ainsi le concept de dépendance .

En 1990 Goodman, psychiatre anglais propose le terme d'addiction qu'il définit ainsi : « Processus par lequel un comportement pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

M. Bazot constate que l'alcoologie a eu une influence bénéfique sur la prise en charge et l'accompagnement des malades de l'alcool : dans le même temps a eu lieu une baisse dans de nombreux pays dont la France de la consommation moyenne d'alcool par habitant (Bazot, 1998).

Après avoir étudié l'historique de l'alcool et l'évolution de ses représentations, nous allons nous intéresser à l'alcool en tant produit consommé par les adolescents, et à la fonction qu'il peut avoir.

### C) La fonction de l'alcool dans la tourmente pubertaire

Georges Bernard Shaw écrit : «L'alcool est un anesthésique qui permet de supporter l'opération de la vie ».

L'adolescence est une période tourmentée pour l'adolescent, transition entre l'enfance et l'âge adulte.

En quoi l'alcool peut-il trouver une fonction dans la tourmente pubertaire ?

#### a) Alcool et identité

Pour G. Picherot, il trouve sa place dans la problématique adolescente, puisqu' « il répond au double mouvement de conquête et d'abandon par une double fonction de stimulation et d'apaisement » (Picherot, et al., 2010).

L'alcool a un aspect désinhibant, verbal et comportemental qui pourrait alors favoriser la rencontre de l'autre, les échanges, faciliter la socialisation. L'alcool peut donner du courage, il permet à l'adolescent de se sentir plus fort vis-à-vis de ses pairs. G. Picherot parle de « perfusion identitaire », qui permet à l'adolescent de « se construire un « prêt-à-porter » lui donnant la liberté d'emprunter l'identité d'un moment », avec des identifications en « pelures d'oignons » pour reprendre l'expression de Winnicott dans « *De la pédiatrie à la psychanalyse* », « on devient ce que l'on boit » (Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1969).

Les alcooliers ont d'ailleurs su se saisir de ce besoin d'identification, ils revisitent le « packaging » de leurs boissons alcoolisées qui deviennent des accessoires, des doses d'alcool « prêt-à-porter » (Jean-Paul Gaultier a d'ailleurs été choisi pour revisiter le flacon de Piper qu'il a rhabillé d'un corset de vinyle écarlate comme celui de Madonna).

Boire peut aider à la séduction, dans le sens où il permet de dépasser l'angoisse liée à l'entrée dans la sexualité.

En outre, l'alcool est souvent associé à une notion de virilité, avec une valeur initiatique, permettant d'accéder au statut d'adulte et à l'identité sociale, et cela, particulièrement chez le garçon.

Il participe à la dynamique de séparation ou d'individuation, puisqu'il lui permet de quitter le monde de l'enfance, de se rapprocher du monde de l'adulte, tout en se démarquant de ce dernier. En effet, ses habitudes de consommation diffèrent de celles de ses parents, par la nature et les modalités. L'adolescent n'est pas à la recherche du « bien boire » contrairement à ses parents, le vin est d'ailleurs le symbole de ce mode de consommation, il privilégie donc des boissons telles que la bière et les spiritueux.

#### b) Alcool et angoisses

On conçoit facilement que l'alcool puisse apaiser les angoisses et d'oublier ce qui fait souffrir : la peur de l'autre, l'avenir, son manque d'assurance, et l'incertitude de sa propre identité.

« L'ivresse permet d'expérimenter un sentiment de déréalisation, moins angoissant car induit par un produit, que les expériences vécues parfois par l'adolescent au moment de sa puberté et des transformations corporelles rapides qui l'accompagnent. L'alcool peut même entraîner l'amnésie, permettant à l'adolescent de se mettre hors du temps et de son implacable et angoissante irréversibilité » (Picherot, et al., 2010).

Avec l'alcool se profilent deux possibilités chez les adolescents : il permet la prise d'indépendance pour certains, mais pour d'autre se crée « un lien privilégié avec le toxique » signifiant l'entrée dans un processus de dépendance. Chez des personnalités fragiles, il vient colmater certaines failles, il interrompt le processus psychique en cours et maintient artificiellement une période de latence, « les conflits sont escamotés avec un recours aux stimuli externes et aux sensations, au détriment des représentations et d'une activité de penser ». On peut parler d'une consommation « auto thérapeutique », qui peut venir d'autant plus précocement dans la vie de l'individu que le sujet est fragile et que son entourage se trouve lui-même en difficulté vis-à-vis de l'alcool (Picherot, et al., 2010).

### c) Alcool et adolescence : théories psychanalytiques

S.Freud parle de la consommation d'alcool, et notamment dans le contexte de l'addiction, en tant que compulsions secondaires, le besoin d'alcool étant alors substitutif de la satisfaction d'une pulsion sexuelle, l'acte de boire étant un équivalent d'une satisfaction sexuelle auto-érotique. Et si la dépendance alcoolique est liée à la vie sexuelle, il s'agit d'une sexualité archaïque. Freud pensait voir dans l'érotisme oral le terrain électif de cette sexualité archaïque : « Tous les enfants ne suçotent pas. On peut supposer que les enfants qui le font sont ceux chez lesquels la signification érogène de la zone labiale est constitutionnellement renforcée. Que cette signification subsiste, et, ces enfants une fois adultes, deviendront de friands amateurs de baisers, développerons un penchant pour les baisers pervers, ou si ce sont des hommes, auront un sérieux motif pour boire et pour fumer » (Freud S. , 1905).

Freud parle donc d'une fixation au stade oral.

Les successeurs de Freud évoquent dans la consommation d'alcool : l'excitation érotique, le narcissisme, et l'apaisement des tensions, notamment dans le processus de séparation qu'implique l'adolescence. Car, selon les théories psychanalytiques, l'adolescent qui n'est plus protégé par l'immaturité fonctionnelle de ses fantasmes parricides ou incestueux, ressent la nécessité d'effectuer un travail de séparation d'avec ses parents. Ce travail s'effectuerait d'autant plus facilement que l'enfant aurait de bonnes assises narcissiques (Corcos, Flament, & Jeammet, Les conduites de dépendance, 2003).

.D.Winnicott, dans *Jeu et réalité*, définit la notion d'objets transitionnels, qui chez l'enfant permet de se rassurer en l'absence de la mère (qui est à la fois l'enfant lui-même et sa mère, un symbole et un objet concret). Ces objets naissent d'une illusion créée par la mère comme une illusion de coïncidence entre réalité intérieure et réalité extérieure, et une illusion d'indépendance.

Dans les addictions, il y aurait eu échec du phénomène de symbolisation, une fixation aux aspects non vivants de l'aire transitionnelle : du fait d'un échec dans le processus de séparation avec la mère non surmonté psychiquement, en raison d'une défaillance du cadre familial.

Il existerait dans la consommation des toxiques, une recherche plus ou moins consciente, d'un soutien dans la gestion des relations (Winnicott, Jeu et réalité, 1975).

Selon Jeammet et Corcos certains adolescents cherchent à remplacer une relation inter-humaine par une relation maîtrisable, renouvelable à volonté et donc indestructible : ils parlent de substituts subjectaux que peuvent représenter la drogue, l'alcool ou l'aliment.

Dans ce cas l'objet n'est pas reconnu pour sa complémentarité et sa différence, mais investit dans un rôle fonctionnel et utile pour l'équilibre psychique (Corcos & Jeammet, Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence: la force et le sens, 2006).

Les deux auteurs parlent d'aménagements pervers. La dimension perverse est liée à l'usage que l'individu fait de cette néo-relation dans l'économie psychique et relationnelle ; l'objet investi est totalement nié dans son altérité, il n'est pas investi à des fins d'échange mais comme une protection contre une perte possible et comme une source minimale d'excitation pulsionnelle. Il n'a qu'une seule fonction : la cohésion du Moi.

Cet aménagement pervers évite les dangers de l'intériorisation comme ceux de la perte.

Tout individu se construit selon deux axes : l'axe narcissique et l'axe objectal.

Lors de la séparation s'effectue un nouveau choix d'objets, qui peut s'appuyer sur la fratrie et les pairs.

En cas de déséquilibre, il pourrait se créer un conflit entre ces deux axes (« axe antagoniste narcissico-objectal »), avec le risque d'un repli narcissique en cas d'appétence objectale trop forte ou menaçante pour l'intégrité narcissique. Ph. Jeammet parle de « conflit narcissico-objectal » où l'adolescent est pris dans une double contrainte: s'affranchir de la dépendance aux adultes, apprendre à gérer ses émotions, ses activités, ses projets sans verser dans l'autarcie.

Les conduites de dépendance signeraient un blocage du processus développemental et l'incapacité d'affronter cette double contrainte

Pour M.Brouard et G.Johnson cette conflictualisation pourrait être majorée par notre société actuelle. En effet notre société actuelle prône moins la séparation d'avec les objets oedipiens par rapport aux générations précédentes. L'autre difficulté vient d'une montée de l'individualisme qui ne soutiendrait pas le travail d'investissement de nouveaux objets.

Lors de l'adolescence la recherche de l'autre, de nouveaux repères, des appuis sont importants pour s'affirmer face aux parents. Et ces changements sociétaux pourraient mettre en difficulté cette recherche de nouveaux objets (Brouard & G., 2009).

#### d) Alcool et adolescence : théories biologiques

- Action cérébrale de l'alcool :

L'alcool doit être consommé en quantités importantes pour avoir un effet pharmacologique, contrairement aux autres substances qui agissent pour des doses de l'ordre de la dizaine de milligrammes par kilogrammes de poids corporel.

Et, à l'inverse de la plupart des drogues, l'alcool n'a pas de récepteurs spécifiques. L'éthanol agit sur de nombreuses cibles moléculaires des canaux ioniques, ces cibles sont très nombreuses, et selon leurs localisations les effets sont différents. En résumé, l'alcool entraîne la libération de dopamine dans le noyau accumbens, ce qui active les neurones de ce noyau. Sont alors libérés des opioïdes endogènes dans l'aire tegmentale ventrale, ce qui active les neurones dopaminergiques, entraînant la libération de dopamine dans le noyau accumbens : le système s'auto-entretient (Fig.7).

Les neurones dopaminergiques dont les corps cellulaires sont localisés dans l'aire tegmentale ventrale sont les principaux sites d'action des drogues. La libération de dopamine dans ce noyau active le système de récompense et pousse à la consommation d'alcool. Cette transmission dopaminergique est modulée par des afférences glutamatergiques (excitatrices) et GABAergiques (inhibitrices) (Naassila, Du plaisir à la dépendance, 2009).

En ce qui concerne le cerveau adolescent, il se caractérise par un remodelage important, au niveau de la croissance et de la connectivité. Une des dernières aires à devenir mature serait le cortex préfrontal. Cette aire est impliquée dans le jugement, la prise de décision et le contrôle des réponses émotionnelles. Il pourrait donc exister un lien entre l'immaturation du cerveau adolescent, le niveau de prise de risque, et de recherche de sensations.

L'exposition à l'alcool à un ce stade de développement augmenterait la vulnérabilité des jeunes à son effet et aurait des effets délétères sur le développement cérébral (Daoust, et al., 2007).

- Etudes biologiques : modèle animal pour comprendre les effets de l'éthanol chez l'adolescent

D'autres travaux ont indiqué que les rats adolescents et même plus jeunes sont étonnamment plus résistants à plusieurs des effets aigus de l'éthanol comparativement à l'âge adulte. Cette moindre sensibilité à l'éthanol des rats adolescents a été observée pour ses effets d'incoordination, d'altération des interactions sociale, anxiolytiques, analgésiques, sédatifs et létaux. Les rats adolescents présentent également une plus faible sévérité du syndrome de sevrage à l'alcool ainsi qu'une plus faible anxiété induite lors du sevrage et ces résultats semblent similaires aux observations cliniques. L'adolescence représenterait une période de vulnérabilité critique pendant laquelle il existerait une moindre sensibilité à de nombreux effets de l'alcool et il serait alors possible d'envisager que l'exposition à l'alcool pourra modifier à long terme la réponse à l'alcool et rendre l'individu plus vulnérable à ce toxique (Daoust, et al., 2007).

- Théories génétiques :

Des gènes pourraient influencer la consommation d'alcool. Les recherches se sont intéressées aux gènes des récepteurs impliqués dans la libération de dopamine.

Il a été étudié le gène du récepteur A2A : l'activation de ce récepteur module la libération de glutamate et de GABA et module ainsi le tonus excitateur ou inhibiteur exercé sur la transmission dopaminergique par ces deux neurotransmetteurs.

Des souris mutées qui n'expriment pas ce récepteur présentent une plus forte appétence pour les boissons alcoolisées. Cette plus forte appétence est associée à une diminution de leur sensibilité aux effets récompensants de l'alcool, ce qui indique que ces souris ont tendance à boire plus d'alcool pour atteindre le seuil de récompense qui est plus élevé. Les résultats ont aussi démontré que cette plus forte consommation d'alcool est inversement corrélée à leur sensibilité aux effets négatifs de l'alcool (hypothermiques et hypnotiques) et n'est pas due à une modification du



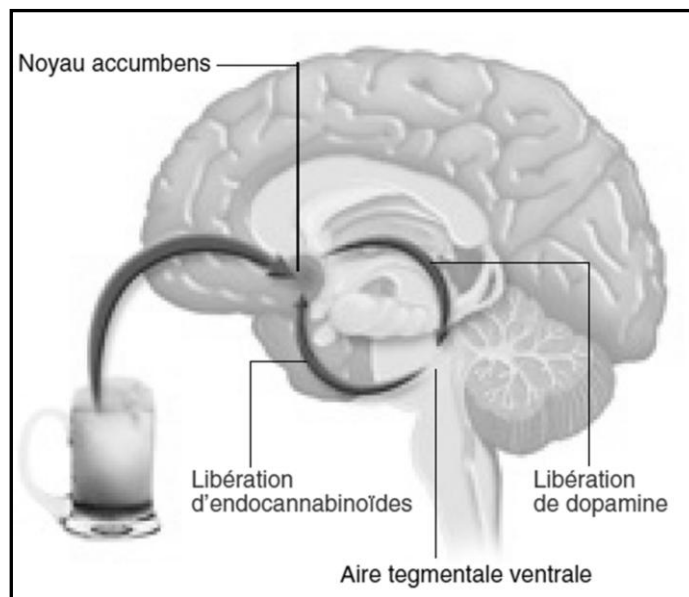
métabolisme de l'alcool ou du développement de la tolérance. Par contre, elles sont plus sensibles aux effets anxiolytiques et psychostimulants de l'alcool.

Des souris adolescentes présentant cette mutation, exposées à des ivresses répétées, sembleraient développer une résistance aux effets de l'intoxication alcoolique, ce qui pourrait accentuer leur propension à boire des boissons alcoolisées (Daoust, Houchi, Warnault, Vilpoux, Pierrefiche, & Nassila, 2009).

D'autres familles de récepteurs ont été étudiées, notamment le CRF ou corticolibérine et sa famille de récepteurs impliqués dans les désordres liés au stress tels que l'anxiété et la dépression.

Il a été trouvé une influence du polymorphisme du promoteur du gène codant pour la corticolibérine dans la perte de contrôle de la consommation d'alcool chez l'animal. Leur mutation agirait sur la consommation d'alcool chez les singes rhésus qui ont une histoire positive de stress. Une variation fonctionnelle du gène pourrait contribuer au risque de passer d'une consommation occasionnelle d'alcool à la dépendance (Barr, 2009).

### *Ethanol et libération de dopamine*



**Figure 7**

## D) Le marketing :

### a) Les adolescents, une cible publicitaire des alcooliers

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 (Chabalier, 2005).

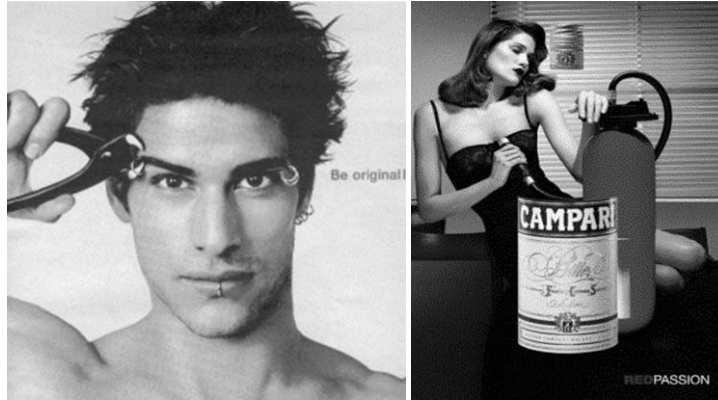
Les publicitaires ont donc pour mission de transmettre un message auquel l'adolescent sera sensible, l'incitant à acheter telle boisson plutôt qu'une autre.

M. Le Fourn écrit : « les liquides et leurs packaging 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 » (Le Fourn, 2007).

### b) Alcool et « packaging »

Le « packaging » est étudié de telle manière qu'il mette l'adolescent en valeur, qu'il exprime son état d'esprit sur le moment et le différencie. M. Le Fourn parle de « perfusion identitaire », le liquide devient « un support de communication » (Le Fourn, 2007).

L'aspect des bouteilles est donc pensé dans ce sens : la couleur, le goût affiché, les messages énergétiques ou de séduction doivent attirer les adolescents. L'accessoire « mini bouteille » transportable, s'adresse également à eux, en se référant à une population férue de téléphone portable. Les adolescents peuvent donc avoir leur « dose » personnelle d'alcool à portée de main, ils la transportent et s'affichent avec. 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 ».



*La communication Campari joue sur la séduction et la provocation*  
(Vandercammen, M., 2004)

Certains adolescents collectionnent les bouteilles, souvenirs de soirées, occasions particulières...les publicitaires créent donc des séries limitées, relookent souvent les bouteilles qui peuvent devenir rares et trôner sur les étagères tels des trophées.

#### c) Des boissons créées pour les adolescents

Le vin n'attire pas les adolescents, malgré les étiquettes colorées tendances, les messages publicitaires prometteurs de rencontres et de séduction (« dites-le avec Sauvignon Polisson : un dîner sur la plage, coquillages et crustacés. Se lécher les doigts de flux et de reflux enivrés »), ou les noms suggestifs (Coquin Cabernet, Syrah canaille, Syrah petit bisou... Le vin se met également à éditer de petits formats de bouteille. Mais il reste trop associé à la consommation parentale. Alors les adolescents le « désadultisent », en le mélangeant à du cola par exemple, en créant des boissons qui dégoutent les adultes, mais permettent de se différencier des parents, de s'autonomiser, s'individuer. Les alcooliers ont d'ailleurs créé des alcools « prêts à mélanger », ou d'autres « prêts à consommer » (comme le Desperados mas, les 51 citrons, ou le gloss. de Suze). 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. Cette crainte d'incorporation du même renverrait vers un monde de fantômes incestueux » (Le Fourn, 2007).

Les alcooliers ont bien intégré les goûts des adolescents, qui se détournent donc du vin et préfèrent les boissons sucrées. Ils leur créent donc des produits, et en 1996, apparurent les prémix, mélanges de sodas sucrés et d'alcool fort. Vendus dans les supermarchés ils firent très vite recette : ils rapportèrent 30 milliards de francs en 1997 contre à peine la moitié quatre ans plus tôt (Mahler, 2007). Six mois après leur lancement ils étaient connus par plus des trois-quarts des 13-18 ans. Par la suite, ils furent taxés par deux fois : 0,23 euros par décilitre en 1997, puis 5,5 euros par décilitre d'alcool pur en 1999, soit 0,90 euros par canette de 33 cl ; leurs ventes déclinèrent aussitôt (Kermel de Fécan, 1997).

Ces produits sont réapparus en 2002, du fait d'un contournement de la réglementation par les alcooliers, qui ont développé, à grands renforts de stratégies marketing (publicités, parrainage de

manifestations festives et « branchées », packaging et logos attractifs, promotions commerciales, démarchage de clubs sportifs et autres structures accueillant des jeunes), de « nouveaux prémix » vendus en supermarché, à base de malt (« malternatives »), de vins aromatisés (« vinipops ») ou de cidre. Ces nouvelles catégories sont exclues du périmètre de la taxe, du fait de leur teneur réduite en sucre : le recours à des édulcorants permet en effet d'échapper à la taxation qui vise les mélanges contenant plus de 35 g de sucre par litre (Beck, Legleye, Obradovic, Mutatayi, Cohen, & Karila, 2008).



Bien que les industriels affirment cibler une population majeure qui a l'âge légal de boire, le goût sucré, l'aspect coloré, la présentation « indiquent clairement qu'elles visent les jeunes » (Rielle, 1996) (Rielle, 1996).

Yves Bur, député à l'Assemblée nationale déclarait à propos des « alcopops » : « les ventes nulles en 2002, devraient atteindre les 60 millions de bouteilles cette année » (Bur, 2004). La législation a alors réalisé une nouvelle taxation, le premier janvier 2005, aboutissant à une baisse de vente de 40 % de ces boissons aromatisées. Les alcooliers ont alors répliqué en baissant la quantité de sucre dans leurs produits (Mahler, 2007).

V. Malher note que les supermarchés ont eux-mêmes suivi ces tendances. En effet, ils ont réorganisé leurs rayons d'alcool pour créer un « pôle jeune adulte », qui aligne bières, malternatives et spiritueux.

#### d) La loi et le marketing

La loi prévoit que : « la publicité pour l'alcool est interdite dans les journaux pour jeunes et à la télévision. De plus il n'est pas possible de remettre, distribuer, ou envoyer à des mineurs des documents ou objets nommant ou représentant une boisson alcoolique (ou le nom de son fabricant) » (Loi 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, 1991).

L'interdiction de la publicité oblige le marketing à être inventif pour pouvoir s'adresser aux jeunes.

Les fabricants passent par exemple par de la publicité détournée : en plaçant leurs produits dans d'autres spots publicitaires, ou dans des films ou jeux vidéos. Pour les films, des équipes spécialisées pratiquent le « placement » sous trois formes : le produit est visible durant l'action, le ou les acteurs parlent de la marque, et les acteurs la consomment (V. Malher prend pour exemple le film « camping » où une boisson anisée est très souvent présente).

Un autre mode de diffusion publicitaire : le marketing viral.

Le marketing viral consiste à encourager le jeune à transmettre à d'autres jeunes le message de la marque. Le jeune devient ambassadeur de la marque en diffusant SMS et carte Web (fig.8). La marque se constitue rapidement des bases de données nourries d'informations personnelles fournies par les jeunes utilisateurs (Vandercammen, M., 2004).

*Un exemple d'e-carte*



**Figure 8**

Le marketing « tribal » veut créer des groupes sociaux (des tribus) autour d'un service ou d'un produit (Fig.9). Il s'agit de remplacer les pères par les pairs. Le jeune, sensible aux messages émotionnels de la marque, impose des achats à sa famille (et à lui-même) en fonction de ce que pensent ses copains.

*Exemple de publicité issue du marketing viral : « un seul monde, une seule fête »*



**Figure 9**

### 3. Alcool et contexte social :

#### A) Le rôle de l'entourage familial :

De nombreuses recherches se sont intéressées à définir les facteurs familiaux dans les consommations adolescentes.

##### a) Les premières initiations

Comme nous l'avons déjà vu, la famille a un rôle important dans les premières initiations puisque ces dernières ont lieu dans le cadre familial, à l'occasion de fêtes, de repas conviviaux, ou de vacances. L'enfant est invité à prendre un peu de vin ou de champagne, le « boire » est alors proposé par les parents. Ou il peut « finir » les fonds de verre à l'insu de ces derniers. La consommation d'alcool « qui représente un des privilèges tant désirés du monde adulte se trouve ainsi fortement intériorisée dès l'enfance (Navarro & Godeau, 2007).

Une étude s'est intéressée aux premières initiations à l'alcool chez l'enfant (en goutant à petites gorgées), et en a conclu qu'elles reflétaient plus le rapport à l'alcool des parents, avec des occasions répétées d'y goûter, plutôt qu'une tentative délibérée d'initier à un usage social de l'alcool. (Donovan & Molina, 2008).

Bastin dans « *comportement à risque et santé : agir en milieu scolaire* » fait remarquer que cette socialisation familiale peut ne pas être négative, dans le sens où elle permet un usage modéré et contrôlé de ce produit. (Bastin, et al., 2008).

Le fait que les initiations aient lieu dans les familles ne signifie pas que ces dernières ne désirent pas contrôler la consommation de leurs enfants, bien au contraire.

Selon l'enquête HSBC 2005, 2,9% des jeunes interrogés déclarent être autorisés par leurs parents de manière permanente à boire de l'alcool. La quasi-totalité n'a soit pas le droit d'en consommer (60,8%), soit l'a occasionnellement (36,6%). Il n'existe pas de différences entre les sexes, mais avec l'âge, les plus âgés sont plus autorisés à consommer. À 15 ans, la consommation se fait au moins en partie sous le regard familial (près de sept consommateurs sur dix), à peine un peu moins que les consommateurs de onze ans (neuf consommateurs sur dix).

Pour F. Navarro et E. Godeau « les mécanismes de socialisation de la consommation d'alcool au sein de la famille sont d'une certaine complexité, parfois teintés d'ambivalence, mais leur importance sur le développement des comportements des adolescents, en particulier sur l'abus d'alcool, ne se dément pas » (Navarro & Godeau, 2007).

Pour ces auteurs, avoir goûté de l'alcool ne signifie pas pour autant un passage vers la consommation.

Si l'on se réfère aux études HSBC, la moitié des jeunes collégiens qui ont goûté de l'alcool en restent au stade de l'initiation ; d'autant plus, si l'initiation a eu lieu de manière tardive (Beck, Legleye, Le Nézet, Spilka, & Godeau, Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence, 2006).

Par contre une initiation précoce pourrait être un facteur prédictif de consommation régulière et d'ivresse (Tildesley & Andrews, 2008).

Mais le type de consommation auquel le jeune a été initié est également important: il y a deux fois plus de garçons (et trois fois plus de filles) initiés à la bière qui évoluent vers une consommation hebdomadaire de bière, que d'initiés au vin évoluant vers une consommation hebdomadaire de vin (Navarro & Godeau, 2007).

## b) Le contexte familial.

Dans son article S. Hefez se réfère à une étude danoise qui aurait montré que dès l'âge de 4-5 ans, des enfants avaient pris conscience des problèmes d'alcool chez leurs parents des années avant que ce problème ne soit abordé (Hefez, 2007).

Newcomb, dans une étude longitudinale a montré que la consommation de toxiques chez la mère allait de pair avec un dysfonctionnement familial ou une détresse psychologique, donnant lieu à un étayage familial défaillant pour l'adolescent. Selon cet auteur, la consommation de toxique chez l'adolescent dépendrait plus de la détresse psychologique de la mère et du manque d'étayage familial qui en découle, que de sa propre consommation de toxiques (Newcomb & Bentler, 1988).

Il a également été démontré des liens entre des événements négatifs dans la famille comme des divorces, décès, pertes d'emplois, entraînent un dysfonctionnement familial et une consommation d'alcool à l'adolescence. Une pathologie psychiatrique familiale peut jouer un rôle important dans l'installation d'une conduite addictive.

Si l'on s'intéresse à une modalité particulière de consommation d'alcool telle que le «binge drinking » : des études les mettent en relation avec un cadre parental défaillant, voire des

maltraitements, des relations intrafamiliales pauvres, des consommations familiales excessives, des antécédents familiaux d'éthylisme. De plus ce type de consommation tendrait à débiter à une période de vie où l'influence parentale régresse (Foley, Altman, Durant, & Wolfson, 2004) (Shin, Edwards, & Heeren, 2009) (Weitzman, Nelson, & Wechsler, 2003).

#### c) Le support familial

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.

Au niveau de l'éducation, on peut penser que plus les parents posent des règles pour structurer les activités de leurs enfants, plus les prévalences de problèmes liés aux consommations d'alcool sont faibles (Wood, Read, Mitchell, & Brand, 2004) (Bèguea & Roché, 2009) (Windle, 1991) (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psychoactives, 2001).

Par ailleurs Ledoux et Choquet dans leurs études relèvent chez les jeunes abusant de boissons alcoolisées certaines caractéristiques familiales : la difficulté du maintien de bonnes relations avec les parents, le manque d'autorité parentale.

Les adolescents dont les parents approuvent la consommation d'alcool ont des consommations quotidiennes beaucoup plus élevées que les adolescents dont les parents désapprouvent ces consommations (Ledoux, Sizaret, Hassier, & Choquet, 2000).

Pour S. Hefez, chez les adolescents qui s'engagent dans les consommations chroniques, quotidiennes et régulières d'alcool, l'exemple parental est fondamental : « il est évident que, pour les enfants, la première définition de ce qui représente une consommation d'alcool normale ou acceptable se forge à la maison, au contact de la famille [...]. Des enfants peuvent, certes, rejeter l'exemple familial du fait des difficultés qu'ils y ont rencontrées, mais les études montrent néanmoins une large corrélation entre la consommation des parents et celles de leurs descendances » (Hefez, 2007).

Les travaux de S. Latendresse vont également dans ce sens: un comportement d'alcoolisation importante des parents tend à promouvoir une attitude semblable chez leurs enfants adolescents (Latendresse, 2008).

#### d) Antécédents familiaux de consommation d'alcool

Des études rétrospectives ont également conclu que les antécédents familiaux d'alcoolisme étaient des facteurs de risques majeurs pour l'alcoolisme chez l'enfant et l'adolescent.

Les consommations alcooliques parentales excessives ont un impact sur celles de l'adolescent : elles peuvent devenir aussi excessives et débiter sur un usage abusif avec une dépendance à l'âge adulte (Bahr, Marcos, & Maughan, 1995) (Andreasson, Allebeck, Brandt, & Romelsjo, 1992).

Il existe une liaison significative entre une histoire familiale d'alcool-dépendance et la précocité des consommations pathologiques.



Une exposition chronique et prénatale serait également un facteur de risque de consommation abusive d'alcool et autres toxiques, selon une étude réalisée en laboratoire sur des rats. Ce travail tendrait à montrer combien une exposition précoce à l'alcool peut influencer sur les consommations ultérieures de toxiques (Daoust, Barbier, Houchi, Warnault, Pierrefiche, & Naassila, 2009).

G.Picherot décrit trois situations schématiques familiales chez l'adolescent alcoolisé vu aux urgences : les familles en grandes difficultés sociales, famille en situation de co-dépendance pour l'alcool ou pour d'autres produits, situations familiales difficiles.

Les défaillances, les absences, les situations de crises familiales, présentes ou passées sont sources de vulnérabilité (Picherot, Muzslack, Hazart, Gras, Dreno, & Gras-Leguen, 2007). Il sera d'ailleurs intéressant, dans notre étude cas-témoins de rechercher quels événements de vie, et notamment familiaux ont pu être des facteurs de risque d'hospitalisation pour ivresse éthylique.

## B) L'influence des pairs :

### a) Des pairs plus influents que la famille

Comme nous l'avons vu les premières consommations d'alcool se déroulent dans un contexte familial. Cette influence parentale décroît vers l'âge de 12 ans, alors que celle des pairs augmente (Kuntsche, Rehm, & Gmel, 2004). 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. (Bailly, Alcool, drogues chez les jeunes : agissons, 2009) (Michel, Le Heuzy, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, 2001) (Duncan, Duncan, & Strycker, Alcohol use from ages 9 to 16 a cohort-sequential latent growth model, 2006).

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 s'établir une identité, à susciter la reconnaissance auprès du groupe de pairs, et à se structurer un réseau social (Hefez, 2007).

### b) Alcool et le groupe des pairs

18 % et 9 % des garçons et filles de 16 ans ont un usage régulier d'alcool en 2008, pour Fortin, cette consommation est indissociable de la rencontre du groupe de pairs et du désir de « faire la fête » : elle apporte une euphorie, permet de lever les inhibitions, d'oublier les soucis, de compenser le manque de confiance en soi pour s'exprimer, s'affirmer, séduire (Fortin, 2003). Ces groupes sont surtout masculins, et l'influence des amis peut conduire à des excès dont les conséquences sont niées ou minimisées (conduite automobile, agressivité, conduites sexuelles à risque) : l'ivresse est assumée et banalisée. Pour l'auteur, ce consommateur hebdomadaire est

dépendant du groupe avant de l'être du produit, la prise d'alcool faisant partie des rituels du groupe (et plus particulièrement la « cuite du samedi soir »).

Une étude montre d'ailleurs que les adolescents estiment de plus en plus que l'alcool est un moyen de rencontrer l'autre et de s'intégrer au groupe :

Kuntsche et Gmel ont analysé les changements de motivation de consommation d'alcool chez les adolescents entre 1994 et 2002, il est apparu qu'en 2002, ces derniers étaient plus nombreux à déclarer boire pour des raisons liées aux modifications de comportement : « je me sens mieux quand j'ai bu » qui peut s'interpréter comme « je ne peux m'exprimer devant mes pairs que lorsque j'ai consommé de l'alcool » (Kuntsche & Gmel, 2006).

S. Hefez, considère que tous les adolescents possèdent une potentialité addictive car ils sont fragilisés par ce travail épuisant de rupture du lien ». Il ajoute qu'ils doivent alors se raccrocher à des objets transitoires (comme les objets transitionnels du bébé) pour permettre leur autonomie et se détacher des adultes auxquels ils étaient liés ; ces objets peuvent être notamment le groupe de pairs ( mais aussi la musique, les jeux vidéo, l'Ipod ) (Hefez, 2007).

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 (Wills & Vaughan, 1989).

### c) Consommation des pairs

Les différentes enquêtes de l'OFDT ont par ailleurs montré que la consommation des pairs jouait un rôle important dans l'initiation, puis l'usage régulier de consommation d'alcool, alors que l'abstinence n'en a pas. De plus, des pairs déviants dans leurs consommations d'alcool, et qui incitent à l'usage d'alcool, influenceraient les consommations des adolescents qui les fréquentent. Ces derniers seraient alors plus à risque de consommer de l'alcool de manière abusive (Duncan, Duncan, Anthony, & Dennis, 1998).

Constat qui peut inquiéter, les dernières enquêtes OFDT tendaient également à montrer que l'âge de la première consommation s'élevait chez les filles : les circonstances des premières expérimentations s'éloigneraient donc du domaine festif familial pour gagner celui des pairs, plus dangereux. Plus dangereux, car sources potentielles de consommations abusives et des conduites à risques.

Car comme P. Coslin le fait remarquer, si les premières « vraies » initiations se déroulent en compagnie d'autres jeunes, elles ont lieu le plus souvent la nuit, ce qui semblerait légitimer les pratiques extrêmes et excessives. Le jour nécessitant une certaine maîtrise de soi, la nuit peut se vivre comme un « espace social privilégié où peuvent s'exprimer les émotions », et qui permet « désinhibition, jeu et plaisir, [...] les codes de bonnes conduites sont oubliés ». Cet auteur ajoute que si les consommations nocturnes s'inscrivent dans la normalité, boire de l'alcool la journée est

perçu comme alcoolique et marginal, excepté dans les moments événementiels ou collectifs (Coslin, De la fête à l'abus, 2007).

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 (Karila, Coscas, Benyamina, & Reynaud, 2007).

### C) Le contexte socio économique :

#### a) Difficultés sociales

Pour L.Karila & al. « Le milieu social avec la perte des repères sociaux que représentent le chômage, la précarité, la misère, l'éclatement de la cellule familiale, l'absence des valeurs morales, est un facteur de risque. De plus, il existe une corrélation significative entre la marginalisation des sujets et leur usage d'alcool et /ou d'autres substances psychoactives. » (Karila, Coscas, Benyamina, & Reynaud, 2007)

Un rapport d'étude en 2005 s'est intéressé à l'état de santé des jeunes en difficultés sociale, il a notamment pu être comparé leur consommation d'alcool à celles d'un groupe témoin (Cette étude rassemble les consultants de 16 à 25 ans des 98 centres d'examen de santé et antennes, financés par l'assurance maladie, examinés entre 1999 et 2003. Les jeunes en difficulté d'insertion, c'est-à-dire sortis du cursus scolaire et sans emploi, ont été comparés à un groupe de référence dénommé « non précaire », c'est-à-dire étudiants ou jeunes travailleurs).

Les adolescents de 16 ans en situation de précarité ont un risque presque double de consommer de l'alcool de façon régulière ou soutenue par rapport aux autres. Par contre, pour les jeunes âgés de 25 ans, ce risque relatif s'inverse pour la consommation des jours de semaine et, pour les consommations de week-end, s'égalise à peu près (Labbé, et al., 2005).

C. Benichou qui parle de son expérience institutionnelle dans une maison à caractère social prenant en charge des enfants de familles en situation précaire, il constate, que dans ce contexte, ces conduites s'inscrivent dans des répétitions transgénérationnelles : « entre 70 à 80 % des jeunes que reçoit l'institution sont issus de milieux où prédominent des conduites d'alcoolisation excessive. Si nous associons à ces chiffres ceux qui circulent dans les services d'addictologie, à savoir que les enfants d'alcooliques ont cinq fois plus de probabilités de devenir alcooliques que les enfants de parents sobres, nous pouvons affirmer que dans ce type d'institution, nous côtoyons une population à risque qui a toutes les chances de s'inscrire dans les répétitions transgénérationnelles » (Benichou, 1999). Pour M. Bobtol & al., cet alcoolisme parental paraît souvent déterminant « dans l'isolement social où l'enfant est conduit par le souci de protéger son parent alcoolique » (Botbol, Choquet, & Grousset, 2007).

J. Abesdris, dans une revue de la littérature sur les jeunes sans emplois et non scolarisés, constate que peu de travaux les concernant ont été réalisés, ceux qui existent mettent en avant que cette population a un vécu différent par rapport à leurs pairs « occupés » : moins bien soignés, malgré

une plus grande vulnérabilité psychique, et des problèmes physiques plus nombreux. « Les consommations de produits licites et illicites, les recherches répétées d'ivresse et de défonce, les polyconsommations, les violences subies ou agies, les conduites sexuelles à risques sont plus fréquentes, et il semble que l'environnement familial soit significativement plus fragile et moins protecteur. La situation de ces jeunes semble un mode d'installation dans la précarité, et les risques, notamment en terme de consommation ».

Les résultats de ces études confirment l'hypothèse d'un risque relatif accru chez les jeunes en difficulté sociales (Abesdris, Michaud, Lecallier, & Jami, 2003).

## b) Délinquance

Beaucoup de travaux ont étudié les liens entre alcoolisme et délinquance, mais peu ont abordé plus spécifiquement la délinquance juvénile.

C. Perez-Diaz a réalisé une recension bibliographique concernant l'alcool et la délinquance, et estime que leur relation est loin d'être univoque : « les corrélations entre alcool et délinquance ne doivent pas amener à une conclusion simpliste en termes de causalité, alors que cette relation n'est que le résumé commode d'une chaîne argumentaire ». Elle estime que les liens entre ces deux dimensions sont de deux types : « la délinquance résulte des modifications de la personnalité induites par l'alcoolisme » et « la délinquance résulte de la détérioration sociale provoquée par l'alcoolisme ». Leur relation résulte donc d'un processus interactionnel associé à de multiples facteurs (Pérez-Diaz, 1999).

G. Zimmermann a réalisé une étude concernant la sévérité de la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents tout venant et les délinquants. Il retrouvait, en se référant au DSM IV, que l'abus et la dépendance à l'alcool étaient plus importants chez les consommateurs délinquants (37,3% contre 13,3%). Mais il existe un biais de recrutement dans cette étude, et l'on ne peut en outre pas donner de sens particulier aux corrélations statistiques (Zimmerman, Rossier, Bernard, Cerchia, & Quartier, 2005).

## D) Le moment scolaire

Selon G. Picherot, les adolescents consommateurs d'alcool se situent souvent dans une dynamique d'échec familial et scolaire ; il ajoute que la consommation problématique d'alcool est associée à un parcours scolaire imposé en scolarité préprofessionnelle.

Les enseignants peuvent même être confrontés à des alcoolisations aiguës pendant les cours.

« L'alcoolisation des jeunes adolescents est plus flagrante lorsqu'ils viennent des milieux défavorisés ; on les retrouve dans des classes professionnelles ou préprofessionnelles plutôt que dans les filières longues. A l'inverse, chez les étudiants et les élèves des grandes écoles, l'alcoolisation concerne les milieux favorisés » (Picherot & Muszlack, Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences : une enquête prospective multicentrique française, 2005).

Concernant ces derniers A. Delaigue consacre un article qu'elle titre : « L'ivresse des grandes écoles » (Delaigue, 2007).

Elle se réfère notamment à ces classes préparatoires qui demandent un surinvestissement scolaire sur deux à trois ans ; ces jeunes encore adolescents ne se voient alors ni grandir, ni se transformer, et ont parfois des difficultés à prendre possession de leur corps. Parallèlement à ces

transformations physiques, « chacun s'attelle à une énorme tâche sur le plan psychique. Il doit sortir de sa profonde crise narcissique et identitaire, et opérer son changement de peau ». Pour faire face à cette effraction pubertaire, l'adolescent utilise alors des mécanismes de défensifs tels que l'intellectualisation, la sublimation, ascétisme et le clivage. Les questions identitaires sont laissées en suspens, et l'on s'isole d'une partie de ses affects, afin de ne pas être envahi. Il peut en résulter une sensation de vide qu'il faut remplir par des connaissances...ou par des boissons. Cette oralité régressive tient également lieu de ressenti des éprouvés corporels : permettant de retrouver le corps oublié dans le clivage corps/esprit (car l'énergie est totalement mise au service de l'esprit). Les étudiants parlent de « murges défoulatoires » qui permettent d'évacuer la tension permanente ressentie dans ces études, voire d'éviter de penser, « de lâcher prise ».

L'alcool fait également partie d'une tradition, les étudiants doivent transmettre ce rituel à la promotion suivante. Le « week-end d'intégration », véritable rituel de passage, organisé par les « anciens » et souvent sponsorisé par un groupe d'alcoolier, doit faciliter la cohésion de la nouvelle promotion. Le principe : associer des activités à la consommation d'alcool en très grande quantité. « L'un des premiers effets de l'alcool est certainement son côté désinhibiteur, dans cette population qui a tellement pris l'habitude de refouler ses affects. En cela les filles d'ailleurs ne sont pas en reste et connaissent parfois des états d'ivresse spectaculaires [...] Il y a un côté orgiaque libérateur dans ces véritables bacchanales, où les plaisanteries tournent massivement autour du sexe, en retour brutal du refoulé ».

Les soirées peuvent être le lieu d'ivresses massives, où les étudiants s'habituent à consommer des quantités de plus en plus importantes d'alcool

La dimension collective, l'« identification adhésive des adolescents qui se rassurent en se conformant à la norme du groupe » joue également un rôle important

J.P. Assailly s'inquiète de l'évolution des consommations des jeunes en France : si statistiquement la consommation individuelle annuelle régresse, passant de 16 litres en 1970, à dix litres en 2000, les chiffres de consommations des jeunes Français en fin de semaine peuvent inquiéter : les jeunes de 18-25 boiraient en moyenne entre 5 et 6 verres d'alcool le samedi soir. Ils passeraient donc d'un mode de consommation « traditionnel » à un mode de consommation plus « anglo-saxon », en s'abstenant la semaine et en consommation de fortes quantités d'alcool la nuit du samedi (Assailly, 1998).

#### 4. Personnalité et psychopathologie :

##### A) Psychopathologie :

Certains troubles sont plus fréquemment retrouvés chez les jeunes consommateurs de substances psychoactives, ce qui pose la question de leur rôle prédisposant ou vulnérabilisant. 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.

Nous allons nous intéresser aux troubles externalisés et internalisés.

a) Les troubles des conduites :

De nombreuses études ont souligné une forte comorbidité à l'adolescence entre les troubles des conduites et l'abus d'alcool et de substances illicites. « 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 ». (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psychoactives, 2001).

L'INSERM, dans une expertise collective, a mené une revue de la littérature sur ce sujet et conclut que selon les études, le taux de prévalence varie entre 32 % et 96 % (Expertise collective INSERM, 2005). Il est également retrouvé dans certaines études longitudinales, que l'abus de substances psychoactives était secondaire au trouble des conduites, et ce trouble serait le trouble psychopathologique le plus prédictif de l'abus/dépendance à l'alcool. « D'une façon générale, la précocité ainsi que la sévérité de ce trouble jouent un rôle déterminant dans l'initiation et le maintien des conduites d'abus ». L'initiation précoce aux substances psychoactives jouerait aussi un rôle important dans la sévérité des troubles des conduites et la persistance des comportements antisociaux : les troubles liés à l'usage des toxiques augmentent les problèmes liés à la délinquance et les difficultés affectives (Myers, Stewart, & Brown, 1998).

La revue de la littérature menée par l'INSERM montre que l'ensemble des travaux va dans le sens d'une influence bidirectionnelle entre les troubles des conduites et l'abus des substances psychoactives. D'ailleurs Moffitt utilise dans cette situation la notion de « snare » (piège), pour cet auteur, les jeunes avec des comportements déviants vont développer une dysphorie liée à leurs infractions sociales et vont s'automédiquer en consommant des substances psychoactives (Moffitt, 1993). 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 » (Expertise collective INSERM, 2005).

b) Les troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH):

Des études longitudinales ont constaté que les troubles des conduites associés à des TDAH sembleraient favoriser les troubles liés aux substances psychoactives (Expertise collective INSERM, 2005) (Chilcoat & Breslau, 1999), tandis que certains auteurs n'ont pas confirmé ce lien (Disney, Elkins, Mc Gue, & Ianoco, 1999). Les conclusions des études ne sont pas entièrement concordantes, mais il semblerait que l'hyperactivité, par l'intermédiaire de la comorbidité avec des troubles des conduites et des troubles de l'humeur, constitue un facteur de risque indirect pour le développement d'un abus ou d'une dépendance aux substances.

c) Les troubles dépressifs et les troubles anxieux :

Plusieurs études chez des adolescents en population générale ont relevé une comorbidité entre troubles dépressifs, symptomatologie dépressive et abus de substances (Bukstein, Brent, & Kaminer, 1989).

G.Michel se réfère à une étude réalisée auprès d'adolescents en cure de désintoxication qui constate une relation significative entre usage multiple de drogues et humeur dépressive (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Simeoni, Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent, 2006) (Van Hasselt, Nall, Kempton, & Bukstein, 1993). Des études épidémiologiques suggèrent également que la dépression précède cet abus, et, donc, il s'agirait de dépressions primaires (Deykin, Levy, & Wells, 1987).

Les études ont été moins nombreuses à s'intéresser aux liens entre troubles anxieux et consommation d'alcool chez les adolescents. L'étude de Deykin montre dans les cas d'adolescents avec un abus d'alcool et troubles anxieux, que les consommations avaient presque toujours suivi les troubles (Deykin, Levy, & Wells, 1987).

G. Michel évoque l'étude de Wilens qui constate 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 facteurs de risque à l'adolescence (désinhibiteur), ces auteurs montrent également que les troubles anxieux préexistent généralement aux conduites de consommation de substances psychoactives (Wilens, Biederman, Abrante, & Spence, 1997).

Une étude en laboratoire a comparé des rats adultes et adolescents, pour connaître les effets de l'alcool sur l'anxiété en situation sociale. Il s'est avéré que les rats adultes et en contexte familial, sont moins sensibles à l'effet de facilitation sociale de l'alcool que les rats adolescents. Par contre en milieu étranger ou anxiogène, les rats adolescents sont moins sensibles à l'effet anxiolytique. De plus, dans ces deux conditions, à des degrés d'alcoolisation plus élevés, les rats adultes sont plus sensibles que les rats adolescents à l'effet d' « extinction » des interactions sociales (Varlinskaya & Spear, 2010).

Dans ces troubles internalisés l'alcoolisation est utilisée en tant qu'automédication, du fait des effets sédatifs, antidépresseurs anxiolytiques voire excitants de l'alcool qui réduisent temporairement l'humeur dysphorique ou dépressive et les angoisses. Enfin, l'usage à visée anxiolytique, sédatif, antidépresseur du produit semble être révélateur de troubles psychopathologiques sous-jacents chez un certain nombre de sujets (Vignau & Karila, 2003).

#### d) Dimensions de personnalité :

G.Michel dans sa revue de la littérature souligne les dimensions de personnalités qui interviennent dans les mécanismes d'initiation et d'installation des conduites de consommation : les plus impliquées sont l'impulsivité, les tendances antisociales, et la recherche de stimulation (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Simeoni, Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent, 2006).

L'auteur s'appuie sur trois études longitudinales de collégiens et d'étudiants qui relèvent que l'agressivité et l'impulsivité intervenaient comme des facteurs de risque pour la consommation de substances telles que l'alcool. De plus, J. Brook, dans une étude prospective de 500 enfants suivis sur 17 ans retrouve que les conduites d'agression pendant l'enfance prédiraient notamment d'une consommation de toxiques à l'adolescence et l'âge adulte (Brook, Whiteman, Finch, & Cohen, Young adult drug use and delinquency : childhood antecedents and adolescent mediators, 1996). Selon certains auteurs, cette forte implication de l'impulsivité et agressivité dans les consommations d'alcool serait sous tendue par un déficit général de la capacité d'autorégulation.

#### - La recherche de sensation :

En 1964, Zuckerman élabore sa première théorie de la recherche de sensations : l'amateur de sensations aurait tendance à fonctionner de manière à maintenir un « niveau optimum de stimulation » élevé. Par la suite il parlera de « niveau optimum de l'activité du système catécholaminergique » : et les amateurs de sensations auraient de base une activité catécholaminergique faible qu'ils seraient amenés à stimuler par des substances ou des comportements. Ils sont alors amenés à rechercher des expériences et des sensations variées, ce qui peut se traduire par des comportements de désinhibition, des activités sociales et physiques risquées (Zuckerman, Kolin, & Price, 1964).

Il existe une échelle de recherche des sensations qui a été validée par G. Michel chez les adolescents. Elle comprend trois dimensions : désinhibition, non-conformisme, recherche de danger et d'aventures (Michel, Mouren-Siméoni, Perez-Diaz, Carton, & Jouvent, 1999).

M. Zuckerman a constaté que la recherche de sensations connaît un pic à la fin de l'adolescence puis décroît avec l'âge. Cette dimension de personnalité est reliée à des comportements à risques, comme la conduite automobile (conduite sous l'emprise d'alcool, vitesse excessive), la pratique de sport à risques et la consommation occasionnelle ou régulière de substances psychoactives comme l'alcool (et ce, dans la population générale). La recherche de sensation interviendrait de manière significative dans les processus de maintien et d'initiation.

Des études ont constaté que des personnalités avec un haut niveau de recherche de sensations étaient associées à des problèmes d'alcoolisations plus importants, et que réciproquement les étudiants avec des conduites d'alcoolisation excessives étaient plus à la recherche de sensations que ceux qui sont sans consommations excessives (Ham & Hope, 2003) (McCabe, 2002) (Beck, Thombs, Mahoney, & Fingar, 1995). (Babor, et al., 2003)

Dans leur article J. Adès et M. Lejoyeux estiment que : « corrélée à la désinhibition, l'impulsivité, et l'intolérance à la frustration, la recherche de sensations pourrait représenter une dimension fondamentale de la personnalité incitant à la recherche d'expériences comportementales stimulantes et risquées ainsi qu'à leur répétition » (Adès & Lejoyeux, 2004).

#### - La recherche de nouveauté :

Cloninger pose trois dimensions dans la personnalité, « résultat de l'interaction d'indices physiologiques avec des patterns adaptatifs environnementaux » : la recherche de nouveautés, l'évitement de la douleur et la dépendance à la récompense

La recherche de la nouveauté, associée au système dopaminergique, motiverait les activités exploratoires, avec une attraction pour des récompenses potentielles ainsi qu'un évitement actif de la monotonie et des punitions. L'individu tendrait à une joie de vivre.

(L'évitement de la douleur serait plutôt associé au système sérotoninergique, et la dépendance à la récompense au système noradrénergique).

Cloninger a élaboré un questionnaire se rapportant à ces trois dimensions. Il a décrit les sujets avec des scores élevés sur la dimension de recherche de nouveauté, comme inconstants, extravagants, excitables, désordonnés, s'engageant rapidement dans de nouveaux intérêts, recherchant le frisson, l'aventure, préférant les activités sans règles ni contraintes, négligeant les détails et s'ennuyant vite (Hanssenne, 2003).



T. Wills montre que la recherche de nouveauté à l'adolescence est reliée à d'autres traits de personnalité comme l'impulsivité, la recherche de sensations, la prise de risque, l'indépendance, le sous contrôle comportemental (Wills & Vaughan, 1989).

De plus, Cloninger a proposé un modèle de personnalité à risque pour les comportements addictifs : avec une forte recherche de nouveauté, un faible évitement de la douleur et une faible dépendance à la récompense (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psychoactives, 2001).

- G. Michel avance des modèles explicatifs dans l'usage de substances

- L'automédication :

« L'association entre consommations de substances et affects négatifs liés à la dépression, à une émotionnalité négative et à l'anxiété, semble relever d'un fonctionnement adaptatif. La consommation de toxiques servirait à de fins d'automédication en réduisant et en mettant à distance les affects négatifs » (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psychoactives, 2001).

J. Brook et S. Whiteman 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 (Brook, Whiteman, Finch, & Cohen, Aggression, intrapsychic distress and drug use : antecedent and intervening processes, 1995).

D'autres auteurs se réfèrent à un modèle explicatif biphasique, où l'usage d'une substance pourrait à la fois réduire un affect négatif et donner naissance à un affect positif. Les adolescents avec un de hauts niveaux affects négatifs recherchaient alors une substance capable d'induire « une expérience pharmacologique majeure » (Eysenck, 1997). Pour G. Michel « ce type de relation causale pourrait constituer un plus grand risque pour le développement d'une dépendance ».

- Le modèle de l'autorégulation :

Pour G. Michel « l'implication de dimensions de la personnalité comme l'impulsivité, la recherche de sensations ainsi que la cooccurrence de troubles psychiatriques comme l'hyperactivité avec déficit de l'attention ou les troubles des conduites, dans la consommation de substances, peuvent s'interpréter comme une recherche d'autorégulation ».

Ainsi l'alcool agirait comme un thymo-régulateur (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psychoactives, 2001).

## 5. Un moment culturel donné :

M. Bazot, neuropsychiatre et alcoologue, et V. Nahoum-Grappe historienne en sciences sociales, se sont intéressés au poids sociologique et culturel de l'alcool et « à l'imaginaire de l'ivresse inscrite historiquement dans notre culture » (Bazot, 1998) (Nahoum-Grappe, 1991).

Historiquement, les boissons alcooliques furent d'abord des produits rares, donc d'un usage rare réservé à une certaine marge de la population et dans certaines occasions plutôt culturelles.

Progressivement sa consommation s'étendit à l'ensemble de la population. Aujourd'hui « l'alcool

est partout présent. Au-delà du simple plaisir gustatif, il ponctue nos journées dans des habitudes et des rituels à forte charge symbolique. Il n'est pas un domaine que ce *Janus Bifrons* n'ait infiltré de son bon et mauvais côté ... Il est l'une des substances créatrices d'états paradisiaques dont la recherche est une conduite inhérente au patrimoine socioculturel de l'humanité. Inexplicable à l'origine, ces « paradis artificiels » furent rapportés à leur cause avec la découverte des effets spécifiques de l'éthanol. Mais nul progrès scientifique ne saurait débarrasser l'homme de ses craintes de ses espoirs et de ses croyances ancestrales ». En effet, malgré toutes les connaissances médicales et scientifiques dont nous disposons actuellement, il reste derrière le geste de boire tout un imaginaire collectif, influencé entre autres par des racines mythologiques et religieuses.

## A) Les racines sacrées

### a) La mythologie :

L'origine de la vigne est identifiée à Osiris pour les Égyptiens, Bacchus pour les romains, équivalent de Dionysos pour les grecs. Cette dernière divinité, comme le vin et, donc, l'alcool, symbolisait à la fois le meilleur et le pire : tantôt gai et bon vivant, tantôt rusé et cruel. Son culte, très populaire était célébré par de femmes « les ménades », lors de transes issues d'ivresses asphyxiques (les femmes n'avaient pas le droit de consommer de boissons alcoolisées). Progressivement les ivresses rituelles prirent un caractère universel, se substituant au sang des sacrifices humains et animaux, considérant ces boissons alcoolisées comme d'essence divine, trait d'union entre les divinités et l'homme. M. Bazot note que peu à peu, la part divine devint symbolique et quantitativement limitée, l'essentiel des offrandes revenant aux prêtres.

### b) Le judaïsme :

Les juifs connaissaient et consommaient des boissons fermentées avant l'écriture du livre saint, et l'Ancien Testament décrit plusieurs ivresses dont celle de Noé. On parle également de « vigne du seigneur », signe du châtement divin si elle est détruite ou stérile. Pour expliquer la sobriété des juifs suite aux bannissements des dieux barbares, il est évoqué la volonté de maintien d'une unité, d'une solidarité. La consommation régulée par l'enseignement religieux, la bénédiction du vin se déroule à la table familiale, lieu où les enfants découvrent un plaisir autorisé mais encadré par les parents.

### c) Le christianisme :

Le vin est une référence aux noces de Cana, et au sang offert sur la croix. Il « annonce une autre fête ultime et sans fin. Le vin appartenant au repas de cette fête, il ne saurait y avoir de fête sans vin. L'on comprendra l'impact d'une telle consécration dans les civilisations de tradition chrétienne, même hors de tout contexte religieux proprement dit ». Pour les catholiques, l'abus d'alcool est un péché, mais un usage modéré ne se heurte pas aux interdictions morales, contrairement aux protestants qui adoptèrent un positionnement plus radical à l'égard de l'alcool : des sociétés de tempérance sont nées dans la Nouvelle Angleterre

une États-Unis au début du XIXe siècle. Dans les pays à prédominance protestante, les abus d'alcool sont beaucoup plus condamnés que dans d'autres pays.

d) L'Islam :

Avant son avènement, il existait une relative tolérance envers l'alcool, avec une culture de la vigne dans les pays arabes. L'interdiction prévaut généralement dans le monde islamique, l'alcool « trouble la raison et rompt la trame sociale ». Pour M. Bazot « le dogme de l'abstinence est un puissant facteur d'opposition au christianisme et plus généralement à l'occidentalisme ».

Dans son essai M. Bazot estime « que les religions ont joué et continuent à exercer une grande influence sur les milieux socioculturels qu'elles imprègnent, au corps défendant des laïcs[...] le sentiment de culpabilité, universel, qui généralement accompagne cette jouissance (des biens de la terre) se décline en différentes versions culturelles sous l'emprise des religions ».

B) Alcool et imaginaire collectif :

En plus de la connotation « sacrée » acquise à travers les religions, les boissons alcoolisées ont pu trouver à travers les civilisations et les siècles un pouvoir de symbolisation source de diverses significations.

Dans notre société actuelle, les événements particuliers comme les naissances, anniversaires, repas de fête, les apéritifs entre amis, les départs d'un lieu d'exercice professionnel, les soutenances de thèse sont souvent assortis « de pots ». Pour V. Nahoum-Grappe « porter une santé, trinquer est un geste qui nous vient de l'Antiquité grecque et romaine, sous une double version, cérémonielle et sacrificielle - il s'adresse au(x) dieu(x) et aux valeurs sacrées du groupe culturel – festive ou quotidienne – il s'adresse alors à celui ou celle qui doit être publiquement honoré. Le geste du buveur suffit à la communication sociale de ce qu'il énonce. »

M. Bazot estime que même les célébrations festives les plus technologiques ont « de solides racines archaïques », il fait ainsi référence aux « rave parties », « love parades ». Le contenu de certains bizutages à connotation sadique et sexuelle ou certaines troisièmes mi-temps des matches de rugby retrouvent, pour cet auteur des fantasmes archaïques et des comportements rituels de même nature. Il ajoute que l'hédonisme populaire, « le dionysiaque », « révèle dans sa face nocturne, le sens profond d'une existence sociale dont le diurne, l'apparence aurait été aseptisée ».

Les occasions ritualisées festives sont de connotation tantôt religieuse (les saints patrons) tantôt païennes (les trois glorieuses des confréries bourguignonnes).

Dans la majorité des cas est retrouvée la fonction festive dans « cette gestion collective de l'ivresse, avec son mélange social souvent nocturne ». L'alcoolisation en groupe serait un moyen de procurer à l'homme un sentiment de solidarité, de réconfort, de partage, d'oublier ses difficultés et ses questions existentielles : « s'il tend vers autrui son verre, il le tend aussi, à l'instar du prêtre vers l'au-delà, trouvant dans l'effet pacificateur de la fête un apaisement transitoire à ses angoisses existentielles, à la question fondamentale du sens de la vie et de la mort ».

M. Bazot met en parallèle le sexe et l'alcool, il se réfère au livre de M. Maffesoli : « Chez les bacchantes, chez les aztèques, chez les chrétiens, manger le corps de la divinité, boire son sang permet de ne plus faire qu'un avec elle. Le vin à la fois sacrement et divertissement, a été donné par les dieux pour favoriser les relations, cimenter le corps sociétal. Il rompt la tendance au repli généré par l'angoisse du devenir, il renvoie à une *extension de soi*, c'est pourquoi les dieux qui s'y réfèrent sont en même temps les dieux de l'amour... l'ivresse est à la fois une initiation cosmique (perte de soi) et une initiation érotique (agrégation collective) » (Maffesoli, 1985). L'alcool n'est pas un symbole univoque, puisqu'il fait à la fois référence à la communion entre les êtres, à la convivialité, à la fête, à la performance sexuelle et à la force et à la virilité (Priape, fils de Bacchus et Vénus étaient vénérés dans de nombreux foyers : exemple du caractère ancestral du lien étroit entre alcool et sexualité).

Après avoir mis en lien alcool et virilité, M. Bazot évoque le mythe du guerrier : Toute victoire du guerrier suppose une « transcendance », une « exaltation sacrée » qui a pu puiser sa force de manière diverse selon les époques : la transe, l'alcool, la drogue... L'auteur fait référence aux albums d'Astérix, où la potion magique peut être une référence au mythe du guerrier. Bien sûr, avec les avancées technologiques, l'image du guerrier a évolué, ce dernier serait plus enclin à utiliser des substances stimulant la maîtrise de soi nécessaire à l'exécution de la mission comme des drogues d'éveil.

Comme le guerrier, le sportif doit se dépasser, et transcender sa condition pour la victoire. Dans ce but, l'alcool a pu être utilisé par les sportifs pour ses effets anxiolytiques : en 1881, le champion de France Frédéric de Civry remporte une épreuve de cyclisme en état d'ébriété ; Suzanne Lenglen six fois championne de Wimbledon se dopait au Cognac. L'alcool fut interdit en 1968, lors des jeux olympiques de Mexico (excepté le vin à la demande de l'Italie et la France, et la bière à la demande de la Belgique).

En outre comme l'écrit M. Bazot « les sportifs sont devenus les héros des temps modernes », les alcooliers sont donc très enclins à vouloir bénéficier d'encarts promouvant leurs produits lors d'événements sportifs nationaux et internationaux relayés par la télévision ; Ceci sera freiné par la loi Evin de 1994 (qui connaîtra des assouplissements successifs) et le brasseur américain Budweiser s'est vu refusé par la France le partenariat officiel de la coupe du monde 1998.

Selon M. Bazot, nous possédons un inconscient collectif qui tire sa force de représentations archaïques, souvent colorées de l'air du temps : « les modèles du comportement social relèvent des représentations culturelles et de leurs avatars » et « les modes de boire ne sauraient échapper à la pression des représentations sociales de l'alcool, à ses constantes irréfragables (car puisées dans la nuit des temps) et à ses éphémères modulations sous l'influence croissante de l'économique ». Il pose alors la question suivante : jusqu'à quand les jeunes vont continuer à préférer les « cuites délibérées de fin de semaine » à l'alcoolisation quotidienne de vin de leurs aînés ?

### C) Les « miroirs de l'alcoolisation » : Les lettres et les arts

M. Bazot les intitule « miroirs de l'alcoolisation, » car elles véhiculeraient « à la fois les réalités passées, leurs masques modernes et les mythes qui les accompagnent ».

La littérature permet d'illustrer les différentes manières de boire de l'antiquité à nos jours : si l'on se réfère à Homère, ce dernier décrit l'ivresse vécue par un compagnon d'Ulysse, et qui donna son nom au syndrome d' Elpenor ; Horace et Ovide évoquent les banquets et les orgies.

Au moyen âge les fabliaux donnent un trait comique aux ivresses.

Rabelais a su rassembler dans son œuvre les éléments du vin festif et symbolique.

L'alcoolisme chronique commence à être évoqué dans la littérature à l'époque de l'ère industrielle : il paraît impossible de ne pas évoquer l'assommoir d'Emile Zola, où est décrit cet alcoolisme qui touche les classes ouvrières (et elles seules selon les préjugés de l'époque) avec ses conséquences personnelles et sociales.

Dostoïevski dépeint dans ses œuvres un alcoolisme touchant à la fois les classes pauvres et aisées de la société russe.

M. Bazot distingue dans la production littéraire celles qui évoquent l'alcoolique qui boit non par plaisir mais pour se saouler, où « la pulsion de mort est à l'œuvre » de celles qui abordent « l'alcoolisation-plaisir » ou l'éloge du bien boire et bien manger.

La peinture est également un reflet des modes de boire au cours de l'histoire : la mythologie est évoquée entre autres par Léonard de Vinci et Caravage (respectivement « Bacchus » et « Bacchus malade ». Les tripots, les guinguettes, les cafés sont peints par Georges de La Tour, Degas et Renoir (« le tricheur à l'as de carreau », « dans un café », « le bal du moulin de la galette »).

Rubens dans la « kermesse » peint l'image de la fête populaire, teintée d'ivresse et de sensualité générale où les jeunes Flamands boivent de la bière dès le plus jeune âge ; on voit même au milieu de la foule une femme âgée donner à boire à un enfant.

*P. Rubens : La kermesse (1635-1638)*



Léonard de Vinci dans son tableau « Bacchus dans un paysage » (qui avait été intitulé auparavant « saint Jean Baptiste au désert ») tente d'allier déité, vigne et vin, conciliant ainsi les croyances du christianisme et de l'Antiquité.

*L. De Vinci : Bacchus dans un paysage (1510-1515)*



M. Bazot considère le cinéma en tant que « miroir réfléchissant et amplifiant les conduites d'une société ». Et l'alcool est une thématique qui y a été abordée à plusieurs reprises : dans « Tchao Pantin, » il est question de dépression et de culpabilité chez l'alcoolique, dans les « amants du Capricorne » est évoqué le sacrifice et la honte face à l'alcoolisme, « un tramway nommé désir » décrit la déchéance.

À l'opposé le film « le festin de Babette » associe convivialité et alcool.

Dans une veine plus comique, l'alcool peut être un fil conducteur de situations rocambolesques dans des films le plus souvent destinés à un public jeune (« very bad trip », « y a-t-il un pilote dans l'avion ? »), où le personnage alcoolique est tourné en dérision.

De différentes manières, l'alcool est source d'inspiration dans le milieu artistique, et à travers ces œuvres se reflètent la place qu'occupe l'alcool à travers les époques.

Que ce soit de manière historique ou artistique, l'alcool tient une place importante dans notre société. Et, il en a très souvent été retenu les excès.

Nous terminons cette revue de la littérature sur les facteurs influant la consommation d'alcool abusive chez l'adolescent, sur cette note culturelle. Ceci montre à quel point ces facteurs sont éparses et nombreux, à la fois biologiques, environnementaux, psychopathologiques, culturelles. Nous allons à présent nous intéresser à la consommation d'alcool en tant que conduite à risque. Nous nous attacherons donc à définir ce qu'est une conduite à risque, et son sens chez l'adolescent.

## IV] ABUS D'ALCOOL : UNE CONDUITE A RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS

### 1. Introduction

Les conduites à risques sont diverses. Elles débutent le plus souvent à l'adolescence et lorsqu'elles s'installent, sont responsables de morbidité et de mortalité importantes à court et long terme. Elles sont donc un important enjeu de santé publique (Coslin, Les conduites à risque à l'adolescence, 2006).

Les conduites à risques sont donc multiples et comprennent (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Simeoni, Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent, 2006):

- Les risques associés à la vie domestique
- Les risques associés à la pratique sportive : prise de produits dopants, surentraînement sportif, sports à risques (parachutisme, benji...)
- Les risques liés à la circulation routière : vitesse excessive, absence de port du casque, non-respect des feux de signalisation, conduite à contre-sens...
- Les risques liés à la santé
- Les risques liés à la sexualité : risque d'infection sexuellement transmissible lors de rapports non protégés, risque de grossesse.
- Les comportements empreints de déviance sociale : fugues, errances, tentatives de suicide, consommation de substances psychoactives (abus, dépendance) comme le tabac, l'alcool, les produits (cannabis, amphétamines, ecstasy, crack, cocaïne, etc.), Les jeux dangereux dans les cours de récréation (jeux du foulard).
- Les infractions à la loi ou les inadaptations à la vie scolaire (déscolarisation, incivilités, violences)

Dans notre étude, nous nous sommes particulièrement intéressés à la consommation d'alcool en tant que conduite à risque.

Mais comment définir la notion de risque ?

Si l'on s'intéresse à l'étymologie du mot risque, cela nous permet de mieux comprendre ce qu'implique la notion de conduite à risque :



Selon la racine latine, le mot « risque » vient du latin *resicare* qui signifie « recouper », « séparer ». Dans ce sens, le risque est ce qui tranche, ce qui coupe en cas d'erreur, d'échec.

« Mais prendre des risques c'est aussi se couper, se séparer du connu, du cadre de sécurité dans lequel nous vivons, en se confrontant à un univers inconnu. »

La racine grecque est *rhizikhon* qui vient de *rhiza* qui signifie « racine », ce qui rattache le mot risque à l'originel, au spéculaire, à soi. S'exposer au risque, cela revient à interroger ses capacités psychiques et physiques à affronter le danger réel encouru, et donc à interpeller ses propres ressources.

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

Il y a donc dans la notion de risque, d'après ces deux étymologies, confrontation aux problématiques de séparation, d'autonomisation, particulièrement actives lors de l'adolescence, et, la consommation d'alcool présente des risques par ses conséquences à court terme et à long terme.

## 2. Les consommations d'alcool en tant que conduites à risque :

### A) Les risques somatiques et psychologiques :

La consommation aiguë d'alcool provoque des troubles du comportement, responsables notamment d'une multiplication des erreurs lors de l'exécution de tâches, et d'un effet désinhibiteur pouvant induire d'autres prises de risques. L'alcool est ainsi fréquemment impliqué dans les accidents (de la route, professionnels ou de la vie courante), dans les suicides et dans les rixes. La consommation chronique est particulièrement toxique pour le foie (cirrhoses, cancers du foie), pour le système nerveux (troubles des fonctions intellectuelles, atteintes du cerveau et des nerfs optiques et polynévrites touchant surtout les membres inférieurs). Cette toxicité atteint également d'autres organes, favorisant ainsi l'apparition de divers cancers (notamment des VADS et du sein), et de pathologies du système cardio-vasculaire.

Enfin, la consommation d'alcool par la mère au cours de la grossesse expose l'enfant à des risques de troubles du développement.

L'accroissement du risque de décès apparaît à partir d'une consommation de deux verres par jour chez la femme et de trois verres par jour chez l'homme (OFDT, Problèmes sanitaires et sociaux, 2003).

#### a) Alcool et accidents de la route :

L'analyse systématique de l'alcoolémie dans les accidents mortels a permis de souligner le rôle majeur de l'alcool dans la mortalité routière. Une étude a été réalisée en 2005, sous l'égide de l'OFDT, elle s'est intéressée au rôle des toxiques (alcool et cannabis) dans ces contextes :

En matière de responsabilité d'un accident mortel, les conducteurs sous influence de l'alcool (tous taux confondus) ont 8,5 fois plus de risques d'en être responsables que les conducteurs qui ne sont sous l'influence ni de l'alcool ni du cannabis. Sur une base de 6 000 accidents mortels par

an, 2 270 décès seraient imputables à l'alcool. (OFDT, Étude « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière » (SAM), 2005).

En France, 23 jeunes sont tués sur la route chaque semaine, près de 1 250 par an. C'est ainsi la première cause de mortalité des 15-24 ans, sans compter les milliers de blessés graves. Or, l'alcool est en cause dans 30 % des accidents mortels de circulation. Le plus souvent, les conducteurs responsables de ces accidents sont des buveurs occasionnels. (INPES, 2008)

Les adolescents représentent 2% des conducteurs impliqués dans un accident corporel avec alcoolémie positive et 1% dans les accidents mortels (ONISR, 2005).

Ainsi, en 2003, l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) estime que si aucun conducteur n'avait conduit avec une alcoolémie positive, les nombres d'accidents mortels et de tués auraient pu être réduits d'environ 29 % (OFDT, Problèmes sanitaires et sociaux, 2003).

#### b) Alcool et développement du cerveau adolescent :

L'adolescence est une période critique de plasticité neuronale. Les épisodes d'alcoolisation massive peuvent interférer avec le développement optimal des fonctions cognitives et comportementales, voire fixer de manière définitive des comportements addictifs (par stabilisation de processus mal adaptés de développement cérébral).

Les études neuro-comportementales et de neuro-imageries confirment que l'adolescence est une période de grande vulnérabilité (Schweinsburg, Nagel, & Tapert, 2005) (Naassila, Le cerveau adolescent, 2010). Les effets délétères de l'alcool sont essentiellement retrouvés sur le cortex et l'hippocampe, avec une altération des processus de mémorisation, d'apprentissage et des fonctions exécutives (China, Van Skikea, & Matthews, 2010) (Guerra & Pascual, 2010). Ce qui peut avoir un impact sur l'avenir scolaire, universitaire et professionnel.

Michel Taffe a mis en évidence un déficit de la formation et du développement des neurones dans la zone de l'hippocampe. «Le binge drinking pendant l'adolescence induit d'autres types de lésions cérébrales que ce même comportement à l'âge adulte» (Taffe, Kotzebue, Crean, Crawford, Edwards, & Mandym, 2010).

#### c) Alcool et pathologies :

Au début des années 2000, environ 37 000 décès étaient attribuables à la consommation excessive et répétée d'alcool, dont 10 000 décès par cancer, environ 6 800 décès par cirrhose ou autres pathologies digestives, 3 000 décès par psychose et dépendance alcoolique, et 2300 décès par accidents de la route (Costes, Alcool: conséquences, 2008) (Costes, Données nationales, séries statistiques, 2005) (OFDT, 2005).

La cirrhose alcoolique, les psychoses alcooliques et les cancers des voies aéro digestives supérieures (VADS) constituent trois causes principales de mortalité liée à la consommation excessive d'alcool (Costes J. , données nationales, séries statistiques, 2009).

La totalité des cancers des VADS ne peut toutefois pas être attribuée à l'alcool, puisque la consommation tabagique constitue également un facteur de risque et que d'autres facteurs peuvent intervenir (exposition à des produits chimiques ou à des poussières, traumatismes prothétiques, radioactivité locale). Le risque de cancer augmente régulièrement avec la dose

d'alcool pur contenu dans les boissons alcoolisées, sans effet de seuil (Hill, 2000).

En ce qui concerne les psychoses alcooliques et la cirrhose alcoolique, ces deux étiologies sont quant à elles entièrement ou presque entièrement liées à une consommation excessive d'alcool, même si une petite part des cirrhoses n'est pas d'origine alcoolique mais virale (Costes, Données nationales, séries statistiques, 2005).

La consommation est également impliquée dans la survenue de certaines maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique), et digestives (pancréatites). Une diminution de la mortalité par pathologies cardiovasculaires est observée pour des consommations quotidiennes inférieures à deux verres (Costes, Alcool: conséquences, 2008) (OFDT, Problèmes sanitaires et sociaux, 2003).

#### d) Alcool et suicide

Plusieurs études ont étudié les relations entre consommation d'alcool et risque suicidaire.

L'étude de Wilcox trouve que chez les jeunes ayant consommé de l'alcool avant l'âge de 16 ans, le risque relatif d'avoir des idées suicidaires est de 1.5, et celui de passer à l'acte de 1.5 (Holly, Wilcox, & James, 2004). Une étude plus ancienne, réalisée à Edimbourg signale une augmentation de 17 à 29 % au cours des dix dernières années de jeunes alcooliques âgés de 15 à 19 ans (Kreitman & Schrieber, 1979).

Une étude récente réalisée dans les centres de sélection des armées s'est intéressée aux différents modes, types et fréquence d'alcoolisation et à leur relation avec le risque suicidaire : L'ivresse solitaire multiplie le risque par 3.59, l'ivresse pour oublier par 4.25 (Favre, Choque, & G., 1997). L'ivresse solitaire serait donc la plus fortement liée à un risque suicidaire.

#### e) Alcool-dépendance :

Selon le Baromètre santé 2005 environ 8 % des Français âgés de 15 à 75 ans peuvent être considérés comme ayant une consommation chronique risquée d'alcool. Un peu moins de 1 % des Français déclarent consommer au moins sept verres par jour ou au moins six verres dans une même occasion presque tous les jours (Baudier, et al., 2005).

Dans une compilation de l'ensemble des résultats d'enquêtes menées dans les pays européens (presque uniquement des pays de l'Europe du nord) dans les années 1990 la prévalence moyenne de l'alcool-dépendance sur les douze derniers mois se situe autour de 3% (Rehm, Room, Brink, & Jacobi, 2005). Mais les résultats sont très variables d'une étude à l'autre (de 0,4% à 14,5% d'alcool-dépendants chez les hommes ; de 0,1% à 4,2% chez les femmes). (Actuellement, il n'existe pas en France et en Europe de recommandations officielles en matière de tests de dépistage de l'alcool-dépendance (il existe entre autre le test AUDIT et le test CIDI)).

#### f) Alcool et grossesse : Le risque du syndrome d'alcoolisation fœtale :

Celui-ci se traduit par des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations, de la face et du crâne en particulier. Les formes modérées de ce syndrome peuvent ne pas être diagnostiquées à la naissance, mais se traduire par des troubles du

comportement et des difficultés d'apprentissage et d'adaptation de l'enfant. Le risque dépend étroitement de la vulnérabilité individuelle. Il semble avéré à partir d'une consommation quotidienne de 1 à deux verres de vin ou d'une consommation ponctuelle de cinq verres d'alcool, si celle-ci intervient à une période critique du développement de l'enfant. Cependant, aucune quantité ne peut actuellement être garantie « sans conséquence » pour l'enfant.

Les experts recommandent donc aux femmes enceintes de s'abstenir de toute consommation d'alcool pendant la durée totale de la grossesse.

L'incidence de ce syndrome se situerait entre un et deux pour 1 000 naissances pour les formes sévères et à cinq pour 1 000 pour les formes modérées (estimations réalisées sur la période 1986-1990). Environ 1 000 enfants par an naîtraient en France avec une forme sévère (OFDT, Problèmes sanitaires et sociaux, 2003).

## B) Les risques sociaux :

« Les conséquences sociales de l'alcool sont des modifications, subjectivement ou objectivement attribuées ou attribuables à l'alcool, du comportement social individuel, des relations sociales ou de l'environnement social. » (Klingemann, 2001).

### a) Alcool et précarité :

Il existe peu d'enquêtes en France qui permettent de quantifier les relations entre dommages sociaux et problèmes d'alcool.

Une enquête s'est intéressée aux patients vus un jour donné en médecine de ville ou à l'hôpital, en 2001. Les personnes hospitalisées sans emploi, ont d'après cette enquête, 2.4 fois plus de risque d'être en situation d'alcoolisation excessive que ceux qui ont un emploi, et 2.7 fois plus de risques d'être alcoolo dépendantes. Mais on ne peut en déterminer une causalité entre ces deux problèmes. Concernant les consultations en médecine de ville : ceux qui ont un logement précaire ou sont sans abris ont trois fois plus de risques d'être alcoolo dépendants par rapport aux personnes disposant un logement (Mouquet & Villet, 2002).

Une autre enquête coordonnée par l'Insee auprès de personnes sans domicile en 2001, montre cependant que la consommation et les problèmes afférents sont variables en fréquence et en intensité selon le degré de précarité (et ce, même au sein de cette population très précarisée) (Beck, Legleye, & Spilka, L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype, 2006).

Les liens entre alcool et précarité existent, mais ils sont à nuancer selon le degré de précarité.

### b) Alcool et scolarité :

Des études ont montré que l'abandon scolaire est plus fréquent parmi les élèves qui boivent trop que parmi les autres. Cependant, la mesure dans laquelle la consommation excessive d'alcool est une cause de mauvais résultats scolaires n'a pas été déterminée de façon claire (Hibell, et al., 2009).

c) Alcool et transgression de la loi :

Les cas de transgression de la loi sous influence de l'alcool constituent une autre forme de dommages sociaux.

Il s'agit d'ivresses publiques, de conduites sous influence de l'alcool, blessures involontaires par un conducteur alcoolisé, voire homicide.

Cela concerne également consommation d'alcool associé à des violences envers des tiers, des violences conjugales, dans ce dernier cas, la prévalence des problèmes d'alcoolisation dans les violences conjugales est de 28 % contre 10 % dans la population générale, ce qui laisserait de présumer un lien existant. (Costes, Alcool: conséquences, 2008).

d) Alcool et famille :

Par ailleurs, un problème d'alcool peut nuire à la qualité de la vie et à la santé du partenaire du buveur pour d'autres raisons. Un rapport européen s'est intéressé aux études réalisées sur les liens entre les consommations d'alcool et les difficultés familiales (Mc Neill, 1998).

Plusieurs études sur les causes du divorce ont montré un risque d'éclatement familial.

Inversement, des études ont mis en évidence un phénomène de « codépendance », c'est-à-dire que le partenaire du buveur contribue à perpétuer l'abus d'alcool par ses efforts pour cacher et compenser celui-ci. En tout état de cause, pour ce qui est de tels couples en général, la situation du conjoint ou du partenaire du buveur a tendance à se détériorer, ce qui se traduit par des troubles psychologiques ou physiques.

Les effets négatifs d'une consommation excessive d'alcool sur les membres de la famille qui ne boivent pas et en particulier sur les enfants sont préoccupants et constituent un problème de santé publique (Klingemann, 2001).

On peut affirmer que l'alcool est l'une des causes de nombreuses situations sociales défavorables pour les individus et la société, mais qu'il en est rarement le facteur unique. De ce fait, on dit souvent que l'alcool augmente le risque de conséquences négatives.

Les risques des consommations excessives d'alcool sont donc diverses. Ces abus d'alcool chez les adolescents font partie des conduites à risque. Mais quel est l'enjeu, le sens de ces conduites ?

G.Michel évoque les conduites à risque chez l'adolescent en tant que conduites d'essai, pour tester ses capacités. S'il existe une dimension individualisante, personnalisante, ces comportements peuvent être également prendre un aspect pathologique dans leur dimension autodestructrice.

Nous allons donc nous intéresser au sens que l'on peut donner à ces comportements, que ce soit dans un processus adolescent normal ou plutôt pathogène.

### 3. Le sens des conduites à risques :

#### A) Sur le plan social :

##### a) Accéder à une identité :

Le passage de l'enfance à l'adolescence s'accompagne de transformations somatiques et d'une poussée instinctuelle, qui rapproche l'enfant de l'homme ou de la femme sur le plan physique, tandis qu'en parallèle ils sont maintenus dans statut antérieur par les conventions sociales. Ce déséquilibre se manifeste par des symptômes que l'on attribue généralement à la « crise de l'adolescence ».

Souvent ces symptômes correspondent à des transgressions, qui pour les adolescents traduisent leur nouvelle façon d'être au monde. Et ces transgressions permettent de progresser, d'amorcer une rupture avec l'image parentale. Car si l'image parentale était jusque là structurante pour l'enfant, elle ne suffit plus au développement de l'adolescent.

Pour P.Coslin « cette rupture manifeste la maturité sexuelle et le choix d'un autre cadre que le cadre œdipien. L'adolescent veut alors être différent de ses parents, au niveau des valeurs tant sociales que morales ou politiques ». C'est pourquoi, voulant rompre avec ces différentes valeurs, il provoque (Coslin, Les conduites à risque à l'adolescence, 2006).

Ce même auteur estime que si l'adolescent est dans une dynamique de transgression, et il est également dans celle d'une transaction. Car le rejet des images parentales de l'enfance fait place à de nouveaux attachements et à l'accès à l'autonomie.

Ces nouveaux attachements se font généralement avec un groupe de pairs. Et les transgressions peuvent inclure des conduites à risque. Ces dernières peuvent permettre d'exercer au sein du groupe une certaine domination et un certain contrôle sur les autres adolescents, accordant ainsi au preneur de risque un certain statut social parmi les autres jeunes, d'autant plus que ces comportements peuvent faire intervenir autrui comme spectateur. Ces risques permettent alors de conforter son image vis-à-vis des pairs.

Le jeune s'inscrit alors dans « une relation statutaire voire identitaire où la prise de risque prend fonction de prestige » (Michel, La prise de risque à l'adolescence, 2001).

Ces conduites à risque peuvent donc permettre à l'adolescent l'exploration de son identité et signifier son autonomie par rapport aux autres jeunes.

« Elle favorise l'autonomie du jeune, la recherche de ses marques, elles sont un moyen de se fabriquer une identité » (Le Breton, conduites à risque des jeunes générations, 2003).

##### b) L'équivalence d'un rite de passage :

D. Le Breton, sociologue estime que la prise de risque pourrait avoir un aspect positif en favorisant l'établissement d'une identité. Il admet cependant leur versant négatif, par les blessures, les dépendances voire la mort qu'elles peuvent entraîner. Mais il rappelle que dans ces cas, la souffrance se trouve généralement en amont « perpétuée par une conjonction complexe entre une société, une structure familiale, une histoire de vie » (Le Breton, conduites à risque des jeunes générations, 2003).

Ces conduites pour cet auteur correspondent à « des détours symboliques pour s'assurer de la valeur de son existence, rejeter au plus loin la peur de son insignifiance personnelle ». Ce sont des rites intimes de fabrication du sens, il les analyse « comme des rites individuels de passage » (Le Breton, Société du risque: fantasmes et réalité, 2002). Il les oppose en cela aux rites communautaires des sociétés traditionnelles, qui s'effectuent souvent lors de cérémonies et s'instituent sous la responsabilité des aînés, jamais entre membres d'une même classe d'âge. En effet dans nos sociétés modernes, les conduites à risque ne sont ni désirables, ni prévisibles et ne correspondent pas à un rituel établi sous le regard unanime de la société communautaire. Elles s'inscrivent « dans un contexte de déliaison sociale ou vécue comme telle [...] et puisent dans la souffrance de ne trouver signification à son existence » (Le Breton, conduites à risque des jeunes générations, 2003). Elles provoquent la douleur des parents, en opposition au bonheur des parents des sociétés traditionnelles. La société y est également hostile et met en place des systèmes de prévention. En outre, cet acte est singulier, ne modifie pas le statut social de celui qui en réchappe, et ne relève pas d'une mémoire collective. Malgré tout l'auteur inscrit ces conduites dans une forme de rite de passage, car elles contribuent à l'identité, et qu'il existe une « éminence sociologique du phénomène, une multiplication sous forme éparées et individuelles ». Il qualifie ses conduites de « formes de braconnage du sens » de « rite intime de contrebande » qui favorisent « l'intégration sociale et le sentiment d'être garanti, d'avoir enfin rallié une signification à son existence ».

D'autres auteurs soulignent la fonction initiatique des conduites de risque, J. Adès parle pour certaines conduites de « fonction maturante et adaptative, comparable à celle d'un rite de passage » (Adès & Lejoyeux, 2004).

Pour G.Michel, la prise de risque permettrait de tester le courage de l'adolescent à affronter le danger, brisant ainsi symboliquement les barrières de l'enfance en devenant partie intégrante du groupe de pairs, « rattachant alors la prise de risque à une vieille tradition, celle des rites de passage » (Michel, La prise de risque à l'adolescence, 2001).

Pour D.Marcelli, les conduites à risque se rapproche des rites initiatiques par la recherche d'expérience et de limites, « c'est pour l'adolescent une manière de s'éprouver, de se connaître, d'apprendre » des codes sociaux » (Marcelli & Braconnier, 2008). Néanmoins dans les rites initiatiques, le risque lorsqu'il existe n'est pas recherché pour lui-même, mais pour sa signification symbolique. Et une fois le rite accompli, la prise de risque n'est pas répétée. P.Baudry précise que lors des rites initiatiques, la mort n'est pas posée comme un enjeu ou comme l'extrême de la prise de risque. La prise de risque, dans le rite s'inscrit plutôt dans une « logique de vie et d'espoir » marquant « l'entrée dans la vie adulte » (Baudry, 1991). D. Marcelli tient à souligner que les prises de risque se différencient des rites initiatiques quand elles se caractérisent par une recherche d'excès avec escalade et répétition des comportements (Marcelli & Braconnier, 2008).

## B) La conduite à risque du point de vue psychanalytique

### a) Perspective développementale

D'un point de vue développemental, la prise de risque fait partie intégrante des processus d'acquisition, d'indépendance et d'individualisation. En effet, tout être vivant est confronté dès sa naissance à la nécessité de satisfaire deux besoins contradictoires : La recherche de sécurité et l'exploration de son environnement qui peut constituer une source de risque (Michel, Le Heuzy, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, 2001).

Le jeune doit s'essayer à des positions, des expérimentations variées et risquées, sous peine d'être renvoyé dans une position de passivité dans laquelle il était maintenu en tant qu'enfant. En produisant des comportements interdits, perçus comme dangereux par les parents, l'adolescent s'extirpe de ce fonctionnement infantilisant. « La prise de risque peut alors se percevoir comme un aménagement à la problématique de séparation individuation » (Michel, Le Heuzy, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, 2001) .

Dans le concept de séparation individuation, développé par P.Blos, l'adolescent, par l'éveil du pubertaire, se trouve confronté à de nombreuses pertes fantasmatiques ou réelles : La quiétude du corps, la perte de la stabilité de l'image du corps, la séparation du lien infantile aux objets œdipiens. Il doit désinvestir ces objets pour réinvestir de nouveaux objets substituts de ces objets primitifs. Ainsi à l'adolescence se réactive un conflit infantile qu'est la problématique de l'angoisse de séparation. Face à cette perte objectale, l'adolescent entame un travail psychique secondaire qui s'apparente à celui du deuil. Il doit recréer des représentations ayant des traits communs avec les parents tout en s'en différenciant.

Il y a donc deux séquences : Le réveil de l'œdipe et l'abandon des premiers objets d'amour pour un réinvestissement vers de nouveaux objets d'identification (Marty, 2006) (Blos, 1962).

Chez l'adolescent cela se manifeste par des attitudes de repli, de rupture, d'opposition, d'affirmation.

L'engagement dans les conduites à risque permettrait à certains adolescents de réduire l'affect négatif lié au processus de séparation individuation. Ces conduites à risque ne seraient alors pas un équivalent dépressif dans ce contexte, mais une défense contre les tendances dépressives. En effet, l'apport d'éprouvés intenses ressentis lors de ces conduites à risque viendrait occulter les émotions internes liées au processus de séparation individuation.

Ces comportements rempliraient donc, selon le concept de « séparation individuation » une double fonction : Celle de remplir le vide lié à la perte, et celle de « court-circuiter » les affects négatifs.

### b) La maîtrise de l'excitation libidinale :

Pidinielli met en parallèle des conduites à risque une maîtrise de l'excitation libidinale. En effet dans certaines prises de risque, la maîtrise de la situation fonctionnerait comme un contrôle de l'objet ou de la situation. Il s'appuie sur les travaux de Jeammet et de Marcelli qui évoquent « un aménagement pervers » de ces agirs, en effet la recherche d'un objet contrôlé, sous emprise



permettrait d'éviter le processus d'intériorisation. Mais ce type d'aménagement ne se retrouve pas chez tous, « elle est dépendante du type d'organisation libidinale et notamment de la fragilité du narcissisme primaire » (Pardinielli, Rouan, & Gimenez, 2005).

Pour Pardinielli, le recours des conduites à risque peut donc être « dépendant de la rencontre entre un type de défaillance dans les investissements narcissiques avec un trop plein d'excitation menaçante et le pouvoir paradoxalement et illusoirement protecteur de la conduite ».

L'appareil psychique, pour supporter les excitations liées à l'investissement objectal qu'il n'arrive pas à élaborer (que ce soit par le langage ou par les représentations) peut tenter de les maîtriser par des moyens comportementaux.

La prise de risque aurait donc à la fois un rôle pacifiant ainsi que celui de vouloir contrôler l'excitation suscitée par l'autre, l'objet.

Si la prise de risque procure un plaisir par le défi et l'incertitude ménageant le triomphe sur l'objet, elle se nourrit également de la dimension d'altérité. Car ces conduites visent un « rapport héroïque aux représentations socioculturelles du Destin ».

### c) Le modèle de l'ordalie :

À l'origine, l'ordalie est un rituel de jugement divin, une épreuve juridique utilisée au Moyen Age sous le nom de jugement de Dieu. Le sujet était considéré comme innocent du crime pour lequel il était jugé s'il parvenait à dominer l'épreuve.

Avant cette époque, les Celtes jetaient à l'eau les enfants suspects d'illégitimité, et la légitimité de l'enfant était prouvée en cas de survie (Michel, La prise de risque à l'adolescence, 2001).

Charles Nicolas définit l'ordalie en trois points :

- L'épreuve, désigne celui qui doit triompher. Le triomphe, la survie sont prononcés par une puissance surnaturelle, omnipotente ;
- Le jugement vise toujours un individu (à travers son corps : noyade, fer rouge, breuvage) et le place dans une situation de solitude face à son destin ;
- L'ordalie s'interprète comme une mise en risque (par exemple : mise en jeu) de la personne dont la mort peut être l'issue.

L'ordalie est cependant différente des conduites ordaliques, car ces dernières impliquent le recours délibéré à une épreuve à risque léthal par le sujet. Les conduites ordaliques impliquent la nécessité de répétition de comportement avec une prise de risque vitale (Adès & Lejoyeux, 2004).

Il est important de souligner que ces conduites ne sont pas un équivalent suicidaire, il s'agit d'une interrogation sur son être et sa nécessité : si le sujet s'engage dans une conduite avec un risque mortel, sa survie permet de prouver sa valeur intrinsèque, « reconnue par les puissances transcendantes de destin » (Michel, La prise de risque à l'adolescence, 2001).

Il ne s'agit pas de parvenir à la mort, au contraire la jouissance mégalomane serait consécutive au triomphe sur la mort (Cardénala, Sztulmanb, & Schmitt, 2007).

Le modèle de l'ordalie permet de comprendre la place que peut occuper l'agir dans le rapport du sujet à son identité (Pardinielli, Rouan, & Gimenez, 2005).

Selon Freud l'ordalie s'inscrit dans une logique de filiation, et permet de rassurer l'individu sur sa place en tant que sujet. Ainsi dans ces conduites à risque se profile une quête identitaire en

toile de fond. D'autant plus que l'individu en touchant le terme de sa résistance physique, accède symboliquement à un repère, et se rassure sur les limites dont il a besoin pour exister. Cette recherche d'épreuve confère à l'ordalie une fonction initiatique, surtout à l'adolescence, Charles-Nicolas parle d'une « mort-résurrection », soit « le paradoxe de vivre pour mourir » qui est parfois nécessaire selon Gutton, surtout à cette période de vie.

Pour G.Michel, certains adolescents utilisent la réalité externe pour contre investir les réalités d'une réalité interne fragile donc dangereuse. Cela pourrait également correspondre à la preuve de son identité par le corps par la survivance au traumatisme comme « une sorte d'auto-engendrement ».

G.Michel évoque également une perspective développementale dans laquelle la conduite ordalique peut être reliée au meurtre de l'enfant imaginaire : l'adolescent tue symboliquement l'enfant qu'il a été pour exister.

Mais selon Pedinielli, cette conduite ordalique est insuffisante à fonder le sujet et son effet subjectif se dissout rapidement (Pedinielli, Rouan, & Gimenez, 2005). Il devient donc nécessaire de répéter la conduite, Sztulman parle de « comportement répétitif de l'acte de s'hypotéquer » et pour Pedinielli cette répétition provient de trois sources :

« La compulsion de répétition inhérente à la déliaison produite par le jeu et la pulsion de mort, la jouissance mégalomane de triomphe sur l'objet, et l'échec de la durabilité de l'effet identifiant de la conduite ».

Sur un plan plus sociologique, selon Le Breton, dans les conduites ordaliques le jeune « court le risque de son corps pour retrouver sa place dans le tissu du monde », c'est une manière de jouer son existence contre la mort pour donner valeur et sens à la vie. Le but étant que si l'individu ressort vivant de l'épreuve, il en retire une sensation d'exaltation et de toute puissance qui lui manquent dans son existence (Le Breton, conduites à risque des jeunes générations, 2003). L'adolescent a besoin d'interroger une instance autre que la société, puisqu'il estime que la société émet un jugement négatif à son encontre, et que les personnes affectivement proches de lui ne suffisent à le rassurer sur son existence. « La mort symboliquement surmontée permet de continuer à vivre sous l'éclairage d'une nouvelle légitimité ».

Selon C.Nicolas (Cardénala, Sztulmanb, & Schmitt, 2007), les conduites ordaliques sont fréquentes chez les toxicomanes, et beaucoup d'adolescents seraient entrés dans la dépendance par la porte du risque.

Les conduites ordaliques seraient donc sous tendues par une quête identitaire et une recherche de légitimité. Elles s'accompagnent d'une jouissance mégalomane du fait du triomphe sur la mort. Mais l'effet identifiant de ces conduites n'étant pas durable, elles sont appelées à être répétées, le risque étant alors l'entrée dans une dépendance.

### C) La conduite à risque en tant que recherche des éprouvés

#### a) Une régulation émotionnelle :

Selon le modèle de Zuckerman, que nous avons précédemment décrit, les conduites à risque ainsi que toutes autres recherches de sensation auraient pour but d'ajuster et de compenser un bas niveau d'activation corticale. Ce modèle expliquerait chez certains individus, qui auraient donc un bas niveau d'activation corticale, la rencontre avec la situation à risque, qui pour eux auraient à la fois un rôle attractif et hédonique (Zuckerman, Kolin, & Price, 1964).

Pedinielli, dans un article sur la psychopathologie des conduites à risque, estime que la recherche d'expériences nouvelles, l'attrait pour les stimulations fortes, la recherche de changements, de nouveautés, la susceptibilité à l'ennui peuvent donner à certaines situations le pouvoir d'accroître les sensations. Il précise que dans ce contexte, la prise de risque correspond à la fois, à l'éroussement des sensations procurées, à la nécessité de rétablir un équilibre interne, que les conséquences des conduites à risque mettent en péril et à une extinction de sensations insupportables. « La recherche de sensation se lie à la tentative de maintenir un équilibre interne en résolvant les difficultés ou le déplaisir par la confrontation au danger et les émois qu'elle procure. » (Pedinielli, Rouan, & Gimenez, 2005)

Mais l'auteur veut dépasser le domaine biologique et physiologique, et s'intéresser à la dimension subjective de ces individus. Dans la recherche de sensation, s'il y a réduction des tensions voire jouissance, il existerait également selon cet auteur un effet de protection contre les émotions. Pedinielli se réfère à P. Jeammet pour qui les émotions opèrent une faille dans le Moi « à travers laquelle ont le sentiment que l'objet en s'introduisant va mettre en péril leur identité et leur autonomie psychique ». L'hyperstimulation procurée par les conduites à risque aurait alors une fonction protectrice contre les émotions.

Plusieurs études vont dans le sens d'une régulation émotionnelle et mettent en lien les conduites à risque et les affects négatifs : selon Trull et Sher, les conduites à risque seraient un moyen de mise à distance des affects négatifs (Trull & Sher, 1994). D'autres études montrent que si la prise de risque peut être reliée à une recherche de plaisir, elle peut être également le reflet de difficultés affectives (Shapiro, Siegel, Scovill, & Hays, 1998).

De plus, des sujets ayant des difficultés à réguler par eux-mêmes leurs émotions tendraient à avoir plus de conduites à risques comme la consommation d'alcool (Maga, Phillips, & Hosie, 2008) (Cooper M., Frone, Russellb, & Mudar, 1995).

La prise de risque permettrait alors une autorégulation des émotions, une défense contre le vécu négatif (Boyer, 2006). « Le recours à l'externe par des conduites à risque constitue une défense efficace contre le vécu négatif. » (Michel, Le Heuzy, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, 2001).

## b) Le sur éveil corporel, dans le processus de l'adolescence

L'adolescence est synonyme de bouleversements physiologiques et morphologiques qui contribuent à l'avènement d'un corps sexué et à des bouleversements psychologiques. Apparaissent donc une poussée libidinale, qui par des revendications pulsionnelles particulièrement renforcées va déstabiliser le Moi de l'adolescent (Michel, Le Heuzy, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, 2001).

Anna Freud parle d'un « Ça relativement puissant qui s'oppose à un Moi relativement faible ». Car le Moi ressort affaibli par la lutte qu'il doit mener à la fois contre les nouvelles pulsions émergentes et les agressions extérieures. Durant cette période, les désirs œdipiens sont donc mis à l'épreuve chez un individu qui possède des organes génitaux arrivés à maturité, et une solution de compromis doit être trouvée entre ce qui est souhaité et ce qui peut être permis (Freud A. , 1936).

Pour P. Blos, la puberté va entraîner « une nouvelle organisation de Moi et des pulsions ». Et ce sur-éveil corporel à l'adolescence va notamment rendre faillible pour le sujet la fonction stabilisatrice et protectrice du corps dont témoignent à des degrés divers, les dysmorphophobies, les bouffées hypocondriaques aiguës ou les fréquents sentiments d'étrangeté (Michel, Recherche de sensations et sur-éveil corporel à l'adolescence, 2001).

L'adolescent est confronté à un afflux de stimulations externes et internes auxquelles il a des difficultés à faire face, car l'économie libidinale essentiellement centrée au niveau du corps ne lui permet pas de faire taire cette surcharge d'excitation.

Pour Gutton, du fait de cette surenchère d'excitation, il y a comme une difficulté à distinguer ce qui vient de l'intérieur de ce qui vient de l'extérieur, il estime que cette confusion est la source de « l'impasse pubertaire », où le sentiment d'identité est fragilisé. L'auteur explique que dans un souci d'homéostasie, l'adolescent doit effacer au niveau du corps l'excitation liée à l'émergence pubertaire, et pour cela d'autres sources d'investissement vont être recherchés. Des processus adaptatifs nécessaires pour atteindre la maturité se mettent alors en place (Michel, Recherche de sensations et sur-éveil corporel à l'adolescence, 2001).

Les mécanismes le plus souvent mis en place à l'adolescence sont l'intellectualisation et les conduites de l'agir. À propos de ce deuxième mécanisme de défense A. Birraux écrit d'ailleurs qu'une manière de faire taire son corps, « c'est de ne pas penser, c'est de se dépenser ».

L'adolescent va alors agir au travers de conduites d'expérimentation de soi, d'opposition et de rébellion. Ainsi, cet hyper-investissement du monde extérieur, souvent sous forme subversive, favorise le maintien de la cohésion psychique de l'adolescent par le contact avec la réalité extérieure. (Birraux, 1994)

Cette propension à la stimulation par des conduites externes, d'expérimentation proviendrait du désir de s'affirmer ; extirpant l'adolescent de sa passivité dans laquelle il était maintenu pendant l'enfance. De plus, cette modalité défensive selon Gutton apparaît comme un moyen permettant de court-circuiter la force de rétroaction qui pousse le sujet à graviter à perpétuité autour des objets infantiles.

Pour Cahn, l'acte permet à l'adolescence d'évacuer le conflit en s'opposant à toute prise de conscience, et ainsi nier la réalité intérieure, en particulier les éléments dépressifs liés à la perte des imagos parentaux. Mais l'efficacité de ce type de mécanisme est temporaire, d'où la

répétition des conduites de stimulation (Michel, Le Heuzy, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, 2001).

### c) Volonté de puissance et sentiment d'infériorité

G. Michel, dans son ouvrage se réfère à A. Adler, selon ce dernier l'enfant passe, avant de devenir un homme par une étape de vie où il va se sentir inférieur. Ce sentiment d'infériorité proviendrait des privations diverses inhérentes à l'enfance : « petitesse, faiblesse, incapacité de satisfaire ses propres besoins ». Et le besoin de supériorité proviendrait de la comparaison entre lui et les personnes de son entourage (Michel, La prise de risque à l'adolescence, 2001).

L'enfant veut alors s'élever au rang tout-puissant du père ou de la mère, afin de s'évader de ce sentiment d'insécurité, et cette volonté d'être grand et fort va s'imposer à lui comme « une norme » et se répercuter sur ses conduites et ses activités.

Selon Adler, la désobéissance, l'insolence permettent à l'enfant de se débarrasser de ce sentiment pénible d'infériorité et d'insécurité.

Cet auteur ajoute que le sentiment d'infériorité peut être relié à un doute du sujet quant à sa virilité. L'agir permettrait alors d'affirmer sa virilité. « Le sujet organise psychiquement des dispositifs prenant appui sur la réalité extérieure, mettant en jeu l'exacerbation de sa virilité afin de se rassurer sur sa condition humaine ».

L'affirmation de soi, au travers des conduites à risques, serait donc l'expression d'une compensation, celle de suppléer à un sentiment d'infériorité.

Comme nous l'avons vu, les consommations abusives d'alcool sont influencées par de nombreux facteurs. Les consommations d'alcool en tant que conduites à risque peuvent avoir plusieurs sens selon les approches théoriques, ces théories, loin de se concurrencer pourraient nous aider à mieux saisir, dans une démarche intégrative, les enjeux qui existent dans les conduites à risque. En effet pour certains adolescents les conduites à risque s'apparentent à une conduite sociale qui permet l'accès à une identité pour le sujet par rapport aux pairs et au monde des adultes. La prise de risque a alors une fonction personnalisante et individualisante.

Pour d'autres jeunes, elle peut par contre être le reflet d'une dimension autodestructrice qui cherche à se manifester. Les auteurs se généralement rejoignent sur l'idée que la conduite à risque peut être un mécanisme de défense permettant de nier une réalité interne, nier les éléments dépressifs.

Les conduites à risque se situent entre le normal et le pathologique.

La dimension pathologique de ces conduites à risque, les conséquences à court, moyen et long terme justifient des interventions, notamment dans le domaine de la prévention.

Nous avons donc pu constater quels facteurs pouvaient influencer des consommations d'alcool abusives, et quels sens, elles pouvaient avoir en tant que conduites à risque.

Ces connaissances sont importantes dans le domaine de la prévention.

En effet, si l'on se réfère à la théorie de Jessor, pour pouvoir influencer un comportement, il est important de pouvoir agir sur les facteurs de risque et renforcer les facteurs protecteurs (Jessor, 1991).

Si l'on reprend à nouveau la citation du professeur Olievenstein « la toxicomanie, c'est la rencontre d'une personne, d'un produit et d'un contexte social ».

On rejoint la notion d'une prévention globale, « écologique » préconisée par G.Michel, où si l'on invite les adolescents à remettre en question leurs habitudes et comportements, cette démarche devrait également intéresser les adultes et la société qu'ils ont construite.

Il est donc nécessaire de s'interroger sur les principes à développer pour que l'action infléchisse certains comportements adolescents, et ne pas tomber dans l'écueil inverse c'est-à-dire promouvoir une conduite à risque.

## **VJ ALCOOL ET PREVENTION :**

### 1. Principes des interventions de prévention

#### A) Introduction

Après plus de vingt ans de recherche et de pratiques dans le domaine de la prévention de consommation de substances psychoactives, des programmes efficaces se sont développés, essentiellement dans les pays anglo-saxons, notamment en milieu scolaire (DGESCO & MILDT, 2006).

L'INSERM a rendu publique une expertise des démarches et méthodes sur l'éducation pour la santé des jeunes qui passe en revue les données scientifiques récentes sur leur qualité, leur cohérence et leur efficacité (INSERM, 2009). Les études concernent essentiellement des publications étrangères, car peu de données françaises ont fait l'objet de publications. Les actions de prévention concernant l'alcool visent principalement à limiter les risques liés à l'ivresse et les conduites sexuelles à risque, à aider les jeunes à avoir une consommation responsable plutôt que l'abstention complète de consommation, à traiter l'alcoolisation juvénile. Compte tenu des usages et des fonctions de l'alcool, des programmes comportent un volet sur le renforcement des compétences sociales générales des jeunes.

Les interventions de prévention peuvent être définies selon plusieurs caractéristiques :

- Le groupe qu'elle cible
- Les intervenants
- Le lieu
- Le but de l'intervention

## B) Le groupe ciblé :

Il peut s'agir notamment des adolescents, des parents, des professionnels de l'éducation.

### a) Les adolescents :

- La population peut être de différents types selon l'approche préventive :

La définition des approches de préventions généralement utilisée selon 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 vulnérabilité précocement décelables chez les jeunes. Elle s'intéresse donc aux facteurs de risque et vise à empêcher qu'un trouble ne s'installe, notamment des consommations abusives.

- **La prévention secondaire** s'adresse à un public adolescent qui s'inscrit dans des modes de consommation potentiellement pathogènes. Elle est destinée à reconnaître puis à modifier voire à supprimer un trouble avéré. Elle s'intéresse aux adolescents avec des consommations abusives, des dépendances voire des prises de risque multiples. Le but étant d'éviter qu'ils ne développent des complications.

- **La prévention tertiaire** accompagne un public qui avait une consommation pathologique et qui a réussi à cesser définitivement toute consommation. L'objectif est donc d'accompagner le rétablissement, la réinsertion sociale et éviter la rechute.

L'approche peut être également définie en tant qu'intervention universelle, sélective, indicative, ou précoce (ces définitions d'approches sont utilisées dans les pays anglo-saxons) :

- **Les interventions universelles** (« universal preventive intervention ») : s'adressent à la population générale, pour laquelle il n'a pas été individuellement identifié des facteurs de risque.

- **Les interventions sélectives** (« selective interventions ») : s'adressent à des groupes d'individus qui ont des risques accrues de consommations abusives de substances psychoactives (par exemple, les enfants de parents dépendants de l'alcool).

- **Les préventions indicatives** (« indicated preventions ») : s'adressent à des groupes d'individus qui n'ont pas les critères diagnostiques d'une dépendance, mais qui présentent des usages abusifs (par exemple, des consommations de type « binge drinking »).

- **Les interventions précoces** : s'adressent aux individus qui présentent les critères diagnostiques d'une consommation addictive, mais qui ne sont pas en demande de soins.

- L'approche peut également être déterminée selon l'âge :

Qualifier l'âge du public peut être intéressant, car aux âges correspondent des spécificités et des expériences différentes de l'alcool (David, 2008) (Gardien, 2007).

Les élèves de primaire et de 6<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup>, sont encore attentifs au discours de l'adulte, n'ont généralement pas encore expérimenté le produit (du moins seul).

Les élèves de 4<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> contesterait plus facilement l'adulte sans être toutefois réellement autonome, ils se référeraient plus aux pairs. Dans ce cas un discours informatif du type « les jeunes boivent beaucoup aujourd'hui » tendrait à renforcer les consommations afin d'adopter le comportement supposé du groupe.

Les lycéens tendraient à vouloir se différencier, adoptant parfois un discours différent de celui du groupe.

J. Fortin va dans ce sens quand il écrit qu'il faut « ajuster les stratégies aux profils des consommateurs ». Pour qu'un message de prévention soit efficace il faut que son destinataire se sente spécifiquement concerné et en capacité de le traduire en comportement (Fortin, 2003).

#### b) Les professionnels de l'éducation et de la santé :

La formation des enseignants est une méthode de prévention qui s'est largement développée ces dernières années, le but étant qu'ils puissent intervenir dans le cadre scolaire.

Plusieurs études montrent que les professionnels de santé, mais aussi de l'éducation, n'ont pas toujours des idées claires et bien étayées sur les dangers de l'alcoolisation. Ainsi, Abel et coll. montrent qu'il existe une grande variabilité dans l'opinion qu'ont les médecins sur la consommation occasionnelle, modérée et importante, une étude plus récente montre également la variabilité de ces connaissances chez les médecins généralistes français (Abel, Kruger, & Friedl, 1998) (OFDT, 2005).

La perception de la dangerosité de l'alcoolisation juvénile est aussi très variable selon le type de professionnels (Sosale, Finnegan, Schmid, Perry, & Wolfson, 1999).

La formation de ces professionnels paraît donc importante afin de mener des interventions de préventions efficaces et cohérentes.

#### c) Les parents :

L'intérêt d'une approche de prévention auprès des parents consisterait à aménager leurs compétences éducatives et relationnelles. Cela vient souvent en complément des programmes de prévention centrés sur les jeunes. Il est important de pouvoir s'appuyer sur le rôle éducatif modélisant des parents, qui est un facteur protecteur (INSERM, 2009).

Une enquête suisse sur les perceptions et attitudes parentales face aux consommations d'alcool de leurs enfants adolescents tenterait de souligner l'importance des compétences parentales. Il en ressort la perspective de développer des campagnes de sensibilisation destinées aux parents. Le but serait d'encourager à une moindre tolérance envers les consommations d'alcool chez les moins de 16 ans, de renforcer les compétences parentales en matière de communication sur l'alcool et retarder les premiers contacts à l'alcool (Donzé, 2008).

A. Braconnier met également en avant la position parentale dans l'idée d'un accompagnement « dans un mouvement initiatique », plutôt qu'une « éducation intellectuelle ». L'auteur tient compte de la tendance qu'a l'adolescent à s'opposer à ce qui vient du monde des adultes, et, donc, l'accompagnement « dans un mouvement initiatique » nécessite une certaine autorité parentale, mais avec l'idée d'un accompagnement personnalisé et répété (Braconnier, 2002).



« Le rôle des parents est très important dans le rapport que va entretenir un adolescent avec l'alcool. Il est donc primordial d'inciter les parents au dialogue avec leurs enfants et ce, sans diaboliser ni banaliser la consommation du produit », souligne le Professeur D. Bailly (Bailly, Alcool, drogues chez les jeunes : agissons, 2009).

Fortin parle d'un « rôle éducatif modélisant de parents sachant poser des limites sans une rigidité source de transgression protestataire. » (Fortin, 2003)

### C) Les intervenants :

Comme nous l'avons vu plus haut, il peut s'agir des enseignants, ainsi que des professionnels de santé, des représentants de la justice ou des médias.

#### a) Dans le milieu scolaire :

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.

Une intervention doit s'inscrire dans une démarche réfléchie afin d'avoir quelque efficacité. 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 jugements et mettant l'accent sur le développement de compétences sociales, émotionnelles et cognitives (DGESCO & MILDT, 2006).

Il est également préconisé de travailler sur les compétences sociales dans la population générale ou scolaire (relation avec les pairs, capacité à résister à la tentation), et sur des compétences plus spécifiques dans les populations à risque (gestion de la colère, capacité d'autorégulation).

Selon des travaux de méta analyse les démarches d'influence sociales sont à même d'influer les consommations de substances psychoactives, ceci même dans les populations à risque (Tobler, 2000) (Sussman, et al., 2004) (Roe & Becker, 2006).

#### b) Les professionnels de santé :

Il peut s'agir des infirmiers scolaires, du médecin généraliste, ou du médecin urgentiste.

Le médecin généraliste peut avoir 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 (D'huart, 2007).

Les professionnels de santé ont également un rôle à jouer, en particulier au moment d'un accident ou d'une tentative de suicide (c'est-à-dire aux urgences hospitalières). Selon Graham, il conviendrait de poser systématiquement aux adolescents la question de la consommation d'alcool afin de leur offrir l'opportunité de discuter sur ce problème ou de les diriger vers une prise en charge appropriée (Graham, 1996).

### c) Les médias :

Cette action peut consister en des messages d'avertissement sur les produits, en des messages publicitaires préventifs utilisant les supports radios, télévisés voire internet.

Les adolescents sont très sensibles à l'émotion. Les publicitaires ont donc beaucoup utilisé les images chocs pour sensibiliser les adolescents dans leur message de prévention. Cependant, si l'impact de ces publicités reste éphémère selon l'INPES, il servirait à la réduction des risques immédiats.

Une enquête tendrait à montrer que les étudiants sont d'autant plus sensibles aux images qu'ils ne se sentent pas concernés (Fortin, 2003). Et à l'inverse les étudiants avec des comportements à risque développeraient des conduites de déni les mettant à l'abri d'une remise en question. Selon cette enquête cette démarche tendrait à être un renforcement dissuasif de ceux qui choisissaient déjà entre la conduite et l'alcool. Une étude américaine va également dans ce sens : les personnes qui conduisent moins souvent en état d'ébriété sont les plus sensibles aux messages préventifs, et les messages avec une approche empathique seraient plus efficaces que ceux qui sont avec une approche fondée sur la peur ou l'information. Cette étude concernait cependant des adultes (Santa A.F., 2008).

Une étude passant en revue les différentes stratégies de prévention pointe l'impact moindre de ces messages de prévention face aux efficaces stratégies de marketing des alcooliers. S'il y a quelque impact de ces messages, il se joue essentiellement sur l'information, et beaucoup moins sur les comportements. Mais Babor constate dans sa revue de la littérature qu'il existe beaucoup plus de preuves d'inefficacité de ces messages, peu d'études retrouvant un impact positif de ces messages (Babor, et al., 2003).

### D) Le lieu de l'intervention

Les temps et lieux d'écoute et de paroles peuvent être divers, mais doivent permettre à l'adolescent de s'exprimer, notamment sur les effets contradictoires ressentis avec l'alcool.

#### a) Le milieu scolaire :

De par sa mission éducative, il est très impliqué dans la prévention liée aux substances psychoactives.

Dans la majorité des cas l'intervention a lieu dans l'école. Mais, pour des programmes destinés aux groupes à haut risque, comme les enfants d'alcooliques par exemple, l'école ne donne pas suffisamment de garantie de confidentialité (INSERM, 2009).

#### b) Intervenir sur la communauté de manière plus large

Via les médias, les lieux festifs par la formation des professionnels (dans les bars, discothèques, cafés), les médecins généralistes et autres professionnels travaillant avec les adolescents.

Une étude a étudié la consommation d'alcool chez les adolescents sortant en discothèque : le fait de sortir fréquemment (plus d'une fois par mois) en discothèque multiplie environ par deux la probabilité d'être un consommateur régulier d'alcool par rapport à une personne qui n'y va pas

ou rarement. (Cette étude se garde d'établir une relation causale entre sorties en discothèque et consommation de substances psycho actives). Elle souligne l'importance de la mise en place de politiques préventives au sein des discothèques. En effet, non seulement la discothèque est le lieu privilégié des ivresses des adolescents, mais de plus, un quart des personnes qui ont conduit lors de leur dernière sortie et qui sortent régulièrement en discothèque a déclaré avoir bu plus de cinq verres d'alcool au cours de la soirée. (De Peretti, Beck, & Legley, 2003).

Sur les lieux festifs, il s'agit notamment de prévenir les conséquences liées à l'ivresse. La prévention ne doit pas concerner que les risques routiers, elle doit également intéresser les risques liés à la désinhibition et à l'ivresse. Il est aussi important d'être attentif aux messages préventifs, en effet les messages où l'on insiste pour désigner le conducteur qui ne boit pas (« celui qui conduit c'est celui qui ne boit pas ») pourraient tendre à autoriser les autres passagers à « se lâcher ».

Parmi les actions orientées vers la prévention des risques d'accidents liés à l'alcoolisation excessive, la formation des professionnels de nuit à l'identification des signes précoces d'ivresse semble actuellement la plus porteuse d'espoir (Assailly, 1998). D'autres mesures concrètes, comme l'alcoolémie zéro pour les jeunes, l'augmentation des prix de l'alcool dans les bars ou l'organisation du raccompagnement, se montrent efficaces (INSERM, 2009).

En revanche, selon l'expertise de l'INSERM, les campagnes médiatiques ainsi que l'autocontrôle avant la prise du véhicule n'ont pas donné les résultats escomptés (INSERM, 2009).

#### E) Le but et les méthodes :

##### a) Le but

Il s'agit de limiter les risques liés à l'ivresse, d'aider à être conscient de sa propre consommation d'alcool et à avoir une consommation responsable, de traiter l'alcoolisation juvénile. Dans cette perspective, il ne s'agit donc pas d'interdire la consommation, ce qui paraît impossible, mais de permettre un choix, dont celui de l'abstinence, dans des conditions spécifiques. Le ton ne doit donc pas être moralisateur, il est important de s'intéresser aux bénéfices attendus de la consommation d'alcool et, donc, aider l'adolescent à ne pas perdre ces bénéfices en proposant des solutions alternatives (INSERM, 2009).

Le bénéfice au changement doit apparaître pour amener l'adolescent à s'interroger, notamment évoquer les bénéfices immédiats (par exemple, le poids, la séduction) et à moyen terme (la réussite scolaire). En sachant que pour les bénéfices à long terme (diminution des risques de cancer), l'adolescent peut se sentir moins concerné.

##### b) Développer des compétences

Certaines méthodes visent à développer les compétences sociales, émotionnelles et cognitives des enfants et des adolescents.

Nous avons déjà évoqué les différentes fonctions que peuvent avoir les consommations d'alcool chez l'adolescent, notamment les fonctions festives, anxiolytiques. Valoriser les compétences personnelles, apprendre à gérer le stress différemment que par la consommation de substances psychoactives, valoriser des moments de convivialité sans alcool sont des stratégies intéressantes de prévention.

Des méta-analyses soulignent que les démarches d'influence sociale sont à même d'infléchir les usages de substances psychoactives, y compris auprès des groupes à risques (Sussman, et al., 2004) (Tobler, 2000) (Roe & Becker, 2006). Elles consistent à stimuler la résistance à la pression sociale exhortant à la consommation, qu'elle soit active ou passive, par l'assimilation d'un modèle social ou par la reconnaissance d'une surestimation supposée des consommations des pairs. Il s'agit ici d'amoindrir l'acceptabilité des usages de drogues.

Dans ces mêmes études, il est montré que les programmes de prévention interactifs qui favorisent le développement de compétences relationnelles entraînaient une réduction significative de la consommation de substances psychoactives en comparaison avec les interventions non interactives (Tobler, 2000).

### c) Informer

Les méthodes informatives : elles visent à développer les connaissances sur le produit, notamment les risques des consommations abusives, les seuils de tolérance, la législation. L'information peut concerner la consommation d'alcool seule ou plusieurs substances psychoactives.

Les campagnes de prévention dont le programme repose sur l'information des effets et des conséquences de la consommation d'alcool, apparaissent pour certains adolescents inefficaces, notamment chez des adolescents en recherche de sensations, ou avec un fonctionnement ordalique, pour qui le risque aurait un pouvoir attractif. (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psychoactives, 2001) Deux chercheurs hollandais ont étudié l'impact de différents modèles de prévention sur la consommation des jeunes. Il en ressort que les approches centrées sur la peur ou sur l'information ont un effet négatif inverse, contrairement aux approches centrées sur les personnes et leurs problèmes qui laissent la place à la rencontre et au dialogue (De Haes & schuurman, 1975). S'appuyer sur des interventions uniquement informatives ne serait pas intéressant dans une perspective de changement des comportements.

Les travaux publiés mettent en évidence la nécessité d'orienter les actions vers la prévention du passage de la consommation occasionnelle à une consommation plus régulière, vers la prévention des risques liés à une consommation excessive (comme l'ivresse), et vers la promotion du bien-être psychologique des adolescents comme moyen de prévention de toute consommation.

L'apport de connaissances ne peut en aucun cas constituer le seul mode d'action. La prise en compte de l'expérience des jeunes en fonction de l'âge et de la participation active de la famille reste des points forts à développer.

La formation des acteurs (enseignants, médecins, infirmières) est un préalable indispensable aux actions.

## 2. Les actions de prévention en France :

### A) Evaluation des actions de prévention

Il est à remarquer un grand contraste entre les publications anglo-saxonnes et françaises dans le domaine des actions de prévention. Il existe peu d'articles français et ils sont rarement publiés dans des revues scientifiques. En France, le manque de bases scientifiques des actions et l'absence d'évaluation sont notables (INSERM, 2009).

Dans son expertise, l'INSERM constate un profond clivage entre les équipes de recherche qui produisent des données socio épidémiologiques et les acteurs et décideurs de l'éducation pour la santé qui mettent en place les actions de prévention. Ce clivage tendrait à s'accroître du fait de la fragmentation des recherches et des processus décisionnels. Toujours d'après l'INSERM, « la plupart des actions partent de constats « impressionnistes » et qualitatifs s'appuyant sur des faits divers, des opinions, des craintes... ». Les différents acteurs agissent de manière indépendante et non concertée. Les compétences des jeunes et de leurs familles ne sont souvent pas prises en compte. L'évaluation des actions par un organisme indépendant est rare. Les moyens et les objectifs ne sont pas toujours clairement précisés.

En France, comme dans la plupart des pays, la prévention a évolué ; nous sommes passés d'une prévention de toute consommation de produits psycho actifs vers la prévention des risques liés à la consommation abusive. Mais parfois le produit a complètement disparu dans le discours préventif plus global « des conduites à risques » (absentéisme, accidents, suicides, violence...). Alors que les auteurs étrangers, dans un souci pragmatique, proposent d'ancrer les actions de prévention aux processus de consommation tels qu'ils se présentent dans leurs diversités chez les adolescents.

Le rapport de l'INSERM critique également une approche globale favorisant la prévention de la dépendance et non la consommation du produit. Nous l'avons déjà vu rares sont les jeunes dépendant à l'alcool, ce qui laisse à penser qu'ils peuvent se sentir peu concernés par ce type de discours. Ensuite une approche globale de prévention ne tient pas compte des différents modèles de consommation selon leurs valeurs sociales et culturelles.

Le rapport met également en garde contre l'intervention de la police dans les établissements scolaires, qui serait encore très répandue en France.

Les actions menées en France présentent cependant des aspects reconnus universellement comme favorables à l'efficacité et à la qualité des interventions, à savoir : un fort ancrage communautaire (multiples partenariats) ; une forte implication des divers acteurs de l'école, apportant des garanties sur le bon déroulement de l'action ; le désir d'impliquer les parents ; le désir d'améliorer la vie dans l'établissement.

### B) Quelques dispositifs français :

En France, il existe de nombreux dispositifs d'intervention dans le milieu scolaire. Le rapport de l'INSERM souligne trois actions : en direction de la population scolarisée, en direction de jeunes en errance et la mise en place de « points écoute jeunes ».

a) Le CESC (Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) :

Développé dans les années 90, il s'agit de dispositifs de mobilisation des ressources dont l'objectif est la prise en charge globale des difficultés rencontrées par les jeunes dans les établissements scolaires. Un des axes d'action est d'organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement.

Ce dispositif compte une équipe pluridisciplinaire qui mobilise au moins dix personnes dont : le chef d'établissement obligatoirement président du CES, un CPE, des enseignants, une infirmière scolaire, une assistante sociale scolaire, un médecin scolaire, des parents, des représentants de la mairie, des représentants de la police ou la gendarmerie, des représentants d'associations de prévention.

L'évaluation de ce dispositif effectuée en 1997 en montre les avantages (projet permettant la mobilisation des équipes et la mise en place d'actions, avec financements de la Mildt) et les inconvénients (absence d'analyse des besoins, faible capacité d'action des établissements, faible implication des acteurs, difficultés liées au partenariat). Toutefois, selon l'auteur de l'évaluation, une « dynamique d'amélioration a été enclenchée » (Ballion, 1999).

Un rapport de 2004 constate que 20% des établissements scolaires n'ont pas de CESC en 2003, sa création n'étant pas obligatoire. Certains chefs d'établissement craindraient que leur création ne porte atteinte à l'image de leur établissement en mettant l'accent sur certains phénomènes. Selon le rapport, la participation au CESC repose sur un noyau motivé, certes, mais qui a souvent du mal à essaimer dans la communauté éducative et finit par connaître un phénomène d'usure (Mamecier, Ravery, Boutet-Waiss, Sallé, & Naves, 2004).

b) Les Cemea (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives) :

Ils constituent un réseau de formation, d'organisation et d'animation des centres de vacances qui, depuis fin 1990, s'est investi dans les réflexions et les actions sur des questions d'enfance et de jeunesse.

Leur objectif est notamment de répondre au désir de valorisation des jeunes. Ils agissent par le développement des procédures d'individuation et les processus de responsabilisation et d'autonomie de la personne. Ils s'appuient sur les situations d'échanges et d'aides au sein des groupes. Ils développent les formes d'apprentissages qui se construisent à partir de l'activité et du milieu. (CEMEA, 2008).

c) Les points d'accueil et d'écoute jeunes :

Le but des points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) est de s'inscrire dans une démarche préventive et de permettre aux jeunes une « mise en parole » de leurs difficultés auprès de personnes ressources (soignants, éducateurs, psychologues, représentants des organismes chargés de l'emploi).

Dans le rapport rendu par Jacob et coll., une quarantaine de points écoute jeunes sont analysés. Les auteurs dégagent les lignes de force du dispositif, à savoir : une capacité d'action non médicalisée sur les problématiques de l'adolescence et plus particulièrement sur les perturbations de la relation parents adolescents ; une capacité d'action auprès des personnes éloignées des

institutions et services d'aide, de prévention et de soins ; la compétence à traiter des conduites à risque, quel que soit le degré d'implication des publics dans la consommation de produits psychoactifs ; la forte insertion dans une dynamique partenariale et plus généralement dans une dynamique locale, qui rend possibles les actions engagées (Jacob, Joubert, & Touze, 2000).

d) Les maisons des adolescents :

Depuis 2004 le gouvernement a souhaité qu'il y ait une maison des adolescents dans chaque département et en a prévu le financement dans le cadre d'un programme sur cinq ans. Les maisons des adolescents ont pour mission d'informer, conseiller, accompagner les adolescents, leurs familles et les acteurs au contact des jeunes. Ce sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle, sociale et éducative. Pour ces raisons, elles travaillent en réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire donné.

Les MDA s'adressent également aux parents d'adolescents. Elles ont pour mission de répondre à leur besoin d'information et d'accompagnement. Ces actions peuvent être individuelles ou collectives (Ministère du travail, de la solidarité, de la fonction publique, 2009).

Une évaluation de chaque dispositif au bout de trois ans de fonctionnement est prévue : Les premières maisons des adolescents ayant ouvert courant 2006, cette évaluation démarrera en 2009.

C) La prévention sur un plan médical

a) Les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé)

Nous avons vu les programmes d'interventions, qui s'adressent plutôt à la population adolescente générale (surtout dans les programmes d'intervention en milieu scolaire) voire aux populations à risque. Mais qu'en est-il de la prise en charge de ces adolescents qui arrivent alcoolisés aux urgences, c'est-à-dire dans ce qui peut être une situation de crise ?

Selon la HAS qui a établi des recommandations dans ce contexte:

L'alcoolisation des adolescents est souvent présentée et tolérée comme exceptionnelle, initiatique. En fait, l'adolescent hospitalisé pour une ivresse éthylique aigüe 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 d'ailleurs fréquente, 20 à 30 % des tentatives de suicide associent médicament et alcool.

Elle doit être très proche de la prise en charge de la tentative de suicide de l'adolescent (ANAES, 2001).

- 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 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.

- La prise en charge après les urgences

- Faut-il hospitaliser ?

L'hospitalisation des IEA de l'adolescent doit être la règle après le passage aux urgences. La plupart des adolescents vus dans ce contexte ne relèvent 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.

Biederman, dans un article, constate que la gravité des conséquences de l'alcoolisme motive une action « forte » chez l'adolescent même si cette action n'a pas été encore évaluée (Biederman, Faranoe, Monuteaux, & Feigner, 2000).

Le temps minimal d'observation pourrait être de 72 heures.

- 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. Le risque est de fixer la pathologie : « Plus je suis coupable à vos yeux, plus solide deviendra mon identité dans ma solitude mais aussi dans ma liberté » (J. Genet).

L'orientation vers un groupe d'alcooliques ou d'anciens alcooliques ne semble 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.

b) Evaluation de la conduite à risque :

Toujours dans le contexte médicale, que ce soit lors de consultations ou de prise en charge aux urgences, il peut venir se poser la question suivante, qu'il s'agisse d'une alcoolisation aigue ou d'une autre conduite à risque : quand s'inquiéter d'une conduite à risque ?

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question. S'appuyer sur des entretiens qui permettront de recueillir des données sur les conduites à risque est important.

Ces données concernent (Michel, La prise de risque à l'adolescence, 2001) (Marcelli & Braconnier, 2008) :

- La répétition d'une conduite (ivresses à plusieurs reprises, ou autres telles qu'absentéisme scolaire, bagarres répétées, plusieurs accidents de la voie publique impliquant des lésions ou fractures graves).



- La répétition d'une même conduite pendant une période de plus de trois mois voire six mois ou plus.
- Le cumul de souffrance et/ou de déviance avec l'apparition de nouvelles conduites s'ajoutant aux précédentes.
- Les évènements de vie négatifs aussi bien pour les adolescents eux-mêmes que leur proche environnement (déménagement, maladie, accident des parents, chômage, etc.).
- Profil psychologique (par exemple : type de personnalité telle que la recherche de sensation).
- Antécédents psychopathologiques comme les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les tentatives de suicides, les troubles du comportement perturbateurs...
- Les antécédents psychiatriques familiaux.
- La qualité du soutien psychosocial : Le groupe des pairs, le soutien familial, la communication parents adolescent.

Comme nous l'avons vu précédemment, au travers de plusieurs ouvrages et travaux de recherche, ces éléments font partie des facteurs de vulnérabilité pouvant influencer sur des consommations abusives d'alcool.

Le but étant de situer ces conduites à risque dans le normal ou le pathologique afin d'orienter vers une éventuelle prise en charge.

Pour qu'une prévention soit efficace, il faut privilégier une prévention globale, « écologique », dans ce sens, il existe des textes législatifs sur le plan national, et des projets de stratégie sur le plan mondial.

#### D) Textes législatifs :

Les mesures législatives sont issues de la loi Evin (Loi 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, 1991), dont certaines dispositions ont par la suite été modifiées, notamment en ce qui concerne les publicités en faveur des boissons alcoolisées (Nordmann, 2007). Les principales dispositions actuelles du Code de Santé Publique susceptibles d'influencer la consommation d'alcool par les jeunes peuvent être résumées de la façon suivante :

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

- Quatre catégories de licences sont définies pour les débits de boissons à consommer sur place, celle de première catégorie étant une « licence de boissons sans alcool » (article L3331-1).
- Dans tous les débits de boissons, un étalage de boissons non alcooliques mises en vente dans l'établissement est obligatoire (article L3323-1).
- Il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre vingt-deux heures et six heures, dans les points de vente de carburant (article L3322-9).
- La vente et la distribution de boissons alcooliques sont interdites dans tous les établissements d'activités physiques et sportives (stades, gymnases,...
- Le maire peut cependant accorder des autorisations dérogatoires temporaires... dans la limite de dix autorisations annuelles pour chacun des groupements sportifs agréés qui en fait la demande (article L3335-4).
- La propagande ou la publicité en faveur des boissons alcooliques sont autorisées dans la presse à l'exclusion des publications destinées à la jeunesse (article L3323-3).
- Une formation spécifique sur les droits et obligations attachés à l'exploitation d'un débit de boissons est obligatoire (article L3323-1-1).
- Une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison (article L 3341-1).

Trois articles sont intitulés « Protection des mineurs » :

- Dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, il est interdit de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques à consommer sur place ou à emporter (article L3342-1).
- Il est interdit dans les débits de boissons et autres lieux publics et à quelque jour ou heure que ce soit, de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de plus de seize ans, pour être consommées sur place, des boissons du troisième, du quatrième ou du cinquième groupe (article L3342-2).
- Il est interdit de recevoir dans les débits de boissons des mineurs de moins de seize ans qui ne sont pas accompagnés par leur père, mère, tuteur ou toute autre personne de plus de dix-huit ans en ayant la charge ou la surveillance.
- Toutefois, les mineurs de plus de treize ans, même non accompagnés, peuvent être reçus dans les débits de boissons assortis d'une licence de première catégorie (article L3342-3).

La complexité de ces trois articles est à souligner, car elle distingue 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 interdites 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 « 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 ajoute la difficulté pour eux d'apprécier l'âge exact du consommateur ou de l'acheteur (Karenty, Melihan-Cheinin, Martin, Larochette, Maro, & Larabi, 2006).

#### E) Résolutions émises par l'OMS :

L'OMS a élaboré un texte proposant des éléments de base, des buts, des objectifs et des principes directeurs pour un projet de stratégie mondiale, des domaines cibles et une série de politiques et d'interventions que les États Membres pourraient appliquer au niveau national (OMS, 2010). Les délégations des 193 États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sont, parvenues, à l'Assemblée de la Santé, à un consensus sur une résolution destinée à réduire l'usage nocif de l'alcool, notamment chez les jeunes.

La stratégie mondiale recommande dix domaines d'action, dont l'action des services de santé, l'action communautaire, les politiques de prix et la réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel.

La stratégie engage l'implication des politiques avec une planification et une application de stratégie de prévention et de traitement.

Dans ses recommandations l'OMS insiste sur l'impact du marketing, du rôle des prix de l'alcool et de la prévention de l'alcool au volant. Concernant les publicités, l'OMS les considère particulièrement cruciales pour les jeunes et adolescents. « Le marketing publicitaire fait appel à des techniques publicitaires et promotionnelles de plus en plus élaborées, notamment à des stratégies qui associent les marques d'alcool à des activités sportives ou culturelles », souligne le texte, non sans rappeler que la publicité utilise de nouveaux canaux plus difficiles à contrôler comme les courriels, les SMS ou les forums sociaux sur internet.

L'OMS propose donc de renforcer les réglementations et de mieux contrôler les activités de parrainage qui font la promotion de boisson alcoolisée.

Le document estime également nécessaire de faire jouer le levier des prix des boissons qui constituerait un bon frein à la consommation. Il propose « d'instaurer un système national d'imposition spécifique pour l'alcool, assorti d'un système de répression efficace, d'interdire ou de limiter les promotions directes ou indirectes sur les prix de l'alcool ».

Reste que le document est non contraignant et que sa mise en œuvre ne sera pas simple dans les pays les plus pauvres.

Si la prévention intervient au niveau légal en s'intéressant principalement à la « protection des mineurs ». Les dernières résolutions de l'OMS vont également dans ce sens, mais se sont plus particulièrement inquiétées du développement important du marketing pour la vente d'alcool aux jeunes.

Cependant, les alcooliers peuvent aussi avoir un rôle dans la prévention. Actuellement, une association regroupant des entreprises du secteur alcoolier, en partenariat avec le rectorat limousin, finance au niveau régional, une opération pilote en Limousin pour prévenir la consommation précoce d'alcool et les conduites à risque chez les jeunes. Ce programme s'appuie sur les études concernant les programmes les plus efficaces et s'appuient sur le développement de l'estime de soi et des compétences psychosociales, ceci afin de favoriser un comportement maîtrisé et responsable vis-à-vis des boissons alcoolisées.

Nous l'avons vu, la prévention de la consommation nocive d'alcool cherche à atteindre l'adolescent dans son quotidien, que ce soit au niveau de l'entourage familial, scolaire, médical voire festif. Elle recherche également une proximité géographique, par des structures de prévention présentes dans la ville, les lieux de vacances, de loisirs. De plus en plus, elle se propose dans l'accompagnement, dans la recherche de bénéfices pour l'adolescent, plutôt que dans un discours simplement informatif ou moralisateur. En cela, elle est adaptée au fonctionnement de l'adolescent, le but étant de repérer le plus d'adolescents en difficultés dans la population générale, mais aussi de les aider à développer leurs capacités personnelles.

## **VI] ETUDE CAS-TEMOINS : IVRESSE ET RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS.**

### 1. Objectifs

#### A) Objectif principal :

Nous avons vu que les conduites d'alcoolisation font partie des conduites à risque chez les adolescents.

D'après notre revue de la littérature, toute conduite d'alcoolisation n'est pas à stigmatiser, et peut signifier une conduite d'essai, une recherche de limites.

Mais les conduites à risque, peuvent également sous tendre un mal être, des interrogations, une difficulté que l'adolescent n'arrive pas à élaborer ou gérer autrement.

L'objectif principal est donc d'étudier la relation au risque des adolescents pris en charge dans une structure de soins pour une alcoolisation aiguë, en la comparant à celle de la population témoin. Nous comparerons aussi la différence de relation au risque au sein de la population « cas » entre les adolescents qui ont une consommation d'alcool à risque et les autres. Pour déterminer les consommations à risque, nous utiliserons le questionnaire du CRAFFT-test.

#### B) Objectifs secondaires :

Nous décrirons les consommations d'alcool de la population « cas ». Nous utiliserons le questionnaire CRAFFT, et quatre autres questions relatives à la consommation d'alcool au quotidien.

Nous étudierons dans notre population quels événements de vie sont associés au risque de prise en charge hospitalière pour ivresse éthylique aiguë. Puis nous préciserons le vécu stressant ou non de ces événements de vie.

## 2. Population et méthodes :

### A) Schéma d'études :

Nous nous sommes intéressés à la relation au risque qu'ont les adolescents pris en charge au sein d'une structure de soins pour une alcoolisation aigue. Nous les avons comparés à une population d'adolescents témoins dans une étude rétrospective cas-témoins.

Nous avons utilisé le questionnaire de fonctionnement ordalique, et en avons étudié trois domaines : la prise de risque, la valorisation de la prise de risque, la transgression. Ceci afin de connaître l'importance de la relation au risque dans ces domaines dans la population étudiée, en comparaison à la population témoin.

Nous avons également utilisé d'autres questionnaire afin d'étudier les autres facteurs de risque : les évènements de vie, le risque d'une consommation abusive dans la population de « cas ». Les questionnaires que nous utilisons sont les suivants : Alces de yeaworth, le CRAFFT-test.

### B) Populations étudiées :

#### a) Définition des cas :

Il s'agit d'adolescents reçus dans une structure de soins pour une alcoolisation aigue récente, et ce, quel que soit le taux d'alcoolémie.

#### b) Définition des témoins :

Il s'agit d'adolescents scolarisés dans la Haute-Vienne, que ce soit dans un cursus d'enseignement général, technologique ou pré-professionnel.

#### c) Critères d'inclusion et d'exclusion :

##### \* Critères d'inclusion :

- Individus âgés de 12 ans révolus à 18 ans révolus.
- Consentement de participation à l'étude remplie et signée par l'adolescent et ses parents.

##### \* Critères d'exclusion :

- Refus de participation à l'étude à posteriori.
- Absence, refus ou retrait de l'autorisation parentale écrite.
- Retrait de l'exercice de l'autorité parentale.
- Blessure ou handicap physique ne permettant pas de donner un consentement éclairé ou interférant avec la possibilité de participer à l'étude.

- Trouble mental ou déficit cognitivo-intellectuel définissant une incapacité à donner un consentement éclairé ou à participer à l'étude.

### C) Recueil de l'information

Nous utilisons un « cahier-questionnaire » comme outil de recueil d'information.

Ce cahier est constitué par :

- une lettre d'information
- les recueils de consentement
- un auto questionnaire
- un hétéro questionnaire

Les cahiers des « cas » et des « témoins » sont sensiblement les mêmes, la différence entre les « cas » et les « témoins » concerne la fiche remplie par le médecin.

### D) Variables étudiées :

#### a) Les données sociales informent sur :

- Le sexe
- L'âge
- La classe
- Le lieu de vie

#### b) Les données psychologiques et environnementales

Elles sont précisées par le questionnaire intitulé « recueil d'informations personnelles », et nous informent sur :

- La perception par l'adolescent de l'équilibre familial
- Les antécédents d'idées suicidaires
- Les antécédents de tentatives de suicide et leur nombre
- La nécessité perçue par l'adolescent d'un suivi
- Le suivi psychologique ou psychiatrique

c) Un « hétéro questionnaire » :

Rempli par le médecin, seulement chez les cas, précise :

- Les conditions de l'entretien (consultation, service d'hospitalisation ou d'urgences)
- Les antécédents psychiatriques personnels
- Les antécédents psychiatriques familiaux (tentative d'autolyse, de suivis, d'éthylisme)
- Les consommations personnelles (tabac, alcool, cannabis, psychotrope) et il est déterminé si selon l'adolescent elles sont occasionnelles ou régulières.
- S'il s'agit d'une alcoolisation préméditée ou impulsive.

d) La relation au risque

Nous utilisons le questionnaire de fonctionnement ordalique afin d'étudier la relation au risque dans les deux types de population. Pour cela, nous étudions trois domaines du QFO : la prise de risque (PR), la valorisation de la prise de risque ou vision positive de la prise de risque (VP), la transgression (TR), qui ont été définis par Cardéna1 et al. (Nous n'avons pas pris en compte la composante « croyance »).

Dans ce questionnaire existe un codage : il varie de 1 pour « pas du tout d'accord » à 4 pour « tout à fait d'accord ».

Par contre certains items du questionnaire ont été inversés, pour éviter « le phénomène d'attraction des réponses positives » : 18, 19, 21, 23, 24, 38, 43, 44, 48, 55, 66.

Le codage est donc inversé pour ces items : on cote de 4 pour « pas du tout d'accord » à 1 pour « tout à fait d'accord ».

Ainsi chaque composante obtient une fourchette de variation de score :

- $26 < PR < 104$
- $9 < VP < 36$
- $19 < TR < 76$

Ces composantes nous permettront de comparer les relations au risque des deux populations de l'enquête.

Ce questionnaire a été développé par Cardéna1, Szultman et Schmitt. Il s'intéresse aux prises de risques qui s'apparentent au fonctionnement ordalique. Ce questionnaire ne mesure pas l'intensité des conduites ordaliques déjà existantes chez un sujet, mais il permet de repérer chez un sujet un éventuel fonctionnement ordalique (Cardéna1, Sztulmanb, & Schmitt, 2007).

Les auteurs partant du principe qu'un sujet qui développe des conduites ordaliques possède un fonctionnement ordalique qui sous tend ces conduites.



Pour établir ce questionnaire, les auteurs se sont référés aux conclusions de M. Valleur dans son rapport du Groupe Recherche et d'Etudes sur les Conduites Ordaliques (il s'intéressait à la recherche d'un indice ordalique dans les addictions).

Dans un fonctionnement ordalique coexistent donc la conscience chez le sujet de la prise de risque, la perception du risque comme une épreuve positive, la prise de risque dans de différents domaines, la dimension de transgression consciente ou volontaire, l'adhésion en des croyances animistes en la chances ou superstitieuses. Il a donc été développé quatre domaines dans le QFO.

Pour notre étude, nous comparerons les deux populations d'adolescents dans leur rapport au risque, en nous intéressant à trois dimensions du QFO : la « prise de risque », la « vision positive de la prise de risque », la dimension « transgressive » de la prise de risque. Ce sont des dimensions que l'on retrouve dans d'autres théories interprétatives des conduites à risque.

- La dimension « prise de risque » : évalue la propension du sujet à s'engager dans des activités dangereuses dans différents domaines : activités sportives, conduite dangereuse au volant, conduites sexuelles à risque...

Elle interroge sur les risques physiques des prises de risque

Elle s'intéresse à certaines caractéristiques psychologiques (rivalité, se distinguer des autres)

- La dimension « vision positive de la prise de risque » : Elle questionne le sujet sur la valeur qu'il attribue à la prise de risque et aux preneurs de risque.

Elle s'intéresse également à la dimension narcissique de la prise de risque.

- La « dimension transgressive » : Évalue le rapport à la loi, aux règles, aux interdits et la tendance à prendre des risques transgressifs.

Ce questionnaire a pu être validé par deux études.

- Une première étude a consisté à faire passer le questionnaire parmi les étudiants de campus toulousains de divers niveaux d'études. Ce qui a permis une analyse factorielle, une mesure de la consistance interne, de la corrélation entre les facteurs, et de la stabilité du questionnaire par un test-retest.
  - L'analyse factorielle a dégagé quatre facteurs qui correspondent aux quatre sous-échelles du questionnaire : prise de risque, transgression, vision positive du risque et croyance.
  - L'analyse par le coefficient alpha de Cronbach indique une consistance interne satisfaisante (les alpha de Cronbach sont supérieurs à 0.60 pour les quatre facteurs) dans cette étude.

- L'analyse de la corrélation entre les facteurs montre :  
Une forte corrélation entre le facteur VP et le facteur PR (r de Pearson=0.602),  
mais une corrélation moindre entre le facteur VP et TR (r de Pearson=0.443)

La corrélation est également modérée entre les dimensions prises de risque et transgression (r de Pearson=0.456).

Les facteurs CR et VP sont faiblement corrélés (r de Pearson=0.193)

Par contre il n'existe pas de corrélation significative entre les facteurs CR et PR et entre les facteurs CR et TR.

Les auteurs de l'étude avait alors pensé à une indépendance du concept de croyance par rapport aux autres dimensions. Mais dans une seconde étude tout les facteurs se sont révélés fortement corrélés, le r de Pearson variant de 0.76 à 0.90. La seconde étude s'intéressant à une population composée notamment de toxicomanes et non à une population tout venante, logiquement moins ordalisée, cette variation entre les deux études peut être expliquée par le changement de population.

- Le test-retest (avec une nouvelle passation des questionnaires 15 jours plus tard) montre une corrélation importante (r de Pearson compris entre 0.93 et 1 pour chaque item). Pour les auteurs, le haut niveau d'études des participants et la formulation très précise des items peuvent expliquer ces résultats.

- Dans une seconde étude, qui doit tester la sensibilité de l'outil, trois populations remplissent le questionnaire QFO (population témoin, sujets toxicomanes et sujets anorexiques), et en parallèle elles répondent également au questionnaire de l'échelle de recherche de sensation de Zuckerman (SSS).

Il en ressort des différences significatives dans les rapports au risque des différentes populations, dans les quatre domaines (les toxicomanes ayant les scores les plus élevés).

De plus, les dimensions du QFO apparaissent très corrélées avec les dimensions de l'échelle SSS.

e) Repérage d'une consommation d'alcool à risque : CRAFFT-Test :

Il s'agit d'un outil de dépistage d'usage nocif de l'alcool.

Il a été développé par des études américaines (Knight, Sheritt, Shrier, Harris, & Chang, 2002) (Knight, Shrier, Bravender, Farrell, Bilt, & Shaffer, 1999) un test composé de six questions dans le but de détecter l'usage nocif de substances psycho actives (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)

Cet outil a été nommé CRAFFT en référence aux six questions (*Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble*).

De ces deux études, il ressort que pour deux réponses positives ou plus, les tests ont une sensibilité de 0.92(1999) et 0.80(2002) et une spécificité de 0.82(1999) et 0.86(2002).

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.

La consistance interne dans les deux études est de  $\alpha = 0.68$ , et n'augmente pas avec la déletion d'items. La consistance interne paraît donc convenable.

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 (Karila, Legley, Beck, Corruble, Falissard, & Reynaud, 2007), l'autre s'est centrée sur le repérage de l'usage nocif d'alcool (Picard, Reynaud, Gerbaud, Clémment, & Perthus, 2002).

Dans l'étude de 2007, l'outil traduit en français est comparé à une échelle existante (POSIT), il est nommé CRAFFT-ADOSPA. Les sensibilités et spécificités de ce questionnaire pour des scores  $\geq 2$  sont intéressantes :

Sensibilité et spécificité de 0.95 et 0.77 pour des scores  $\geq 2$

Sensibilité et spécificité de 0.84 et 0.89 pour des scores  $\geq 3$

Les auteurs en concluent qu'un score  $\geq 2$  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 et montre des qualités de repérage de la gravité des consommations chez l'adolescent ou l'adulte jeune.

Mais l'outil de cette étude repère l'usage nocif de l'ensemble des substances psychoactives. Nous nous sommes donc intéressés à une précédente étude, dont le but était la validation d'un test de

dépistage en français de l'usage nocif d'alcool chez les adolescents (Knight, Sheritt, Shrier, Harris, & Chang, 2002).

C'est une enquête épidémiologique sur la prévalence des usages à risques et nocifs d'alcool à l'adolescence, où différentes versions françaises du CRAFFT-test ont été utilisées.

Des adolescents en milieu scolaire et médecine générale de la région de Clermont-Ferrand ont répondu à ces différents tests.

Il a donc été traduit en français les six questions d'origine et rajouté une septième question sur la conduite des deux roues en état d'ivresse.

- La première question dans l'étude américaine se traduisait par « *êtes-vous déjà monté(e) dans une voiture conduite par quelqu'un (vous y compris) après avoir consommé de l'alcool ?* »

Deux questions se posaient : le manque de sensibilité de cette question dans un pays où conduire ou être conduit après avoir consommé modérément de l'alcool est banal et non lié à une conduite abusive. Cette question a donc été modifiée en « qui avait trop bu ».

Le deuxième problème est qu'en France, le permis de conduire s'obtient à partir de 18 ans et non de 16 ans comme aux Etats-Unis. Les auteurs ont donc rajouté un septième item sur la conduite de véhicules à deux roues.

- La deuxième question s'intéresse à la consommation d'alcool dans le but de faire face à des situations de mal être (où l'adolescent pourrait être sensible à la pression du groupe ou à des conduites à risque).
- La troisième question évoque la consommation d'alcool en solitaire, jugée problématique (Gardien, 2007), et doit donc alerter le praticien si elle est positive.
- La quatrième question interroge sur d'éventuels oublis suite à la consommation d'alcool. Une réponse positive signe une alcoolisation massive.
- La cinquième question s'intéresse à la survenue de problèmes suite à l'alcoolisation. Elle fait également référence à la fréquence des alcoolisations, car on peut penser que pour avoir des problèmes après avoir bu, il faut généralement que la situation se répète.
- La sixième question interroge sur l'attitude de l'entourage face à une éventuelle consommation.

Il a donc été testé quatre versions françaises du CRAFFT-test : sept questions à réponses binarisées (CRAFFT1), sept questions à réponses à trois degrés (CRAFFT 4), six questions (première question supprimée) avec réponses binarisées (CRAFFT 2) ou à trois degrés (CRAFFT 3).

Pour valider ces tests, les auteurs se sont référés à une précédente enquête INSERM où les adolescents étaient considérés comme consommant régulièrement de l'alcool à partir de trois ivresses au moins par an.

- La cohérence interne : le coefficient kappa est inférieur à 0.5 pour toutes les questions entre elles, il n'y donc pas redondance des questions.
- Le coefficient non paramétrique de Spearman : mesure la corrélation entre les scores de chaque version et un critère externe : le nombre d'ivresses moyens par an des adolescents ayant déjà été ivres. Les quatre versions montrent des coefficients significativement différents de zéro et une reproductibilité élevée entre les deux paramètres.
- Courbe ROC : dans les quatre questionnaires, la validité de la courbe de ROC sont vérifiées (la valeur de l'aire sous la courbe est toujours nettement supérieur à 0.5). Le CRAFFT 3 a la valeur de l'aire sous la courbe la plus élevée (0.812) et la sensibilité au point d'inflexion la plus élevée (0.75) (le point d'inflexion le plus élevé se trouve pour un score supérieur à 1).

Les adolescents qui nécessitent une prise en charge du fait de leur consommation d'alcool ont eu au moins deux réponses positives, avec une sensibilité de 0.75 et spécificité de 0.76 pour la version CRAFFT 3.

Pour cette version du test, il a été enlevé la première question, jugée peu sensible, sa suppression fait augmenter la spécificité mais pas la sensibilité (importante dans un test de dépistage de masse).

Il a par la suite été fait varier le critère externe, c'est-à-dire le nombre d'ivresses par an. Le seuil le plus discriminant a été calculé à 4 ivresses au moins par an, avec une sensibilité de 0.81 et une spécificité de 0.75, pour deux réponses positives au moins et en utilisant le CRAFFT 3.

Les auteurs ne trouvent pas de différences significatives entre les quatre versions, ne pouvant conclure à une meilleure version à utiliser.

Nous avons donc choisi d'utiliser dans la thèse la version avec la meilleure sensibilité, c'est-à-dire le CRAFFT 3.

f) Questions concernant la consommation d'alcool :

Nous avons introduit quatre questions concernant la place que tient l'alcool dans la vie de l'adolescent : pour améliorer sa confiance en lui, à visée anxiolytique après des difficultés à l'école ; les conséquences de la consommation d'alcool sur la scolarité ; le vécu subjectif des consommations d'alcool.

g) Questionnaire d'événements de vie :

Un questionnaire d'événements de vie pour adolescents établi à partir de la traduction de l'échelle de Yeaworth, permettant de revoir avec l'adolescent le « film » de sa vie : quarante items centrés sur la vie familiale, scolaire, sociale, affective, la santé de l'adolescent et de noter, non seulement les événements vécus, la date de ces événements, mais aussi ceux vécus de manière particulièrement stressante (Yeaworth, Janet, Hussey, Ingle, & Goodwin, 1980) (Diwo, 1999).

## E) DEROULEMENT DE L'ENQUETE

a) Déroulement chronologique et géographique

Le recueil des données pour les sujets « témoins » a eu lieu d'Avril à Juin 2008. Pour les sujets « cas » il a eu lieu du 1/04/2009 au 9/08/2010.

Les enquêtes ont eu lieu en région limousine, avec la participation :

- De l'éducation nationale, et notamment des services de médecine scolaire
- Du pôle de pédopsychiatrie du CHU de Limoges
- Du service d'urgence pédiatrique de l'hôpital mère enfant du CHU du limousin
- Du service hospitalier de pédiatrie de l'hôpital mère enfant du CHU du limousin

b) Dispositions médico-légales :

Le recueil de consentement est rempli par l'adolescent et par le détenteur de l'autorité parentale. Ce recueil a été mené différemment en milieu hospitalier (pour les cas) et en milieu scolaire (pour les témoins).

- Pour la population « cas », il leur est remis deux exemplaires de recueils de consentement, dans chacun est demandé le consentement parental et personnel, un exemplaire est destiné à l'adolescent et sa famille, l'autre est conservé pour l'étude, attestant le recueil des consentements. Une lettre d'information accompagne l'exemplaire conservé par l'adolescent.  
Le recueil de consentement parental est obtenu au cours ou entre les consultations de l'adolescent.
- Pour la population « témoin », le service de médecine scolaire de l'Education Nationale a adressé un courrier aux chefs d'établissements et aux enseignants dont les classes ont été désignées. Puis un courrier a été adressé aux parents des adolescents concernés où leur été expliqué les modalités et objectifs de l'étude.  
Il leur était possible de ne pas consentir à ce que leur enfant participe à l'étude en se manifestant auprès de l'administration scolaire.

Les sujets « témoins » n'avaient donc pas dans leur « cahier questionnaire » de fiche de recueil de consentement parental.

c) Déroulement pour les sujets cas :

L'enquête pouvait être menée auprès de sujets « cas » rencontrés lors de différentes prises en charge thérapeutiques, et dans différents lieux de soins (et ce, en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion)

- Sujets hospitalisés dans le service d'urgence pédiatrique, ou dans le service hospitalier de pédiatrie de l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Limoges.
- Sujets hospitalisés dans l'Unité de soins institutionnels pour adolescents de la Villa Bellevue.
- Sujets pour lesquels une consultation d'urgence a été réclamée auprès du Centre fr Psychologie Clinique Infantile par un médecin traitant.

La passation des questionnaires était alors réalisée soit lors de la consultation en présence du pédopsychiatre, soit réalisée en dehors du cadre d'une consultation (mais toujours après que le patient ait été examiné une première fois par un pédopsychiatre), en présence d'un membre de l'équipe soignante (psychiatre, interne).

d) Déroulement pour les sujets témoins :

Avec la participation de l'Education Nationale et du service de santé scolaire, 20 classes de collèges et de lycées de la région ont participé à l'étude.

Le directeur de chaque établissement avait la possibilité de refuser l'enquête. Ces 20 classes ont été désignées de manière aléatoire parmi les classes de la région accueillant des adolescents de 13 à 18 ans.

Les établissements pouvaient être des structures d'enseignement général, ou des structures d'enseignement spécialisé pré professionnel, et ce, en milieu urbain ou rural.

L'échantillon comporte 346 sujets témoins. Ces adolescents sont scolarisés dans divers collèges et lycées du département de la Haute-Vienne (liste ci-dessous).

Médecins scolaires	Etablissements
Mme le Dr Biogeu	Collège le Dorat, lycée et LEP Bellac
Mme le Dr Bois	Collège et lycée Limosin et collège Nexon
Mme le Dr Larque	Collège Maupassant, LEP Turgot et Pagnol
Mme le Dr Moreau	Collège Rochechouart, Lycée Eluard St Junien
Mme le Dr Pradines	Collège Maurois, Lycée St Léonard, LEP St Exupéry
Mme le Dr Olinet	Collège Aix sur Vienne, LEP M.Bastie et Mas Jambost
Mme le Dr Raynaud	Collège Ronsard et Firmin Roz
Mr le Docteur Picot	Collège Saint Germain les Belles, LEP Jean Monnet
Mme le Dr Doladille	Collège Ventadour



La passation des questionnaires s'est déroulée en la présence et sous la tutelle des médecins scolaires.

Un temps de 75 mn était imparti aux adolescents pour remplir le cahier-questionnaire. Temps pris durant un temps d' « étude » ou après le déjeuner.

e) Modalité du recueil des données :

Le cahier a d'abord été testé auprès d'adolescents et corrigé à plusieurs reprises. La cinquième version a été retenue.

Avec l'aide de la cellule qualité du Centre Hospitalier Esquirol, la mise en page de la version définitive du cahier-questionnaire a été réalisée à l'aide du logiciel Le Sphinx (Version 5, Sphinx développement). Ce logiciel a permis la saisie informatique par scanner des données.

Le traité des données se fait de manière anonyme.

### 3. Les résultats

A) Répartitions des populations :

Nous avons interrogé 346 adolescents dans la population « témoin », et 31 patients dans la population « cas ».

a) Répartition selon le sexe :

*Répartition selon le sexe de la population « cas » et de la population « témoin » adressée pour alcoolisation aigüe (OH)*

		Population		Total	p(chi <sup>2</sup> )
		TEMOIN	OH		
un garçon	Effectif	159 (46,0%)	19 (61.3%)	178 (47.2%)	NS 0.101
une fille	Effectif	187 (54.0%)	12 (38.7%)	199 (52.8%)	
Total	Effectif	346 (100%)	31 (100%)	377 (100%)	

**Tableau 7**

Il n'existe pas de différence significative des distributions des sexes au sein des deux populations interrogées (p=0,10).

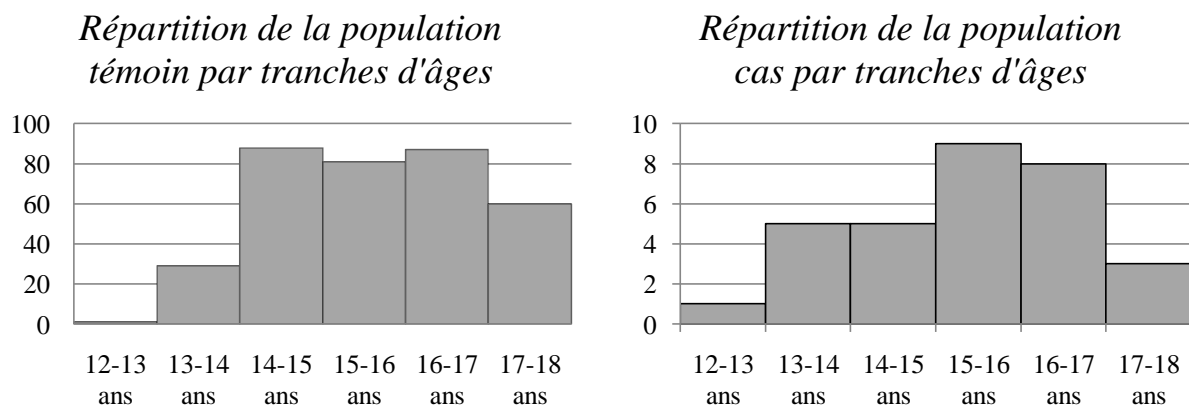
b) Répartition selon l'âge :

*Répartition de la population « cas » et la population « témoin » selon les âges*

	Population		
	Témoin	OH	
Moyenne des âges	15.69	15.42	NS (p=0.251)
Ecart-type	1.26	1.35	
Age maximum	12.87	12.61	
Age minimum	17.98	17.81	

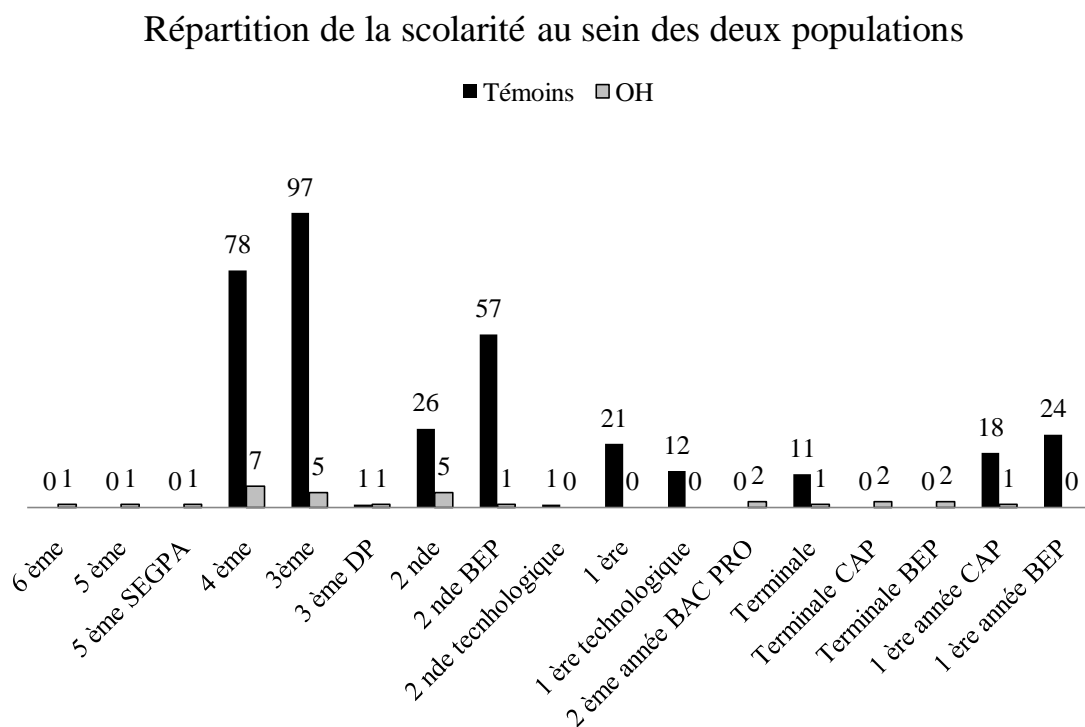
**Tableau 8**

On ne retrouve pas de différence notable dans la répartition des âges entre les deux populations : les moyennes d'âge et les âges minimum et maximum sont équivalents.



**Graphique 10**

c) Répartition selon la scolarité :



**Graphique 11**

Les populations restreintes dans chaque catégorie, notamment au sein de la « population-cas », ne permettent pas une comparaison.

Les classes les plus représentées dans la « population-cas » sont la 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, et seconde générale. Plus de la moitié des adolescents interrogés et pris en charge pour une alcoolisation aigue suivent un enseignement général.

B) Les conditions de vie :

- Le lieu de vie :

		Circonstances	
		TEMOIN	OH
chez mes parents	Effectif	329 (95.1%)	30 (96.8%)
dans un foyer	Effectif	1 (95.1%)	1 (3.2%)
dans une famille d'accueil	Effectif	6 (1.7%)	0 (0.0%)
Autre	Effectif	10 (2.9%)	0 (0.0%)

**Tableau 9**

Les populations vivant en foyer, famille d'accueil ou autres sont faibles dans les deux groupes.

C) Les informations personnelles :

Nous avons comparé les réponses des deux types de populations aux questions concernant les informations personnelles.

Nous les avons récapitulées dans les tableaux suivants (tab.10-11-12-13).

- La vie familiale :

		Populations				p(chi <sup>2</sup> )
		Témoins		Cas		
		N	%	N	%	
Estimez-vous que votre vie familiale est déséquilibrée ?	Non	285	82.4	24	77.4	NS 0.470
	Oui	61	17.6	7	22.6	

**Tableau 10**

17,6% des adolescents de la population générale estiment avoir une vie familiale déséquilibrée. Et 22,6% au sein des adolescents admis pour ivresse. La différence n'est pas significative p(=0.470)

- Le sommeil

		Populations				p(chi <sup>2</sup> )
		Témoins		Cas		
		N	%	N	%	
Estimez-vous que vous dormez bien ?	Non	123	35.5	12	38.7	NS 0.701
	Oui	223	64.5	19	61.3	
Vous faites trop de cauchemars ?	Non	303	87.8	27	87.1	NS 0.781
	Oui	42	12.2	4	12.9	
Vous réveillez-vous souvent dans la nuit ou tôt le matin ?	Non	227	66.2	20	64.5	NS 0.845
	Oui	116	33.8	11	35.5	
Vous avez beaucoup de difficultés à vous endormir?	Non	212	61.6	19	61.3	NS 1.00
	Oui	132	38.4	12	38.7	

**Tableau 11**

S'il n'existe pas de différences significatives statistiquement, il est à remarquer, que dans ces deux groupes, les troubles du sommeil sont présents dans un peu plus du tiers des cas.

- Antécédents d'idées suicidaires ou de tentatives de suicides :

		Populations				p(chi <sup>2</sup> )
		Témoins		Cas		
		N	%	N	%	
Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ?	Non	273	78.9	22	71	NS 0.362
	Oui	73	21.1	9	29.0	
Avez- vous déjà tenté de vous suicider ?	Non	317	91.6	27	587.1	NS 0.333
	Oui	29	8.4	4	12.9	

**Tableau 12**

Plus de 20% des adolescents de la population « témoin » disent avoir déjà eu des idées suicidaires.

- Suivi psychologique ou psychiatrique :

		Témoins		Cas		p(chi <sup>2</sup> )
		N	%	N	%	
Estimez-vous avoir besoin d'une aide sur le plan psychologique ?	Non	325	93.9	25	80.6	0.016*
	Oui	21	6.1	6	19.4	
Etes- vous suivi par un psychiatre ?	Non	333	96.2	26	86.7	0.038*
	Oui	13	3.8	4	13.3	
Etes- vous suivi par un psychologue ?	Non	331	95.7	26	86.7	0.016*
	Oui	15	4.3	4	13.3	

**Tableau 13**

Les différences dans les réponses apparaissent significatives pour ces trois questions. Les adolescents du groupe « cas » sont en pourcentage, plus nombreux à déclarer avoir des difficultés psychologiques et à avoir un suivi psychologique.

Ces mêmes adolescents affirment plus souvent présenter des troubles du sommeil, des difficultés familiales, et des antécédents d'idéations suicidaires, mais ces chiffres ne sont pas statistiquement significatifs.

D) Le suivi psychologique :

- Les suivis par les psychologues et par les psychiatres, chez les adolescents pris en charge pour ivresse.

		Etes-vous suivi par un psychologue ?	
		Non	Oui
Etes-vous suivi par un psychiatre ? (question posée dans l'auto-questionnaire)	Non	22	4
	Oui	4	0

**Tableau 14**

Ce tableau nous permet de dire que parmi les adolescents de l'échantillon « cas », il n'y a pas de suivi concomitant avec psychiatre et un psychologue. 4 sont suivis par un psychiatre, 4 sont suivis par un psychologue. 84.6 % des adolescents déclarent n'avoir aucun suivi.

Dans la fiche remplie avec le médecin, il y a une redondance de cette question. Par contre, les réponses sont différentes.



Ce que nous récapitulons dans le tableau suivant :

	Ont un suivi	N'ont pas de suivi
Selon l'auto-questionnaire	8	22
Selon la fiche remplis avec le médecin	14	17

**Tableau 15**

6 adolescents affirment avoir un suivi en présence du médecin, alors qu'ils répondaient le contraire ou ne répondaient pas à la question dans l'auto-questionnaire.

- Suivi et ressenti de la nécessité d'un suivi par les adolescents pris en charge pour ivresse

Nous avons comparé le suivi en place et le besoin d'une aide psychologique selon l'adolescent (dans les réponses de l'auto-questionnaire).

			Estimez-vous avoir besoin d'une aide sur le plan psychologique ?		
			Non	Oui	Total
SUIVI	non	Effectif	19 (79.2%)	3 (50.0%)	22 (73.3%)
	oui	Effectif	5 (20.8%)	3 (50.0%)	8 (26.7%)
Total		Effectif	24 (100.0%)	6 (100.0%)	30 (100.0%)

**Tableau 16**

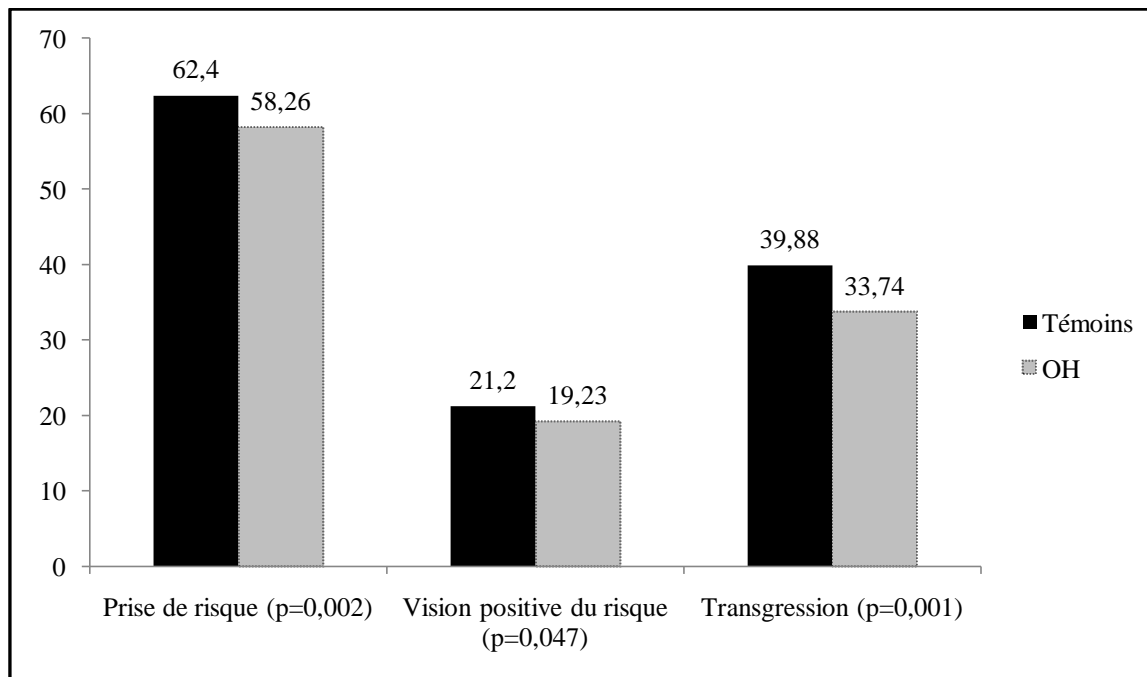
50% des adolescents qui estiment avoir besoin d'un suivi n'en ont pas.

26.7% des adolescents admis pour une ivresse éthylique sont suivis, soit près du tiers. Et, plus de la moitié parmi eux pensent ne pas en avoir besoin.

E) Relation au risque dans les populations cas et témoins :

- a) Comparaison des scores obtenus dans trois sous-domaines du questionnaire du fonctionnement ordalique entre la population « cas » et la population « témoin » :

### Scores moyens aux trois sous domaines du QFO dans les deux populations



**Graphique 12**

Les scores sont reportés dans le tableau ci-dessous :

*Scores moyens des deux populations dans les trois sous catégories*

	Populations	N	Moyenne	Significativité des différences de moyennes des scores entre les deux populations p(t-test)
Prises de risques	TEMOIN	346	62,24	0.002*
	OH	31	58,26	
Vision positive du risque	TEMOIN	346	21,20	0.047*
	OH	31	19,23	
Transgression	TEMOIN	346	39,88	0.001*
	OH	31	33,74	

**Tableau 17**

D'après les résultats, les adolescents du groupe « témoin » ont des scores moyens plus élevés par rapport aux adolescents du groupe « cas ».

Cette différence apparaît significative pour les trois thèmes : la prise de risque, la valorisation du risque et la transgression.

Les adolescents rencontrés pour une alcoolisation aigüe tendraient donc à prendre moins de risque à moins le valoriser et seraient moins transgressifs.

- Détail des résultats au questionnaire QFO :

19 questions apparaissent avec une différence significative des réponses des deux populations. Toutes les réponses montrent des scores plus élevés chez les témoins. Le libellé « ça m'exciterait de faire de la moto » a un score plus élevé dans la population « cas », mais avec une significativité limite.

12 questions ont obtenu des scores plus élevés chez le groupe « cas » mais cette différence n'est pas significative.

	Populations	N	Moyenne	Significativité de la différence des scores moyens p(t-test)
Cela m'exciterait de faire de la moto.	TEMOIN	346	2,66	NS 0,079
	OH	30	2,93	
Certains membres de ma famille, des amis proches, pratiquent un sport à risque ou sont de véritables casse-cou.	TEMOIN	346	2,20	0,000*
	OH	30	1,53	
Je trouve que faire des activités dangereuses permet d'impressionner les autres..	TEMOIN	346	2,11	0,034*
	OH	31	1,74	
Je ne volerais jamais quelque chose même si je sais ne pas pouvoir être pris	TEMOIN	346	2,34	0,005*
	OH	31	1,77	
Je joue souvent aux jeux de hasard (machines à sous, blackjack, loto, dés...).	TEMOIN	346	2,01	0.011*
	OH	31	1,55	
Je suis très attaché(e) aux traditions.	TEMOIN	346	2,22	0.001*
	OH	31	1,61	
Une vie calme et paisible serait pour moi ennuyeuse.	TEMOIN	346	2,92	0.043*
	OH	31	2,48	
J'admire le courage des personnes qui risquent leur vie dans des activités dangereuses	TEMOIN	346	2,76	0.036*
	OH	31	2,39	

	Populations	N	Moyenne	Significativité de la différence des scores moyens p(t-test)
Il m'est déjà arrivé de conduire sans permis ou du moins cela me tenterait bien	TEMOIN	346	2,05	0.005*
	OH	30	1,53	
Je ne comprends pas les jeunes qui lors des soirées " rave " ou en discothèque, consomment toute sorte de drogues sans connaître l'origine, la composition et les effets de celles-ci.	TEMOIN	346	2,06	0.048*
	OH	31	1,74	
Je trouve excitant de participer à des activités illégales ou immorales.	TEMOIN	346	2,00	0.002*
	OH	31	1,45	
J'ai tendance à ne pas respecter le code de la route (griller des feux, griller le stop, dépasser la limite de vitesse...).	TEMOIN	346	1,75	0.016*
	OH	29	1,45	
Je ne comprends pas les jeunes qui bravent l'autorité policière.	TEMOIN	346	2,42	0.020*
	OH	31	2,00	
Je suis prêt(e) à prendre le risque d'avoir une relation sexuelle sans préservatif avec une personne inconnue que je trouve excitante.	TEMOIN	346	1,62	0.000*
	OH	31	1,26	
Je me sentirais très mal à l'aise s'il m'arrivait de ne pas respecter les directives de mes patrons ou le règlement de l'entreprise dans laquelle je travaille.	TEMOIN	346	2,32	0.020*
	OH	31	2,00	

	Populations	N	Moyenne	Significativité de la différence des scores moyens p(t-test)
Je suis prêt(e) à réaliser des fantasmes sexuels inhabituels et un peu " fous " .	TEMOIN	346	2,85	0.000*
	OH	31	2,10	
J'ai déjà essayé l'ecstasy ou autres " pilules " semblables ou du moins j'aimerais bien.	TEMOIN	346	1,49	0.000*
	OH	30	1,17	
J'aime le danger parce que cela pimente la vie.	TEMOIN	346	2,39	0.007*
	OH	30	2,00	
Je considère les personnes qui jouent avec la vie et la mort, un peu comme des héros.	TEMOIN	346	1,76	0.019*
	OH	31	1,39	
Je suis prêt(e) à faire des courses de voitures (ou de moto) sur la voie publique	TEMOIN	346	2,01	0.011*
	OH	31	1,55	

**Tableau 18**

b) Relation au risque et usage d'alcool ou de drogue :

La question 39 dans la partie « événements de vie », enquête sur l'expérience qu'ont les adolescents de l'alcool ou des drogues (« usage de drogue ou d'alcool »).

Nous avons comparé la relation au risque en fonction de l'usage, vécu ou non, de drogue ou d'alcool.

- Comparaison usage de drogue ou d'alcool et relation au risque chez tous les adolescents participants à l'enquête.

Les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

	L'usage de drogue ou d'alcool	N	Scores moyens aux sous domaines de QFO	Significativité de la différence des scores moyens p(t-test)
Fonctionnement ordalique et prises de risques	Non	251	59.97	0.000*
	Oui	126	65.78	
Fonctionnement ordalique et vision positive du risque	Non	251	20.48	0.004*
	Oui	126	22.15	
Fonctionnement ordalique et transgression	Non	251	36.62	0.000*
	Oui	126	44.87	

**Tableau 19**

Il apparaît que les adolescents qui indiquent avoir déjà fait usage de drogue ou alcool tendraient à plus prendre de risque et transgresser, et à valoriser le risque.

Nous avons réalisé cette même comparaison parmi les adolescents du groupe « cas »

- Comparaison usage de drogue ou d'alcool et relation au risque chez les adolescents du groupe « cas »

	L'usage de drogue ou d'alcool	N	Scores moyens aux sous domaines de QFO	Significativité de la différence des scores moyens p(t-test)
Fonctionnement ordalique et prises de risques	Non	12	58.17	NS 0.953
	Oui	19	58.32	
Fonctionnement ordalique et vision positive du risque	Non	12	19.08	NS 0.888
	Oui	19	19.32	
Fonctionnement ordalique et transgression	Non	12	35.08	NS 0.485
	Oui	19	32.89	

**Tableau 20**

On ne retrouve pas de différences significatives entre ces deux groupes. Les scores des catégories « prise de risque » et « vision positive du risque » sont toutefois supérieurs chez les adolescents ayant déjà fait usage de drogue ou alcool.

- Comparaison usage de drogue ou d'alcool et relation au risque chez les adolescents du groupe « témoins » :

	L'usage de drogue ou d'alcool	N	Scores moyens aux sous domaines de QFO	Significativité de la différence des scores moyens p(t-test)
Fonctionnement ordalique et prises de risques	Non	239	60.06	0.000*
	Oui	107	67.10	
Fonctionnement ordalique et vision positive du risque	Non	239	20.55	0.001*
	Oui	107	22.65	
Fonctionnement ordalique et transgression	Non	239	36.69	0.000*
	Oui	107	46.99	

**Tableau 21**

Les adolescents de la population témoin qui ont déjà fait usage de drogues ou alcool ont des scores plus élevés dans le sens d'une prise de risque, de la valorisation de cette prise de risque et de la transgression



c) Comparaison des scores du CRAFFT et relation au risque chez les adolescents du groupe « cas » :

	Score au CRAFFT	N	Scores moyens aux sous domaines de QFO	Significativité de la différence des scores moyens p( t-test)
Prises de risques	<2	19	56.47	NS 0.059
	≥2	12	61.08	
Vision positive du risque	<2	19	19.37	NS 0.823
	≥2	12	19.00	
Transgression	<2	19	33.37	NS 0.724
	≥2	12	34.33	

**Tableau 22**

L'échantillon étant réduit, les résultats ne sont pas significatifs. Dans la catégorie « prise de risque »,  $p= 0.059$  ; dans ce domaine, pour confirmer que les adolescents qui tendent à avoir une consommation d'alcool à risque d'être abusive, (c'est-à-dire que le score CRAFFT  $\geq 2$ ) prendraient plus de risque que les autres, il faudrait peut être interroger plus d'adolescents pris en charge pour ivresse.

Les scores sont également plus élevés dans la catégorie de la « transgression ».

Si on détaille les réponses données aux QFO :

	Score au CRAFFT	N	Moyenne du score QFO à la question	Significativité de la différence des scores moyens p(t-test)
J'aime prendre des risques	<2	19	2,11	0.004*
	≥2	12	2,83	
Cela m'exciterait de faire du parapente ou du deltaplane	<2	18	2,44	NS 0,056
	≥2	12	3.17	
Je ne comprends pas les jeunes qui bravent l'autorité policière	<2	19	2,26	0.037*
	≥2	12	1.58	
J'ai déjà essayé l'ecstasy ou autres " pilules " semblables ou du moins j'aimerais bien.	<2	19	1.05	NS 0.076
	≥2	11	1.36	

**Tableau 23**

Seules quatre questions montrent une différence dans les réponses significative ou avec un score de significativité limite.

D'autres questions montrent des scores au QFO plus élevés chez les adolescents avec un score CRAFFT supérieur ou égal à 2. Mais ces différences ne sont pas significatives. Nous les détaillons dans le tableau 24.

Les questions « j'aime prendre des risques » et « je ne comprends pas les jeunes qui bravent l'autorité policière » y ont des différences significatives dans leurs réponses. Les adolescents qui ont une consommation d'alcool abusive tendraient à prendre plus de risque. Par contre ils braveraient moins l'autorité policière.

Les différences dans les réponses aux questions « cela m'exciterait de faire du parapente ou du deltaplane » et « j'ai déjà essayé l'ecstasy ou autres « pilules » semblables ou du moins j'aimerais bien » sont non significatives ( $p=0.056$  et  $p=0,076$ ), peut être du fait de la taille de l'échantillon. Les résultats iraient dans le sens d'une prise de risque : l'envie de pratiquer un sport à risque (deltaplane ou parapente) ou l'expérience ou l'envie d'expérimenter des toxiques types ecstasy ou autres pilules.

Pour confirmer cela, il faudrait interroger plus d'adolescents.

*Réponses avec des scores QFO plus élevés chez les adolescents avec un score CRAFFT supérieur ou égal à 2 (mais sans différence des scores significatives)*

	Score CRAFFT	N	Scores QFO	p (t-test)
Certains membres de ma famille, des amis proches, pratiquent un sport à risque ou sont de véritables casse-cou.	<2	19	1,47	0.566
	≥2	11	1,64	
J'aimerais tester (ou j'ai déjà testé) les sensations que procurent le fameux saut à l'élastique.	<2	19	2,32	0.514
	≥2	12	2.58	
J'aime les sensations que procure la vitesse.	<2	19	2,74	0.368
	≥2	12	3.00	
Je trouve que faire des activités dangereuses permet de relever des défis.	<2	18	2,22	0.925
	≥2	12	2.25	
Dans une fête foraine, je ne rate jamais l'occasion de monter dans un manège à sensations.	<2	19	3,05	0.585
	≥2	12	3.25	
J'aime jouer à des jeux d'argent.	<2	19	1,47	0.362
	≥2	12	1.75	
Je trouve insensées les personnes qui risquent leur peau en pratiquant des sports dangereux.	<2	19	2,74	0.766
	≥2	11	2,82	
J'éprouve souvent le besoin de me démarquer, de me distinguer des autres.	<2	19	2,26	0.372
	≥2	12	2.58	

	Score CRAFFT	N	Scores QFO	p(t-test)
Je ne volerais jamais quelque chose même si je sais ne pas pouvoir être pris	<2 ≥2	19 12	1.63 2.00	0.337
Je joue souvent aux jeux de hasard (machines à sous, black-jack, loto, dés...).	<2 ≥2	19 12	1,42 1.75	0.294
Les sensations fortes que procure l'alpinisme ne m'attirent absolument pas.	<2 ≥2	19 12	2,05 2.33	0.485
Je suis très attaché(e) aux traditions.	<2 ≥2	19 12	1,58 1.67	0.760
Je suis prêt(e) à faire ce qui me semble bon pour moi, sans regarder aux conséquences.	<2 ≥2	19 12	2,58 2.83	0.417
Cela m'exciterait de faire de la plongée sous-marine.	<2 ≥2	19 12	2,74 3.08	0.352
J'aimerais prendre (ou j'ai déjà pris) des drogues hallucinogènes (LSD, champignons...), pour voir les sensations qu'elles produisent sur moi.	<2 ≥2	18 12	1,39 1.58	0.542
Je suis prêt(e) à faire ce qui me semble bon pour moi, sans regarder aux conséquences.	<2 ≥2	19 12	2,58 2.83	0.417
Cela m'exciterait de faire de la plongée sous-marine.	<2 ≥2	19 12	2,74 3.08	0.352
J'ai déjà tenté de forcer la chance, la défier.	<2 ≥2	19 12	1,79 1.91	0.697
Je me sens souvent mis au défi par les autres.	<2 ≥2	19 12	1,84 2.33	0.139
Je ne comprends pas les jeunes qui lors des soirées " rave " ou en discothèque, consomment toute sorte de drogues sans connaître l'origine, la composition et les effets de celles-ci.	<2 ≥2	19 12	1,63 1,92	0.352
Je trouve beaucoup plus intéressant et excitant de faire du ski hors piste.	<2 ≥2	19 12	1,95 2.33	0.256
Je trouve excitant de participer à des activités illégales ou immorales.	<2 ≥2	19 12	1,37 1.37	0.359
Je suis plutôt une personne prudente qu'audacieuse.	<2 ≥2	19 12	2,53 2.83	0.305
J'ai tendance à ne pas respecter le code de la route (griller des feux, griller le stop, dépasser la limite de vitesse...).	<2 ≥2	18 11	1,33 1.64	0.156
Les gens qui n'osent pas prendre de risque sont des peureux, des " froussards ".	<2 ≥2	19 11	1,89 2.18	0.283
J'aimerais tester (j'ai déjà testé) les effets des drogues " dures " (héroïne, cocaïne) sur moi.	<2 ≥2	18 12	1,22 1.42	0.433
Il m'arrive d'avoir une conduite dangereuse au volant.	<2 ≥2	17 10	1,35 1.40	0.868
Je me sentirais très mal à l'aise s'il m'arrivait de ne pas respecter les directives de mes patrons ou le règlement de l'entreprise dans laquelle je travaille.	<2 ≥2	19 12	1,95 2.08	0.641

	Score CRAFFT	N	Scores QFO	p(t-test)
Les autres disent souvent de moi que je suis quelqu'un d'inconscient(e) et de casse-cou.	<2 ≥2	19 12	2,05 2.50	0.192
Je trouve que faire des activités dangereuses donne plus de valeur, plus d'importance.	<2 ≥2	19 12	1,79 1.83	0.877
J'aimerais fumer (ou j'ai déjà fumé) du cannabis pour voir les sensations que cela procure.	<2 ≥2	19 12	1,74 1.83	0.809
Je considère les personnes qui jouent avec la vie et la mort, un peu comme des héros.	<2 ≥2	19 12	1,37 1.42	0.836
J'aurais très peur de sauter en parachute.	<2 ≥2	19 12	2,89 2.92	0.956
D'une manière générale, je n'aime pas trop me plier à des ordres, des principes ou un règlement.	<2 ≥2	19 12	2,37 2.58	0.538
Je me rappelle avoir eu souvent dans ma vie des accidents, des blessures physiques, des fractures.	<2 ≥2	19 12	2,11 2.25	0.703

**Tableau 24**

Pour ces questions, les scores sont plus élevés chez les adolescents qui ont un score CRAFFT  $\geq 2$ , c'est-à-dire, dont la consommation est repérée comme à risque d'être nocive.

Elles concernent la pratique de sports à risque, les jeux d'argent, les consommations d'autres toxiques, la recherche de sensation, la recherche de prise de risque, la prise de risque sur la route, la valorisation de la prise de risque, la transgression.

Mais il n'existe pas de significativité dans la différence aux réponses.

Nous avons donc vu, qu'au sein de la population « cas », la relation au risque peut différer selon le caractère nocif ou non de la consommation d'alcool.

Nous allons donc détailler les réponses concernant la consommation d'alcool.

F) La consommation d'alcool

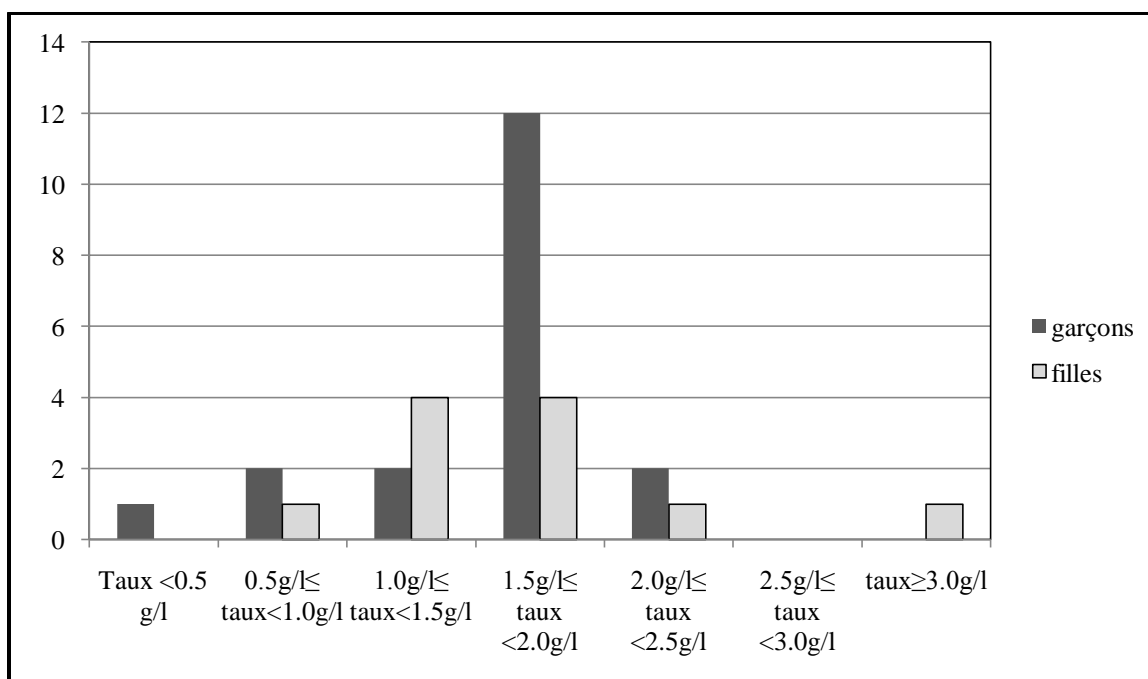
a) Les résultats d'alcoolémie :

- En fonction du sexe :

Alcoolémies	Garçons	Filles
Taux <0.5 g/l	1	0
0.5g/l ≤ taux <1.0g/l	2	1
1.0g/l ≤ taux <1.5g/l	2	4
1.5g/l ≤ taux <2.0g/l	12	4
2.0g/l ≤ taux <2.5g/l	2	1
2.5g/l ≤ taux <3.0g/l	0	0
taux ≥ 3.0g/l	0	1

**Tableau 25**

**Fréquence des taux d'alcoolémies en fonction du sexe**



**Graphique 13**

b) Les réponses aux questions sur les consommations d'alcool chez les adolescents admis pour ivresse :

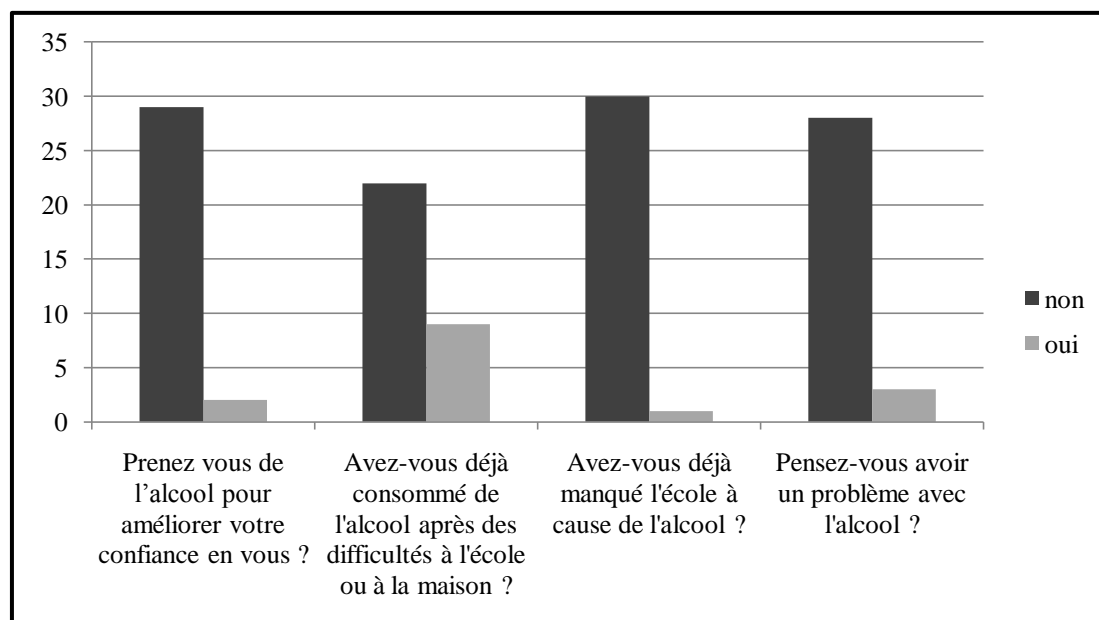
	Réponses	N	Pourcentage
Prenez vous de l'alcool pour améliorer votre confiance en vous ?	non	29	93,5
	oui	2	6,5
Avez-vous déjà consommé de l'alcool après des difficultés à l'école ou à la maison ?	Non	22	71,0
	Oui	9	29.0
Avez-vous déjà manqué l'école à cause de l'alcool ?	Non	30	96.8
	Oui	1	3.2
Pensez-vous avoir un problème avec l'alcool ?	Non	28	90.3
	Oui	3	9.7

**Tableau 26**

Parmi les quatre questions, les adolescents auraient plus tendance à consommer de l'alcool dans le cadre de difficultés à l'école ou à la maison.

Près de 10 % des adolescents interrogés en milieu hospitalier pensent avoir des problèmes avec l'alcool (tab.26, graph.14).

## EFFECTIFS DES REPONSES AUX QUESTIONS RELATIVES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL



**Graphique 14**

c) Les résultats au questionnaire CRAFFT :

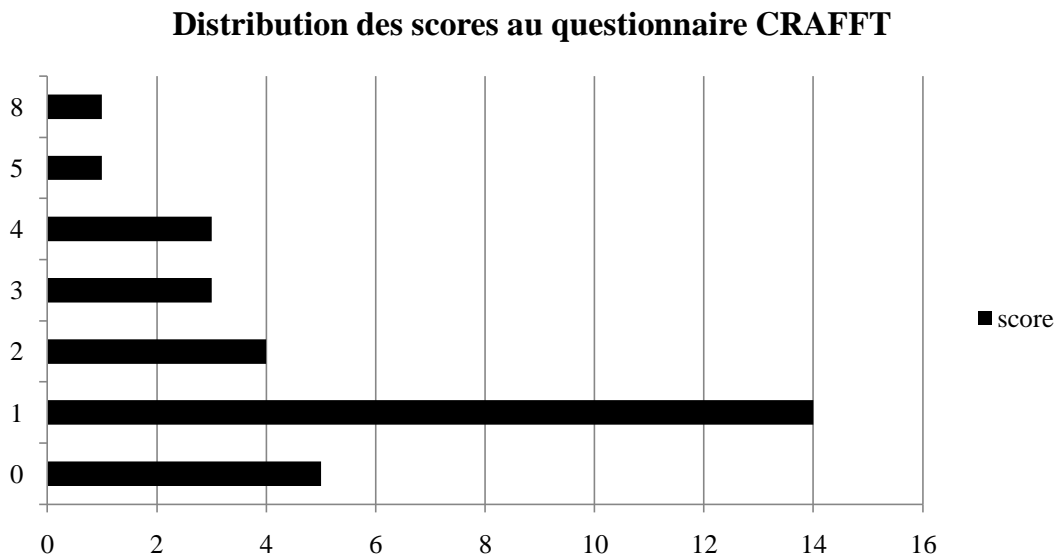
Nous avons obtenu ces scores en prenant les réponses à trois degrés (« jamais », « parfois », « souvent »).

*Distribution des scores au CRAFFT*

Scores	Effectifs	Pourcentage
0	5	16.1
1	14	45.2
2	4	12.9
3	3	9.7
4	3	9.7
5	1	3.2
8	1	3.2
Total	31	100

**Tableau 27**

Ces données sont reportées dans le graphique suivant :



**Graphique 15**

Plus de la moitié des adolescents ont un score inférieur ou égal à 1. 38.7 %, soit plus du tiers, ont un score supérieur ou égal à 2, c'est-à-dire des scores qui indiquent une consommation à risque.

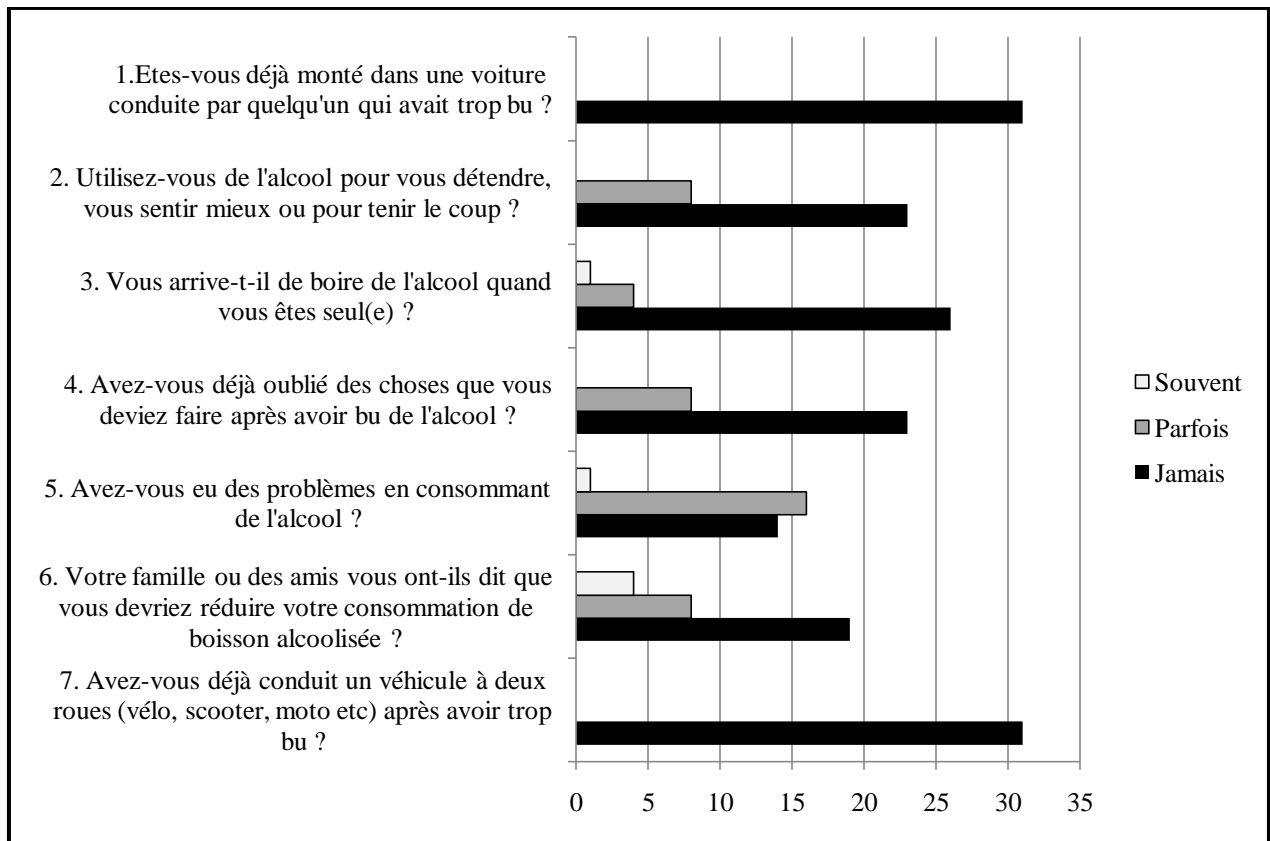
Nous allons nous intéresser au détail des réponses à ces questions :



	Effectifs des réponses au questionnaire CRAFFT		
	Jamais	Parfois	Souvent
1. Etes-vous déjà monté dans une voiture conduite par quelqu'un qui avait trop bu ?	31	0	0
2. Utilisez-vous de l'alcool pour vous détendre, vous sentir mieux ou pour tenir le coup ?	23	8	0
3. Vous arrive-t-il de boire de l'alcool quand vous êtes seul(e) ?	26	4	1
4. Avez-vous déjà oublié des choses que vous deviez faire après avoir bu de l'alcool ?	23	8	0
5. Avez-vous eu des problèmes en consommant de l'alcool ?	14	16	1
6. Votre famille ou des amis vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de boisson alcoolisée ?	19	8	4
7. Avez-vous déjà conduit un véhicule à deux roues (vélo, scooter, moto etc) après avoir trop bu ?	31	0	0

**Tableau 28**

Nous reportons ces résultats dans le graphique suivant (graph.20)



**Graphique 16**

Les adolescents répondent ne jamais avoir consommé de l'alcool sur un deux roues, ni avoir été véhiculés par un adulte sous l'effet de l'alcool.

12 adolescents répondent avoir déjà fait l'objet de remarques par l'entourage sur leurs consommations. Souvent pour 1/3 et parfois pour les 2/3.

5 adolescents avouent avoir déjà consommé de manière solitaire, l'un d'entre eux consommant ainsi fréquemment.

8 adolescents utilisent parfois ces consommations dans un contexte de mal être.

8 adolescents évoquent des amnésies sous l'effet de l'alcool.

17 des sujets interrogés ont connu des conséquences négatives de ces consommations d'alcool

d) Comparaison entre les réponses au recueil d'informations personnelles et le score du CRAFFT :

Nous comparons les informations personnelles et la consommation d'alcool (repérée nocive ou non par le score du CRAFFT-Test)

Les réponses avec une relation statistiquement significative dans les réponses sont les suivantes :

- Les antécédents d'idées suicidaires :

			CRAFFT			p(chi <sup>2</sup> )
			0	1	Total	
Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ?	non	Effectif	16 (84.2%)	6 (50.0%)	22 (71.0%)	NS 0.056
	oui	Effectif	3 (15.8%)	6 (50.0%)	9 (29.0%)	
	Total	Effectif	19 (100.0%)	12 (100.0%)	31 (100.0%)	

**Tableau 29**

Les adolescents qui ont déjà eu des idées suicidaires auraient plus de risque à consommer de l'alcool de manière nocive.

Mais il n'y a pas de significativité dans les scores, peut être du fait de la taille de l'échantillon.

- Le suivi en cours

			CRAFFT			p(chi <sup>2</sup> )
			0	1	Total	
Suivi psychiatrique ou psychologique (selon les réponses données dans la fiche remplie par le médecin)	non	Effectif	14 (73.7%)	3 (25.0%)	17 (54.8%)	0.008*
	oui	Effectif	5 (26.3%)	9 (75.0%)	14 (45.2%)	
	Total	Effectif	19 (100.0%)	12 (100.0%)	31 (100.0%)	

**Tableau 30**

Le suivi psychiatrique ou psychologique est associé à un risque statistiquement significatif.  
Les adolescents qui ont un suivi sont plus nombreux à avoir une consommation à risque.  
Les adolescents qui ont une consommation nocive, sont pour les trois quarts suivis

- La nécessité d'un suivi psychologique selon l'adolescent :

			CRAFFT			p(chi <sup>2</sup> )
			0	1	Total	
Estimez-vous avoir besoin d'une aide sur le plan psychologique ?	non	Effectif	17 (89.5%)	8 (66.7%)	25 (80.6%)	NS 0.174
	oui	Effectif	2 (10.5%)	4 (33.3%)	6 (19.4%)	
	Total	Effectif	19 (100.0%)	12 (100.0%)	31 (100.0%)	

**Tableau 31**

Ces résultats, ne sont pas significatifs, mais sont tout de même intéressants à relever.  
 66.7 % des adolescents qui ont une consommation abusive estiment ne pas avoir besoin d'une aide psychologique.

e) Comparaison entre le score du CRAFFT et les réponses concernant la consommation d'alcool :

Nous avons constaté des résultats statistiquement significatifs, pour la question suivante

- La perception d'un problème d'alcool par l'adolescent

		CRAFFT			p(chi <sup>2</sup> )	
		0	1	Total		
Pensez-vous avoir un problème avec l'alcool ?	non	Effectif	19 (100.0%)	9 (75.0%)	28 (90.3%)	0.049*
	oui	Effectif	0 (0.0%)	3 (25.0%)	3 (9.7%)	
	Total	Effectif	19 (100.0%)	12 (100.0%)	31 (100.0%)	

**Tableau32**

Plus de 90 % des jeunes pris en charge pour une ivresse estiment ne pas avoir de problèmes avec l'alcool, et 75 % des adolescents avec une consommation d'alcool à risque répondent également dans ce sens. Par contre les adolescents qui ont un score inférieur ou égal à 1, estiment tous ne pas avoir de problème avec l'alcool, il n'y a donc pas, dans ce sens de dramatisation de la situation.

- La consommation d'alcool dans un contexte de difficultés à l'école ou à la maison :

			CRAFFT			p(chi <sup>2</sup> )
			0	1	Total	
Avez-vous déjà consommé de l'alcool après des difficultés à l'école ou à la maison ?	non	Effectif	16 (84.2%)	6 (50.0%)	22 (71.0%)	NS 0.056
	oui	Effectif	3 (15.8%)	6 (50.0%)	9 (29.0%)	
	Total	Effectif	19 (100%)	12 (100%)	31 (100%)	

**Tableau 32**

Il n'y a pas de différence significative ( $p=0.56$ ), peut être du fait de la taille du groupe.

La moitié des adolescents avec une consommation abusive déclarent avoir consommé de l'alcool après des difficultés à l'école ou à la maison.

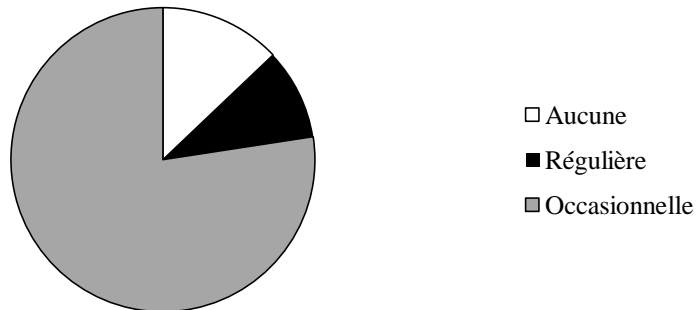
Les deux tiers des adolescents qui ont consommé après ces difficultés ont une consommation abusive.

- f) Les types de consommations déclarées par les adolescents pris en charge pour ivresse :

			consommation régulière		
			non	Oui	Total
consommation occasionnelle	non	Effectif	4 (57.1%)	3 (42.9%)	7 (100.0%)
	oui	Effectif	24 (100.0%)	0 (0.0%)	24 (100%)

**Tableau 33**

## consommation d'alcool



**Figure 10**

La plupart de ces adolescents auraient une consommation occasionnelle. Quatre des jeunes déclarent ne consommer ni occasionnellement ni régulièrement, il s'agirait alors d'une première consommation d'alcool.

### F) Les évènements de vie :

#### a) Comparaison des événements de vie vécus dans les deux populations

En comparant les réponses au questionnaire des événements de vie des « témoins » et des sujets « cas », cinq événements apparaissent plus ou moins fréquemment de façon significative chez les adolescents pris en charge après une ivresse.

- La séparation ou le divorce des parents
- L'usage de médicaments
- Un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille
- L'usage de drogues ou d'alcool

			Groupes			p (chi <sup>2</sup> ou Fisher)
			TEMOIN	OH	Total	
Le décès d'un autre membre de la famille	non	Effectif	128	19	147	0.008*
		Pourcentage	37,0%	61,3%	39,0%	
	oui	Effectif	218	12	230	
		Pourcentage	63,0%	38,7%	61,0%	
	Total	Effectif	346	31	377	
La séparation ou le divorce des parents	non	Effectif	261	15	276	0.001*
		Pourcentage	75,4%	48,4%	73,2%	
	oui	Effectif	85	16	101	
		Pourcentage	24,6%	51,6%	26,8%	
	Total	Effectif	346	31	377	
Un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille	non	Effectif	198	25	223	0.01*
		Pourcentage	57,2%	80,6%	59,2%	
	oui	Effectif	148	6	154	
		Pourcentage	42,8%	19,4%	40,8%	
	Total	Effectif	346	31	377	
L'usage de drogue ou d'alcool	non	Effectif	239	12	251	0.001*
		Pourcentage	69,1%	38,7%	66,6%	
	oui	Effectif	107	19	126	
		Pourcentage	30,9%	61,3%	33,4%	
L'usage de médicaments	Non	Effectif	257	28	285	0.046*
		Pourcentage	74,3%	90,3%	75,6%	
	Oui	Effectif	89	3	92	
		Pourcentage	25,7%	9,7%	24,4%	

**Tableau 34**

Parmi les questions posées, deux événements sont plus fréquemment présents, et de manière significative, chez les adolescents pris en charge pour ivresse.



Il s'agit de : « La séparation ou le divorce des parents », « L'usage de drogue ou d'alcool ». Trois événements apparaissent plus fréquemment, et de manière significative, dans la population générale. Il s'agit des questions suivantes : « Le décès d'un autre membre de la famille », « un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille », « l'usage de médicaments ».

Pour l'événement « l'usage de drogue ou d'alcool », c'est en toute logique qu'il apparaît plus fréquemment chez les adolescents pris en charge pour ivresse.

61.3% des adolescents du groupe « cas » indiquent un usage de drogue ou alcool, contre 30.9% chez les adolescents du groupe « témoin ».

On peut penser que le terme d'usage de drogue ou alcool a pu être interprété de manière large par les adolescents. Il peut aussi bien indiquer l'expérimentation d'alcool et de drogue, qu'une consommation occasionnelle ou régulière.

#### b) Estimation des risques dans notre population

Pour ces événements de vie, dont la distribution, dans les deux populations, n'est pas le fait du hasard, nous avons voulu estimer le risque d'être pris en charge pour ivresse, qu'ajoutait la survenue de tels événement.

- L'usage de drogue ou d'alcool :

L'usage de drogue ou d'alcool	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu	3,537	[1.658-7.546]	,001

**Tableau 35**

L'usage de drogue ou d'alcool	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu sans stress	2,053	[0.859-4.910]	,106
Vécu avec stress	17,925	[6.142-52.314]	,000

**Tableau 36**

	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu il y a plus d'un an	?	?	,998
Vécu dans l'année	5,432	[1.858-15.881]	,002
Vécu dans le mois	4,110	[1.788-9.446]	,001

**Tableau 37**

Les adolescents qui ont fait usage de drogues ou d'alcool, ont près de 3.5 fois plus de risque d'être admis pour une alcoolisation aigüe.

Ce risque est également 5.4 fois plus important s'ils ont consommé de l'alcool et de la drogue dans l'année. Si la consommation a eu lieu dans le mois, le risque est 4.1 fois plus important.

Si l'évènement a été vécu comme stressant, il y a près de 18 fois plus de risque qu'ils soient pris en charge pour une ivresse éthylique aigüe.

- Séparation ou divorce des parents :

Un déséquilibre familial apparaîtrait comme un marqueur de risque d'une alcoolisation aigüe.

Nous avons vu plus haut que le contexte familial pouvait en effet influencer sur la consommation d'alcool des adolescents. Près de la moitié des adolescents vus pour une alcoolisation connaissent une séparation ou le divorce de leurs parents. Les adolescents témoins sont par contre 24.6% soit le quart environ, à avoir vécu la séparation ou le divorce de leurs parents (tableau 35).

La séparation ou le divorce des parents		IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu	3,275	[1.554-6.904]	,002

**Tableau 38**

La séparation ou le divorce des parents	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu sans stress	3,915	[1.606-9.542]	,003
Vécu avec stress	2,707	[1.045-7.008]	,040

**Tableau 39**

La séparation ou le divorce des parents	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu il y a plus d'un an	3,524	[1.668-7.446]	,001
Vécu dans l'année	?	?	,999
Vécu dans le mois	?	?	,999

**Tableau 40**

Les adolescents dont les parents sont séparés ou divorcés ont près de 3.3 fois plus de risque d'être pris en charge pour une ivresse éthylique aigüe  
Que ce vécu soit stressant ou non, cet évènement de vie reste un facteur de risque.  
Il est également un facteur de risque quand il a eu lieu il y a plus d'un an (3.5 fois plus de risque).

- Evénements : « le décès d'un autre membre de la famille » et « un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille ».

Le décès d'un autre membre de la famille	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu	,371	[0.174-0.789]	0.010

**Tableau 41**

Le décès d'un autre membre de la famille	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu sans stress	,539	[0,206-1.409]	0.207
Vécu avec stress	,283	[0.110-0.730]	0.009

**Tableau 42**

Le décès d'un autre membre de la famille	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu il y a plus d'un an	,491	[0.225-1.070]	0.073
Vécu dans l'année	?	?	0.997
Vécu dans le mois	,281	[0.036-2.197]	0.226

**Tableau 43**

Un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu	,321	[0.128-0.803]	,015

**Tableau 44**

Un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu sans stress	,417	[0.095-1.834]	,247
Vécu avec stress	,288	[0.098-0.849]	,024

**Tableau 45**

Un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu il y a plus d'un an	,430	[0.160-1.160]	,096
Vécu dans l'année	,198	[0.026-1.504]	,117
Vécu dans le mois	?	?	,998

**Tableau 46**

Les évènements tels que « le décès d'un autre membre de la famille » et « un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille » apparaissent également comme des marqueurs de protection d'une ivresse alcoolique aigüe. Ce qui peut paraître surprenant, puisque qu'un déséquilibre familial tel que le divorce ou la séparation parentale se révélaient être des facteurs de risque.

Ces deux évènements s'ils sont vécus avec stress, sont des marqueurs de protection : dans les deux cas, les adolescents qui ont vécu ces évènements avec un stress, ont trois fois moins de risque d'être admis pour une ivresse éthylique aigüe.

Un usage de médicaments apparaît comme un marqueur de protection d'une alcoolisation aigüe : 3.24 fois moins de risque d'être vu par un médecin à l'hôpital pour une ivresse. 25.7% des adolescents du groupe témoins affirment un usage de médicaments contre 9.7%. On peut supposer que les adolescents ont pour la plupart pensé à une prise de médicaments en tant que traitement et non en tant que toxique.

L'usage des médicaments		IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu	,309	[0.092-1.043]	,058

**Tableau 47**

L'usage de médicaments	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu sans stress	,129	[0.017-0.967]	,046
Vécu avec stress	1,020	[0.225-4.626]	,980

**Tableau 48**

L'usage de médicaments	Odds ratio	IC 95 %	Significativité
Pas vécu	1		
Vécu il y a plus d'un an	?	?	,998
Vécu dans l'année	1,101	[0.31-3.881]	,880
Vécu dans le mois	?	?	,997

**Tableau 49**

L'usage de médicament vécu sans stress apparaît également comme un facteur de protection : l'adolescent a 7.75 fois moins de risque de venir à l'hôpital pour une alcoolisation.

#### 4. Discussion :

##### A) Avantages et inconvénients de la méthodologie de l'étude :

###### a) Inconvénients

- Inconvénient d'une étude rétrospective cas-témoin :

Le caractère rétrospectif de ces enquêtes peut poser le problème des informations approximatives voire manquantes.

La constitution d'un groupe témoin est souvent délicate (nous avons d'ailleurs pu constater une moindre représentation des adolescents de moins de 14 ans dans les groupes témoins).

Ce type d'étude ne permet pas de calculs d'incidence.

- Inconvénients d'une étude auto questionnaire :

L'enquête est principalement basée sur le principe de l'auto-questionnaire.

La validité de cet outil dépend en grande partie de la subjectivité du patient au moment du recueil des données.

Pour M. Bouvard, les réponses de l'enfant dépendent de l'objectif du questionnaire et de l'image qu'il a de lui-même. Pour cet auteur cette image est plus ou moins liée à la désirabilité sociale, qui se définirait comme une défense efficace protégeant l'individu d'une prise de conscience de ce qu'il est réellement (Bouvard, 2008)

Un autre auteur, B. Falissard s'est intéressé aux instruments de mesure subjective, notamment dans leur utilisation statistique. (Falissard, 2008)

Dans ce contexte, l'auteur a retenu trois impressions que l'on peut relever concernant ces mesures subjectives:

« Un attribut subjectif ne correspond à rien de concret, tout juste un mot, qui plus est au sens imprécis, et donc une mesure scientifique semble illusoire »

En effet, la notion de tristesse reste relativement imprécise, mais il s'agit là d'un sentiment universellement ressenti, et qui pourrait donc être universellement compris.

B.Falissard estime donc que dire « je suis triste », c'est être assuré que n'importe quel interlocuteur sait ce qui est ressenti.

« Un élément subjectif est relatif à ce que ressent un individu ; or il est impossible d'avoir la preuve qu'une personne ressent bel et bien ce qu'il dit ressentir »

B. Falissard oppose à cette impression que l'on ne pourrait travailler que sur ce qui est dit et non sur ce qui est ressenti.

Il ajoute que si un climat de confiance est instauré, sans véritable enjeu, il paraît peu probable qu'une personne exprime quelque chose qui soit si éloigné de ce qui est véritablement ressenti.

Pour l'auteur, « le biais du manque de crédibilité du sujet exploré » peut être en partie éliminé avec la mise en place d'une hétéro-évaluation, ce que nous avons utilisé dans notre étude avec la « fiche remplie par le médecin ».

« qu'elle qu'en soit la cause, les mesures subjectives ne disposeront jamais d'un niveau de précision comparable à celui de la physique, par exemple ; l'écart est tel qu'aucune discipline de la subjectivité ne pourra espérer atteindre un stade véritablement scientifique ». B. Falissard admet que le niveau de précision actuel des mesures subjectives est médiocre, notamment en santé, mais pour autant « cela est-il rédhibitoire quant à la scientificité des disciplines de la subjectivité ? ». En effet certaines mesures objectives qualifiées de scientifiques, comme la mesure de la tension artérielle, sont aussi précises que les mesures subjectives.

De plus, l'auteur ajoute que les mesures subjectives sont susceptibles de progresser.

- Inconvénients de la passation des questionnaires :

La passation des questionnaires s'est déroulée dans des conditions différentes chez les cas et les témoins, le cadre de passation étant différent.

Il était donc important que dans chaque groupe la passation se déroule dans des conditions comparables et reproductibles.

Chez les témoins, les protocoles de passation dans les différents lieux scolaires se sont révélés comparables.

Chez les cas, les passations n'ont pu se dérouler dans des conditions toujours équivalentes, puisque selon la situation, le questionnaire était rempli au cours d'une consultation, ou au cours d'une hospitalisation.

Les différences de passation pouvaient alors différer sur la présence ou absence d'un tiers, et sur le temps imparti à répondre au questionnaire (souvent plus long lors d'une hospitalisation).

Dans les deux situations, il n'a pas été déterminé de temps limite de réponse au cahier questionnaire, au contraire la consigne était de donner autant de temps que possible, et ce que ce soit au cours d'une consultation ou d'une hospitalisation.

Chez les cas, le questionnaire n'a pas pu être proposé toujours dans les mêmes délais après l'alcoolisation aigüe. Ce délai étant fonction du moment où le premier entretien



avec le médecin a lieu, et de la disponibilité et de la possibilité de l'adolescent à remplir le questionnaire.

L'intervenant qui proposait et assistait l'adolescent n'a pu être toujours le même. Cet intervenant était également celui qui remplissait avec l'adolescent l'hétéro questionnaire. Ici peut donc exister un biais de subjectivité du fait de l'expérience de l'intervenant qui pourra plus ou moins facilement obtenir certaines informations chez l'adolescent.

Il existe un biais de prévarication, c'est-à-dire des omissions ou des réponses qui ne correspondent pas à la réalité. En fonction des conditions de recueil des informations, les réponses à des questions semblables sont différentes. Concernant le suivi psychologique, quatre adolescents affirment ne pas en avoir ou ne répondent pas à la question dans l'auto questionnaire, alors qu'ils répondent avoir un suivi à l'hétéro-questionnaire.

- Inconvénients liés aux périodes différentes de passation des questionnaires :

La passation des questionnaires chez les sujets cas et les sujets témoins ne s'est pas déroulée la même année (l'année de notre étude, entre 2009 et 2010, les médecins scolaires ont été très sollicités par l'épidémie de la grippe A, les rendant peu disponibles pour cette étude, nous avons donc repris les données fournies par une précédente étude réalisée en 2008), cela peut donc contribuer, du fait de cette différence de temporalité à un biais de sélection dans la population témoin.

- Inconvénients liés aux critères d'âge d'inclusion :

Nous avons choisi d'inclure dans notre étude les sujets de 12 à 18 ans révolus. Or la définition de la période de l'adolescence varie selon les critères biologiques, psychologiques et sociaux. L'OMS la définit ainsi : «est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans ». Cette définition arbitraire englobe la période pré et péri pubertaire (de 10 à 14/15 ans), dominée par les changements corporels, et inclut la phase de socialisation et d'émancipation (15 à 19 ans), marquant la deuxième partie de l'adolescence.

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.

L'enquête se déroulant en pédiatrie et pédopsychiatrie, nous n'avons donc pas rencontré d'adolescents âgés de plus de 18 ans.

- Inconvénients du recrutement des sujets « témoins » :

Ces sujets ont été sélectionnés dans le milieu scolaire, ce qui exclut donc les adolescents âgés de 16 ans et plus non scolarisés, puisqu'à partir de 16 ans la scolarité n'est plus obligatoire en France.

- Inconvénients du recrutement des sujets cas :

Nous nous sommes intéressés aux adolescents consultant dans le cadre d'une alcoolisation aigue.

Parmi les adolescents qui ont connu une alcoolisation aigue, tous ne sont pas pris en charge par une structure de soin. Généralement, ils sont amenés sur une structure de soin lorsque cette alcoolisation a entraîné des dommages physiques tels que coma éthylique, inconscience, traumatismes, des hétéroagressivités, violences, des troubles du comportement. Un adolescent très alcoolisé mais conscient, sans conséquence autre que l'ivresse elle-même ne sera pas forcément amené sur une structure de soin, et ce même s'il s'agit d'alcoolisations à répétition ou d'alcoolisations solitaires non repérées par l'entourage.

Nous voyons dans cette étude, essentiellement les adolescents dont l'entourage s'est inquiété de l'état d'ivresse de ce dernier.

Dans le cas de dommages physiques, les traumatismes venant au premier plan, une alcoolémie peut ne pas être demandée, dans ce cas ces sujets peuvent ne pas être recrutés, et l'état d'alcoolisation non perçu.

Les adolescents alcoolisés qui arrivent notamment aux urgences n'inquiètent pas toujours le milieu médical ou les adultes, surtout dans un pays où culturellement alcool est symbole de fête, d'hédonisme.

L'adulte peut être amené à projeter son propre vécu (« j'étais pareil à son âge »), ou à banaliser (« il a trop fait la fête »).

Ces adolescents peuvent donc ne pas avoir d'évaluation psychologique. Or, comme le précise la Haute Autorité de la Santé (HAS) dans ces recommandations, la plupart des adolescents vus dans ce contexte ne relèvent pas du seul diagnostic d'ivresse festive ou initiatique.

La mise en œuvre de cette étude a peut être aidé à ce que les ivresses éthyliques aigues adolescentes, passant par les urgences pédiatriques, soient plus systématiquement évaluées par l'équipe pédopsychiatrique.

Le temps qui s'écoule entre l'état d'alcoolisation aiguë et la passation du questionnaire est variable. Il peut varier de un jour à deux semaines. Dans ces cas, on peut penser que l'état de mal être, de souffrance psychologique, la capacité d'élaboration du mal être sont différents. Et donc, les différents questionnaires pourraient être remplis différemment à des instants différents.

Pour ce qui est des questionnaires ; concernant les questionnaires du fonctionnement ordinalique, utilisé pour évaluer les conduites à risques, une étude s'est intéressée à la stabilité du test à J15 (test-retest). Il s'est avéré que cette stabilité est importante (r de Pearson compris entre 0.93 et 1). Donc, entre un questionnaire passé entre J1 et J15, il n'existerait pas de modifications importantes concernant les réponses aux questions du QFO.

Pour ce qui est du questionnaire « CRAFFT-test » ; il s'intéresse à la relation de l'adolescent à l'alcool. Les questions sont plus directement en relation avec ce qui a amené l'adolescent aux urgences. S'agissant de sujets mineurs, les parents sont contactés, et souvent présents lorsque le questionnaire est proposé. Pour la passation du questionnaire, l'adolescent est informé qu'il doit y répondre de manière franche, personnelle et tout seul, sans la présence d'amis ou de la famille. Malgré tout, on peut s'interroger sur l'influence de la réaction familiale, lors de la passation du questionnaire. En effet, dans ses études, G.Picherot (Picherot & Muszlack, Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences : une enquête prospective multicentrique française, 2005) note, que dans ce contexte aux urgences, la réaction de la famille va de la banalisation à l'humiliation.

On peut donc supposer que l'attitude familiale pourrait influencer les réponses aux questionnaires, et notamment le « CRAFFT-test ».

## b) Avantages

- Avantages d'une enquête rétrospective cas-témoin :

En comparaison avec une enquête prospective, elle est plus rapide, moins coûteuse, il ne peut y avoir de patients « perdus de vue ». Plusieurs paramètres d'exposition peuvent être étudiés dans les populations étudiées.

- Avantage d'une enquête par auto questionnaire :

Elle permet de recueillir de nombreux paramètres sans une trop grande mobilisation des effectifs professionnels.

Par l'auto questionnaire, plusieurs éléments personnels voire intimes sont abordés, ce que l'adolescent peut vivre de manière moins intrusive que si cela avait été abordé dans un entretien en relation duelle.

- Avantages de la passation du cahier-questionnaire :

Le recueil de données via un cahier-questionnaire a permis de s'adapter aux différentes conditions de passation, que ce soit en hospitalisation en pédiatrie, en consultations dans un service de d'urgence ou de pédopsychiatrie, afin de recueillir le plus de données possibles concernant les sujets « cas ».

Le recueil de données des sujets témoins qui a eu lieu en 2008 s'est organisé suite à plusieurs réunions avec les représentants de l'Education Nationale et des services de médecine scolaire. Il a alors été défini les conditions nécessaires pour une passation optimale sans pénaliser le travail scolaire des adolescents.

- Avantage du cahier auto questionnaire :

Le système de cases à cocher du type QCM nous a permis d'informatiser les saisies. De plus des questions à réponses fermées permet de limiter la mauvaise compréhension et donc des réponses non adaptées ou non exploitables.

- Avantage du recrutement des sujets témoins :

Cette étude a pu permettre l'évaluation plus systématique par l'équipe de pédopsychiatrie des adolescents avec une ivresse éthylique aigue, et donc inclure des adolescents pour lesquels une prise en charge pédopsychiatrique aurait pu ne pas être proposée (dans les cas où cela s'avérait nécessaire).

Les liens entre l'équipe pédiatrique et pédopsychiatrique parait dans ce contexte nécessaire et importante, afin d'évaluer et prendre en charge de manière globale les problématiques somatiques et psychologiques.

## B) Discussion des résultats

### a) Répartition des populations selon le sexe

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la répartition des sexes au sein des deux populations interrogées.

Dans cette enquête le sexe ne peut être associé à un risque accru de prise en charge pour ivresse. Nous pouvons cependant souligner qu'au sein de la population « cas », il a été rencontré plus de garçons que de filles : 61.3 % de garçons et 38.7 % de filles. Cette majorité masculine, irait dans le sens des enquêtes ORS et ESCAPAD : les adolescents du limousin tendent à être plus souvent ivres que les adolescentes.

(Ferley, Da Silva, & Rouchaud, 2009) (Beck, Legleye, & Le Nézet, Atlas régional des consommations d'alcool, données INPES/OFDT, 2005)

### b) Répartition selon l'âge :

La répartition de l'âge n'est pas non plus significativement différente entre les deux populations. Il est à noter qu'au sein de la population « cas », les adolescents de 15 à 17 ans sont les plus représentés. Dans notre enquête, entre 12 et 16 ans, le nombre d'adolescents alcoolisés augmente avec l'âge, les adolescents les plus nombreux étant les 15-16 ans.

Ces résultats sont en accord avec l'enquête ORS 2008, qui déterminait l'âge des premières ivresses autour de 15 ans, avec une augmentation du nombre d'ivresse par personne avec l'âge : et donc un risque accru d'être accueilli aux urgences pour alcoolisation aiguë.

Mais au-delà de l'âge de 16 ans, le nombre d'adolescents rencontrés pour notre étude diminue. Une des explications possible peut être les adolescents de plus de 16 ans pris en charge dans les services adultes pour la traumatologie.

Peut-on également penser que plus le jeune est âgé, plus on banalise son ivresse ? Ce qui expliquerait qu'ils puissent être moins rencontrés en milieu hospitalier.

Car, si l'on se réfère encore aux données de l'enquête ORS 2008 : à 17 ans, 69 % des filles et 64 % des garçons ont déjà connu l'ivresse, et 23 % des garçons contre 5 % des filles connaissent des ivresses régulièrement (c'est-à-dire au moins dix ivresses dans l'année).

Donc, si au-delà de 16 ans, nous avons rencontrés moins d'adolescents en état d'ivresse, cela ne semble pas refléter la réalité de leurs consommations.

Nous remarquons également que dans le groupe des « témoins », les adolescents de moins de 14 ans sont peu nombreux. Cela tient au fait que les classes les plus jeunes désignées de façon

aléatoires étaient des 4<sup>ème</sup> d'enseignement général (habituellement, l'entrée en 4ème se fait vers l'âge de 14 ans).

c) Répartition selon la scolarité et les conditions de vie :

La majorité des adolescents ayant répondu à l'enquête sont scolarisés dans un cursus général, et la majorité vivent chez leurs parents.

Devant ces résultats, nous pouvons évoquer la possibilité d'un biais. En effet pour être inclus dans l'étude, il est nécessaire d'obtenir l'accord parental, ou de la personne détenant l'autorité légale. Cet accord peut être plus difficilement obtenu chez les adolescents vivant dans un foyer ou une famille d'accueil.

Sur les données des informations personnelles, il ressort que les adolescents de l'étude se plaignent pour la majorité de troubles du sommeil. Ces plaintes sont courantes à l'adolescence, plusieurs études l'ont constaté. Et, si le développement pubertaire peut en être la cause, une enquête épidémiologique réalisée en 2004 montre que ces troubles du sommeil sont également significativement associés à des signes de souffrance physique, psychique et sociale (Bailly, Bailly-Lambin, & Querleu, Le sommeil des adolescents et ses troubles une enquête en milieu scolaire, 2004).

En ce qui concerne des difficultés psychologiques, une part non négligeable de la population « témoin » en rencontrerait puisque 20 % déclarent avoir déjà eu des idées suicidaires et 17 % considèrent leur vie familiale comme déséquilibrée.

D'après les résultats de ce questionnaire, les adolescents interrogés dans un contexte d'alcoolisation paraissent présenter beaucoup plus de difficultés psychologiques, bien que statistiquement les trois dernières questions soient les seules à présenter une différence significative dans les réponses des deux groupes (tableau 4).

A la question « Estimez-vous avoir besoin d'une aide psychologique », les adolescents de la « population « cas » sont significativement, et en proportion, plus nombreux à répondre « oui ». On peut donc penser que parmi ces adolescents qui s'alcoolisent, près de 20% le font dans un contexte de mal être, ou du moins, sont conscients de leurs difficultés.

Ceci, va dans le sens des études qui mettent en avant les troubles de l'humeur comme facteur de risque de consommation d'alcool abusive.

Nous avons également vu que plusieurs auteurs décrivaient les conduites à risque, telles la consommation d'alcool, comme moyens de lutte contre les difficultés psychologiques rencontrées durant l'adolescence.

#### d) Difficultés psychologiques et suivi :

Les questions concernant le suivi psychologique, et la perception de la nécessité d'un suivi sont intéressantes.

Tout d'abord, 6 adolescents déclarent un suivi en présence d'un médecin, et affirment le contraire ou ne répondent pas à la question dans l'auto-questionnaire.

Le contexte de passation du questionnaire influence donc le sujet dans ses réponses aux questions.

Si l'on tient compte des réponses fournies dans l'auto-questionnaire, 26.7% des adolescents admis pour une ivresse éthylique sont suivis, soit près du tiers. Et, plus de la moitié parmi eux pensent ne pas en avoir besoin (graph.5). Pourtant, ils se retrouvent dans un contexte hospitalier. On pourrait penser qu'il existe chez eux un certain déni des troubles, et une tendance à la banalisation.

De plus, six adolescents répondaient avoir un suivi face au médecin, contrairement aux réponses de l'auto-questionnaire. S'ils ont omis ce suivi dans un des questionnaires, on peut en déduire qu'ils ne l'estiment pas important. Nous nous sommes donc interrogés sur le contexte dans lequel les jeunes ont répondu. Dans le cadre de l'enquête en milieu scolaire, il n'existait aucun enjeu qui aurait pu influencer les réponses.

En revanche, dans notre enquête en milieu scolaire, le questionnaire était généralement proposé par un médecin dont le rôle était également d'apprécier le contexte de l'ivresse afin de proposer la prise en charge la plus adaptée. Si l'on reprend les propos de B. Falissard, une personne peut exprimer son véritable ressenti s'il n'existe pas de véritable enjeu.

Or, malgré nos informations fournies lors de la remise du questionnaire, l'adolescent a pu être influencé dans ses réponses par le contexte hospitalier, la perspective de l'hospitalisation, la durée, la présence des parents (bien que nous ayons pris soin de préciser que le questionnaire devait être rempli sans l'aide ou la présence de l'entourage, et qu'il ne conditionnait pas la prise en charge puisqu'il était traité anonymement).

Nous avons introduit dans l'étude un hétéro-questionnaire pour diminuer le « biais du manque de crédibilité » du sujet. Nous l'avons constaté, les réponses concernant le suivi, sont différentes selon que l'adolescent répond seul face à son questionnaire, ou accompagné par le médecin.

On pourrait donc parler dans ce cas de biais de prévarication, c'est-à-dire d'informations fausses ou omises.

Donc la proportion de jeunes qui estiment ne pas avoir besoin d'un suivi mais qui en ont un, serait encore plus importante. Une part non négligeable d'adolescents fonctionnerait alors dans la banalisation et le déni de leurs difficultés.

50% des adolescents qui estiment avoir besoin d'un suivi n'en ont pas. Chez ces adolescents, il serait donc important de pousser l'entretien clinique afin de définir le contexte, le fonctionnement

psychique, d'éventuelles psychopathologies, qui nous amèneraient à décider de la nécessité ou non d'une aide psychologique.

e) Relation au risque dans les populations cas et témoins :

- Comparaison de la relation au risque entre le groupe cas et le groupe témoin :

La comparaison des deux groupes retrouve une différence significative dans les trois sous domaines : la prise de risque, la vision positive du risque et la transgression. Les scores sont plus élevés dans la population « témoin ».

Ce résultat peut paraître étonnant, puisque l'on considère la consommation d'alcool comme faisant partie des conduites à risque existant dans l'adolescence. Nous pouvions nous attendre à des scores plus importants, notamment dans la dimension de prise de risque chez les adolescents admis pour une alcoolisation aiguë. D'autant plus que l'étude qui comparait le fonctionnement ordalique entre une population témoin adulte et des toxicomanes adultes tendait à montrer des scores plus élevés dans cette dernière population.

Bien que les adolescents rencontrés en milieu hospitalier ne relèvent pas pour la plupart d'une consommation de type toxicomaniaque, nous pouvions supposer qu'il s'agissait d'une proportion d'adolescents plus consommateurs, donc avec des scores plus élevés aux trois catégories du QFO.

En nous intéressant au détail du questionnaire : 19 questions ont une différence significative, avec des scores plus élevés chez les témoins, une seule avec un score plus élevé chez les « cas ». 12 questions sont obtenus des scores plus élevés chez le groupe « cas », sans significativité dans les scores comparés. Ces résultats vont nettement dans le sens de plus grandes prises de risque et transgression dans la population « témoin ».

- Relation au risque et réponse à la question sur la consommation de drogue ou d'alcool :

Pour avancer dans la compréhension du fonctionnement des deux groupes et leur relation au risque, nous avons croisé par la suite les réponses aux questions concernant l'usage de la drogue ou alcool et les réponses du QFO.

Que ce soit au sein du groupe « témoins » ou parmi tous les adolescents interrogés pour l'étude, les scores sont plus élevés chez les adolescents ayant déjà fait usage de drogue ou d'alcool, et ce de manière significative pour les trois scores : la « prise de risque », « la vision positive du risque », « la transgression ».

Au sein du groupe « cas », les scores sont plus élevés pour la « prise de risque », « la vision positive de prise de risque », chez les adolescents ayant fait déjà usage de drogue ou d'alcool, mais pas de manière significative.



Ces résultats vont dans le sens de ce que nous attendions intuitivement : les adolescents qui ont déjà consommé de l'alcool ont plus de conduites à risque que les adolescents non expérimentateurs.

Mais si l'on s'intéresse aux moyennes des scores, nous pouvons remarquer que les adolescents qui répondent ne jamais avoir fait usage de drogue ou alcool, et ce, que ce soit sein au sein du groupe témoin ou chez tous les adolescents de l'enquête, obtiennent en moyenne des scores plus élevés que les adolescents admis pour une ivresse, et qui admettent avoir déjà consommé de la drogue ou de l'alcool.

Les résultats selon lesquels les adolescents rencontrés pour une alcoolisation aigüe ont moins de conduites à risque semblent à interpréter avec prudence.

f) Relation au risque et consommation d'alcool et réponses au sein de la population « cas » :

Les réponses à ces différents questionnaires nous aident à mieux percevoir la consommation d'alcool et la relation au risque des adolescents de la population « cas ».

- Comparaison questionnaire QFO/ questionnaire CRAFFT test :

On peut s'interroger sur le mode de consommation d'alcool des adolescents du groupe « cas ». Quelle est leur attitude vis-à-vis de l'alcool ? S'agit-il d'une consommation d'alcool en tant que conduite d'essai et de recherche de limites ? C'est-à-dire un mode de consommation admis comme un moyen d'intégration dans le groupe de pairs, un mode d'identification ? Ou s'agit-il d'un mode de consommation plus inquiétant, abusif, révélateur de difficultés personnelles où l'alcool agirait en tant que palliatif à celles-ci.

Pour cela il est intéressant d'utiliser le questionnaire CRAFFT, afin de déterminer le mode de consommation de la population « cas ».

La comparaison des scores du questionnaire QFO en fonction des réponses au questionnaire CRAFFT (nous avons distingué deux groupes : score  $<2$  et score  $\geq 2$ ) : montre que les adolescents avec une consommation d'alcool repérée comme à risque d'être nocive ont tendance à prendre plus de risque. La significativité étant limite, une étude avec plus de sujets « cas » interrogés permettrait de confirmer, de manière significative cette hypothèse.

En détaillant les réponses, il apparaît que les adolescents avec une consommation d'alcool préoccupante sont statistiquement plus nombreux à être d'accord avec l'affirmation « j'aime prendre des risques ». Ce qui irait donc dans le sens de plus de prise de risque chez les adolescents consommant de manière nocive.

- La relation au risque au sein des deux populations :

Si l'on récapitule nos résultats :

- Les adolescents de la population « témoin » ont des scores indiquant une relation au risque plus étroite que la population « cas ».
  - Par contre les adolescents qui avouent avoir déjà consommé de la drogue ou de l'alcool ont eux, une relation au risque plus étroite que ceux qui ne les ont jamais expérimentés ?
  - Les adolescents qui ont un score indiquant une consommation nocive tendent aussi à avoir une relation au risque plus étroite que les adolescents avec une consommation non inquiétante.
- Cela nous amène donc à réfléchir sur ces résultats (significativité limite).

Notre réflexion est donc la suivante : parmi les adolescents amenés pour ivresse, la proportion d'adolescents repérés avec un usage d'alcool à risque reflète-t-elle réellement celle de la population générale ?

Si l'on essaie d'analyser ces rapports aux risques : on peut supposer que les adolescents dont la consommation d'alcool traduit une conduite exploratoire sont plus facilement conduits à l'hôpital que les adolescents qui ont une consommation d'alcool plus à risque d'être nocive, et d'avoir des conduites à risque inquiétantes.

Donc, les adolescents qui prennent des risques et transgressent, avec des consommations d'alcool inquiétantes seraient statistiquement moins nombreux à être pris en charge pour une ivresse éthylique aiguë ?

D'autre part, si l'adolescence est une période où les conduites à risque prennent le plus d'ampleur, elles ne peuvent se résumer à la consommation aiguë d'alcool, motif de prise en charge auquel nous nous sommes intéressés.

Il existe d'autres conduites à risque, et les résultats du questionnaire QFO montrent que les conduites à risque sexuelles, les consommations de toxiques, les conduites routières dangereuses ainsi que la valorisation du risque sont plus présentes dans la population adolescente générale. De plus, les dernières données régionales décrivent des niveaux d'ivresses et de consommations ponctuelles sévères plus élevées que la moyenne nationale.

Ceci nous permet de penser qu'au sein de la population générale, une part non négligeable des adolescents ont des consommations d'alcool et des conduites à risque.

Il aurait fallu faire passer le questionnaire CRAFFT dans la population « témoin », pour déterminer le type de consommation des jeunes avec des scores élevés dans les domaines de prise de risque, transgression et valorisation du risque.

Nous pouvons seulement supposer que, comme au sein de la population « cas », les adolescents avec une consommation nocive tendraient à prendre plus de risques.

Les campagnes et structures de prévention sont donc essentielles pour repérer et aider les adolescents ne passant pas par le système hospitalier, mais dont les comportements et les consommations d'alcool relèvent de difficultés psychologiques.

Ces résultats montrent qu'il est également important de rechercher d'autres conduites à risque éventuelles chez l'adolescent adressé pour une ivresse. Deux points seraient alors à repérer : le risque nocif ou non de la consommation d'alcool, et si cette consommation est nocive, cela nous inciterait à rechercher d'autres conduites à risque.

Le questionnaire CRAFFT peut donc être intéressant pour évaluer la gravité de la consommation d'alcool. Mais concernant les autres conduites à risque, il sera important de rechercher plusieurs points lors de l'entretien clinique :

La répétition d'une conduite à risque sur une période donnée, l'apparition d'autres conduites à risques, l'état de mal être ou de souffrance, les événements de vie négatifs, les événements de vie négatifs, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, la qualité du soutien psychosocial. (Marcelli & Braconnier, 2008) (Michel, La prise de risque à l'adolescence, 2001)

g) Les questions sur les consommations d'alcool :

- Sujets de la population « cas » indiquant une première ivresse

En ce qui concerne la fréquence des ivresses, quatre des adolescents de la population « cas » sont apparemment arrivés pour une première alcoolisation. Ces adolescents auraient donc expérimenté leur première ivresse, si l'on s'en tient à leurs propos. Rappelons que nous avons relevé un biais de prévarication. Il est possible que ces adolescents aient pu également être influencés par le contexte dans cette réponse à la question.

Mais si ces quatre adolescents si sont alcoolisés pour la première fois, cette première expérience s'est soldée par un passage aux urgences. Cette conduite, n'entre pas dans un processus d'alcoolisation à répétition. Mais pour autant, cette consommation est-elle anodine ?

S'agit-il d'un adolescent dont l'entourage est « trop bon », surprotecteur, où toute conduite à risque fait l'objet d'angoisses parentales ?

Ou est-il question d'un jeune dans un état de mal être, utilisant pour la première fois le produit alcool comme anxiolytique ?

Mais ce patient peut également être dans une dynamique de recherche de limites, et avoir dépassé son seuil de tolérance parce qu'il ne le connaissait pas.

Dans tout les cas, une première consommation d'alcool qui est admise à l'hôpital n'est pas à négliger. Nous percevons un enjeu important : que cette première consommation n'entre pas dans un processus d'ivresses à répétition.

- Le questionnaire CRAFFT :

Tous les adolescents affirment ne jamais avoir commis d'infraction du code de la route, telles que la conduite en état d'ivresse ou n'ont jamais accepté de monter avec une personne en état d'ivresse.

La conduite sous l'effet de l'alcool fait l'objet de nombreuses campagnes de prévention. Le fait que tous les adolescents aient répondu avoir respecté cet aspect de la loi, nous permet de penser qu'une majorité a conscience de cette limite, et a entendu ces messages de prévention.

Peut-on pour autant espérer qu'ils aient tous adopté cette conduite, connaissant le biais de prévarication ? Il en tout cas permis d'espérer que la majorité ait donné une réponse reflétant la réalité de leur comportement.

Un peu plus du tiers des adolescents a fait l'objet de remarques sur sa consommation. Et ces remarques sont fréquentes pour quatre d'entre eux. Il sera donc important de faire préciser les fréquences et quantités de consommation, pour s'assurer que ces remarques sont justifiées. En effet, un adolescent objet d'angoisses parentales, pourrait faire l'objet de remarques inadaptées à la situation.

Toujours est-il, que généralement une réponse affirmative à cette question nous amène à nous inquiéter de l'importance des consommations.

Plus de la moitié des adolescents a connu des problèmes suite aux consommations d'alcool, et 8 ont connu une amnésie après avoir consommé. Donc, il est pensable que ces consommations ont été inquiétantes par leurs quantités, ou ont entraîné un état d'ivresse notable voire une alcoolisation massive. Mais la réponse à cette question fait aussi référence à des consommations fréquentes.

5 adolescents consomment de manière solitaire. Cette question permet de repérer une consommation inquiétante. L'adolescent a des consommations non festives, non conviviales, qui ont donc une autre fonction que la rencontre de l'autre.

Consommer de manière solitaire peut révéler une difficulté à rester seul avec ses pensées, donc un mal être qui peut être géré par la consommation d'alcool, à visée « auto thérapeutique ».

Les réponses à la question précédente vont dans ce sens. 8 adolescents répondent avoir consommé de l'alcool dans une situation difficile.

Ces adolescents ont donc des alcoolisations qui peuvent être inquiétantes par : l'état d'ivresse qu'elles entraînent, donc leurs quantités, le mode de consommation (solitaire), leur utilisation (auto thérapeutique), leur fréquence. Ces alcoolisations a inquiété l'entourage d'un peu plus du tiers des sujets.

Par contre ces consommations ne seraient pas inquiétantes en termes de conduite sur la route.

- Réponses au questionnaire CRAFFT test et suivi :

Selon le questionnaire CRAFFT, 12 adolescents ont une consommation repérée comme à risque d'être nocive. Cette consommation dépasserait donc le cadre des conduites d'essai et d'exploration.

14 adolescents ont un score CRAFFT inférieur à 2 et ne sont pas suivis.

Parmi eux, 5 adolescents sont suivis sans avoir une consommation repérée comme à risque d'être nocive. Ces adolescents présentent donc des difficultés psychologiques, mais ils semblaient ne pas utiliser l'alcool pour y pallier jusque là.

Différentes études soulignent que les troubles de la personnalité et autres psychopathologies sont des facteurs de risque d'une consommation abusive. Prendre contact avec les professionnels assurant le suivi permettra de préciser la fonction du suivi mis en place ; et ces derniers pourront

être vigilant sur la fonction que peut avoir l'alcool, et travailler avec eux pour éviter qu'ils aient une consommation nocive.

- Consommation d'alcool et vécu personnel :

Les adolescents admettent le plus fréquemment des consommations d'alcool dans un contexte de difficultés à la maison ou à l'école.

Parmi les adolescents avec une consommation d'alcool à risque 75 % estiment ne pas avoir de difficultés avec l'alcool, ils sont pourtant 75% à avoir un suivi psychologique et 66.7 % estiment ne pas avoir besoin d'une aide psychologique.

Ces jeunes ont une conduite à risque en termes de consommation d'alcool, avec un passage en service hospitalier pour une ivresse, malgré l'accompagnement psychologique.

Nous avons d'ailleurs vu que ces adolescents tendaient à banaliser ce soutien. Ces chiffres nous amènent à envisager qu'une part importante de ces jeunes est dans un processus d'évitement de pensée.

Les antécédents d'idées suicidaires apparaissent comme un marqueur de risque d'usage nocif d'alcool (la significativité est limitée). Ce qui va également dans le sens d'une conduite en tant que mécanisme de défense, qui permettrait de nier les éléments dépressifs, donc une conduite extériorisée qui nierait une réalité interne.

La conduite à risque telle que la consommation d'alcool nocive agirait donc en tant que protection d'un vécu négatif, et contre investirait une réalité interne négative et dangereuse.

- Consommation et fréquence :

Lorsqu'on les interroge sur leur fréquence de consommation, la plupart des adolescents admis pour ivresse déclarent une consommation occasionnelle.

Quatre des jeunes affirment ne consommer ni occasionnellement ni régulièrement, il s'agirait alors d'une première consommation d'alcool. Une première expérience qui aurait suffisamment inquiété l'entourage pour un passage aux urgences.

Hormis ces quatre cas, les autres réponses sont assez subjectives, puisque nous n'avons pas précisé de fréquences. On peut s'interroger ce que représentent des consommations occasionnelles ou régulières chez un adolescent. Surtout si ces adolescents pour une bonne part banalisent leurs consommations.

Lors d'un entretien clinique, il paraît donc nécessaire de faire préciser le rythme, les circonstances, les quantités de boissons alcoolisées consommées ; et de voir quel regard le jeune y porte. Nous pourrions ainsi estimer s'il juge de manière adaptée sa consommation personnelle, et en discuter avec lui.

h) Les évènements de vie :

- Usage de drogues ou d'alcool :

Les résultats de l'étude montrent que l'usage de drogue ou d'alcool et la séparation ou le divorce des parents apparaissent comme des facteurs de risque d'une prise en charge pour éthylisme aigüe.

L'usage de drogue ou d'alcool vécu de manière stressant augmente le risque relatif d'une admission hospitalière pour ivresse. Si l'alcoolisation aigüe a été vécue comme un évènement stressant, l'adolescent en a probablement eu une expérience négative. Ce qui nous fait penser aux conséquences négatives que peut avoir à court terme une consommation éthylique aigüe, que nous avons développées précédemment et qui définit cette conduite comme à risque. Ces conséquences, telles que le coma éthylique, peuvent nécessiter une prise en charge hospitalière. C'est pourquoi un vécu stressant augmente la probabilité d'une admission aux urgences pédiatriques.

Cette probabilité est également augmentée si l'adolescent a consommé de la drogue ou de l'alcool dans le mois ou l'année. Elle ne l'est pas si la consommation a lieu plus d'un an auparavant. Ceci indique que les consommations les plus fréquentes sont les plus à risque, contrairement aux consommations ponctuelles ou expérimentales (« il y a plus d'un an »).

- Séparation ou divorce des parents :

La séparation ou le divorce des parents est également un facteur de risque, qu'il soit vécu de manière stressante ou non.

Il concerne de plus en plus d'enfants, et de nombreux travaux concluent que la santé, la sécurité ou le rapport aux règles sont plus problématiques parmi les enfants de couples divorcés.

L'abord psychanalytique met en avant l'absence du père en tant qu'impact sur le rapport de l'enfant aux limites et à la transgression.

Sur un plan plus épidémiologique et psychosociologique, la séparation parentale a des conséquences sur les conditions matérielles et économiques de la famille. Elle peut jouer sur les liens avec l'un de parents, modifier les conditions de travail d'un des parents, avec une moindre surveillance éducative. Le conflit familial peut avoir des effets négatifs sur l'adaptation psychosociale de l'adolescent.

Selon ces deux aspects interprétatifs, la famille transmet à la fois un contrôle social du danger et de la transgression qui va être intériorisé et un contrôle social du danger plus externalisé,

dépendant de l'évolution de la structure familiale, qui peut devenir défaillant et proposer un cadre moins contenant et moins étayant.

La dimension d'un vécu dépressif de la situation est également à prendre en compte. Une part de la population interrogée considère cet événement comme stressant. Et nous l'avons déjà évoqué, la consommation d'alcool aigüe, peut être un moyen de lutte, à visée anti dépressive et anxiolytique, par un mécanisme d'évitement de pensée, et de négation des affects et des ressentis. Notre étude montre qu'il existe près de 3.5 fois plus de risque d'être pris en charge pour une alcoolisation aigüe si l'événement a été vécu il y a plus d'un an. Ceci montre que cette séparation reste un facteur de risque, et doit être prise en compte dans un entretien clinique, même si remonte à plus d'un an.

Une partie des adolescents interrogés estiment ne pas avoir vécu cet événement comme stressant, pourtant ils ont 3.9 fois plus de risque d'être pris en charge pour ivresse que les adolescents qui n'ont pas eu ce vécu. Nous pouvons supposer, que malgré tout, s'il existe plus de probabilité chez ces adolescents d'avoir une conduite à risque où l'alcoolisation nécessite une prise en charge hospitalière, c'est que la situation parentale n'est pas si bien vécue. Il semble donc que l'adolescent soit dans un processus d'évitement de pensée, par le média de ces conduites.

- Le décès d'un autre membre de la famille et accident ou maladie grave pour un membre de la famille :

Les événements tels que « le décès d'un autre membre de la famille » et « un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille » apparaissent moins fréquemment chez les adolescents admis pour ivresse alcoolique aigüe. Ce qui peut paraître surprenant, puisque qu'un déséquilibre familial tel que le divorce ou la séparation parentale se révélaient être des facteurs de risque.

Il est permis de penser que si ces événements graves et vécus comme stressants, sont liés à un risque moindre de prise en charge pour une alcoolisation aigüe, il a pu, dans la plupart des cas, exister un environnement suffisamment étayant pour l'adolescent, ainsi qu'une personnalité suffisamment structurée, avec de bonnes assises narcissiques, pour permettre aux adolescents de faire face à cet événement. Et l'adolescent n'aurait donc pas eu à utiliser de l'alcool en tant qu'anxiolytique ou sédatif.

Nous avons en effet vu, aux travers de différentes études, qu'un cadre familial solide et structurant favorisait des consommations d'alcool moins importantes chez les adolescents. On peut également supposer que dans ce contexte, il ait pu être proposé, en tant que soutien, une aide psychologique.

Une autre hypothèse serait que les adolescents vivant ces événements graves et stressants pourraient tendre à s'isoler de leur groupe de pairs, et donc moins boire dans un contexte festif. Puisque la consommation d'alcool a également un aspect socialisant.

Et ces adolescents qui boivent de manière isolée, sont-ils moins repérés ? Ont-ils moins de risque d'être pris en charge pour une ivresse éthylique aigüe ?

Enfin ces événements sont rares et notre population restreinte, les sujets ayant vécu ces événements sont peu nombreux. On ne peut réellement conclure à ces résultats

Dans les hypothèses émises, nous mettons en avant l'importance de l'étayage qu'il peut exister dans des circonstances vécues péniblement par l'adolescent. Comme nous l'avons déjà souligné à la question : « séparation ou divorce des parents ».

- Usage de médicaments :

Un usage de médicaments apparaît donc comme un marqueur de protection d'une prise en charge pour alcoolisation aigüe. Nous avons supposé que les adolescents ont pour la plupart pensé à une prise de médicaments en tant que traitement et non en tant que toxique. Ces médicaments peuvent être prescrits aussi bien pour assurer un soulagement psychique que physique. Un bien être physique ou psychique diminuerait alors le risque d'une consommation alcoolique.

Il est également possible que les adolescents qui admettent ou consentent à prendre un traitement, à visée curative sont pour la plupart soucieux de leur bien être physique ou psychique, ce qui les protégeraient plus d'une consommation alcoolique aigüe.

On peut s'étonner tout de même que les adolescents du groupe « cas » soient, en terme de pourcentage, près de trois fois plus à avouer un usage de médicaments. Y- a-t'il eu alors une différence d'interprétation entre les deux groupes, les adolescents n'ayant pas répondu dans le même contexte ?

Les adolescents entretenus pour une alcoolisation ont rencontré un pédopsychiatre. Ont-ils alors, dans ce contexte, plutôt pensé à des médicaments plutôt psychotropes, beaucoup moins courant de prescription, ou à la consommation de médicaments en tant que toxiques. Il s'agit dans ce cas là, d'un usage beaucoup moins courant que le simple comprimé de paracétamol et d'antibiotiques, auxquels les adolescents du groupe « cas » auraient pu se référer plus fréquemment.

- i) Quelles perspectives en termes de prévention, de repérage, et de prise en charge aux urgences :

La discussion des résultats montrent plusieurs points importants :

La majorité des adolescents chez lesquels nous avons repéré une consommation d'alcool à risque sont dans l'évitement de pensée, banalisant leurs difficultés et leurs consommations.

Plusieurs auteurs évoquent les conduites à risques comme mécanisme de défense en tant qu'évitement de pensée.



Dans une perspective développementale, elles auraient pour fonction de remplir le vide lié à la perte, et celle de « court-circuiter » les affects négatifs.

Jeammet et de Marcelli évoquent « un aménagement pervers » de ces agirs, la recherche d'un objet contrôlé, sous emprise permettant d'éviter le processus d'intériorisation, ils parlent de maîtrise de l'excitation libidinale, mais aussi de régulation émotionnelle, comme défense contre le vécu négatif.

Pour Cahn, l'acte permet à l'adolescent d'évacuer le conflit en s'opposant à toute prise de conscience, et ainsi nier la réalité intérieure.

Les résultats de notre enquête, ne vont par contre pas dans le sens de conduites de type ordaliques, dans la population « cas », en comparaison avec la population témoin.

Ceci nous amène à la réflexion suivante : il ne faut évidemment pas s'arrêter à la consommation d'alcool chez ces jeunes où il ne fait figure que de symptôme, le risque étant de stigmatiser le jeune dans sa consommation, et de rentrer nous même dans ce système d'évitement de pensée. Ces adolescents ne seront pas accessibles à un discours simplement informatif, qui de toute façon est insuffisant, certains de ces jeunes relevant plus d'un suivi psychologique. L'entretien pédopsychiatrique systématique paraît nécessaire. D'autant plus que 50% des jeunes admis pour ivresse qui estimaient avoir besoin d'un suivi psychologique n'en avaient pas.

Ce point nous amène à discuter de la durée de l'hospitalisation d'un jeune admis pour ivresse. Le temps de l'hospitalisation permet d'évaluer l'étayage assuré par l'entourage du patient. Prendre le temps de comprendre le processus par lequel l'adolescent a été amené à consommer de l'alcool en quantité importante.

Il s'agit aussi pour l'adolescent de prendre une distance nécessaire sur sa conduite, essayer de penser. Dans la perspective d'une sortie rapide l'adolescent a parfois l'objectif de donner les bonnes réponses 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.

L'ANAES, recommande une hospitalisation de 72 heures.

En ce qui concerne l'évaluation de la consommation d'alcool et d'éventuelles conduites à risques associées :

L'outil du CRAFFT test que nous avons utilisé permettrait de repérer des consommations à risque d'être nocives.

Les jeunes 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. Il serait nécessaire d'interroger une population plus importante pour le confirmer.

L'entretien clinique devrait s'intéresser chez ces adolescents aux autres prises de risque éventuelles, et repérer leurs gravités : en recherchant la répétition ou non de la conduite, la présence ou non d'autres conduites à risque, les événements de vie négatifs, la qualité de l'étayage familial, le profil et les antécédents psychologiques, les antécédents psychiatriques

familiaux. Ceci, afin d'évaluer la dynamique des conduites à risque, et la nécessité d'une prise en charge.

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.

Les campagnes et structures de prévention ont été conçues dans l'optique de repérer et accompagner ces individus qui n'ont pas forcément recours aux structures de soins.

Différentes études préconisent des démarches de prévention interactives, de proximité, proposant des services dont il peut percevoir un bénéfice immédiat, afin d'instaurer un dialogue, un étayage.

Souvent, ces adolescents ne se sentent pas intéressés par un discours simplement informatif, des études sur les préventions de ce type dans les médias ont montré le faible impact sur le comportement adolescent.

Ces conduites étant un mécanisme de défense chez des jeunes en difficultés, on peut craindre qu'un discours simplement orienté sur les risques encourus, sans s'intéresser au mal être sous jacent, ne puisse les toucher ou même paradoxalement les renforcer dans leur comportement.

La prévention, peut concerner tout les acteurs de l'environnement proche de l'adolescent : les parents, les professeurs, les infirmiers scolaires, les médecins, les professionnels de lieux festifs, de la vente d'alcool. Leurs rôles est de repérer les difficultés, entamer un dialogue, travailler sur les compétences personnelles, mettre des limites aux consommations d'alcool, être présent dans le quotidien. Ces interventions peuvent être efficaces chez ces adolescents dans le sens où la consommation n'est pas stigmatisée, et où l'on s'intéresse à l'individu en lui-même, à ses difficultés propres.

Dans ce sens, existent des structures de proximité, polyvalents dont les principes sont l'accueil, l'écoute, et l'accompagnement des jeunes, dans un objectif de développement de compétences personnelles.

## VII) CONCLUSION :

Au travers de ce travail, nous avons pu repérer la mise en jeu de processus psychologiques différents dans l'état d'ivresse.

D'une part, des adolescents dont l'ivresse reflèterait plutôt une recherche de limites, une quête d'identité et d'appartenance au groupe.

D'autre part des adolescents inquiétants par leurs consommations et la banalisation leurs conduites. Leur relation au risque serait plus étroite, ils affirment en tout cas plus fréquemment aimer prendre des risques. Ils utiliseraient les conduites à risque telles que les consommations d'alcool nocives, en tant que mécanisme de défense, un moyen d'éviter de penser et de nier une réalité interne douloureuse.

Pourtant, les résultats de notre étude révélaient des liens au risque plus étroit dans la population adolescente générale qu'au sein de la population admise pour ivresse.

La difficulté à penser de certains adolescents pourrait être une des causes de ces résultats surprenants.

Mais il est également probable qu'au sein de la population témoin, une proportion non négligeable d'adolescents qui s'alcoolisent de manière excessive et prennent des risques ne soient jamais pris en charge pour ivresse.

L'étayage de l'entourage immédiat est important en matière de repérage, de reconnaissance et de soutien face aux difficultés. Si les structures de prévention permettent de prendre le relais quand cet étayage est insuffisant ou défaillant, ils se doivent de rester cohérents face à des adolescents en difficultés et perte de repère. Il est important que les services pédiatriques et pédopsychiatriques mais aussi les parents, les médecins généralistes, les infirmiers scolaires, les structures de prévention puissent travailler de concert.

Toutes ces structures et campagnes de prévention ne doivent par contre pas dédouaner les lieux de festivités et les professionnels du marketing de l'alcool. Car souvent ces entreprises profitent

des insécurités et doutes des adolescents pour leur vendre des produits sensés les rendre plus « cool » ou leur « donner des ailes ».

Des textes de loi régissent les ventes d'alcool aux mineurs. Et l'OMS a élaboré cette année des résolutions concernant le marketing et le prix de l'alcool.

Poser des limites, informer sont des actions auxquelles peuvent être sensibles les adolescents dans des conduites d'essai, car même si les limites sont explorées, celles-ci sont intégrées, les prises de risque et les transgressions sont minimales.

En revanche, chez des adolescents avec des consommations à risque, dans la banalisation de leurs troubles, une position informative ou centrée sur la peur ou le jugement des actes serait inefficace, pouvant même renforcer les comportements à risque.

Chez les adolescents pris en charge pour ivresse, l'hospitalisation, avec la réalité des conséquences somatiques, la durée de l'hospitalisation, la position de l'équipe soignante, la prise en charge par le pédopsychiatre, sont autant de points importants. Ils permettent de montrer à l'adolescent le souci de l'adulte face à sa conduite.

La prise en charge n'est pas uniforme, et doit bien sûr être adaptée à la situation, il serait tout aussi contre productif de banaliser ou de dramatiser la situation.

La position banalisante de l'adulte qui déclare « j'ai fait pareil à son âge » est sans doute rassurante mais s'arrête à l'acte posé par l'adolescent, sans en chercher la signification.

Et, si nous sommes pleinement conscience que l'ivresse éthylique fait partie des comportements à risque, en informer les adolescents est pour certains insuffisant, ils sont d'ailleurs régulièrement abreuvés de cette information.

L'évaluation pédopsychiatrique systématique des états d'ivresse chez l'adolescent est nécessaire dans le sens où elle cherche à déterminer quel processus psychologique sous-tend cette conduite.

Au final, le pédopsychiatre se doit d'amener l'adolescent à poser des mots, donner une signification à ses conduites, prendre conscience de ses difficultés, et finalement aboutir à ce que l'adolescent puisse utiliser une arme plus fiable que l'ivresse face à ses souffrances.

## BIBLIOGRAPHIE

Abel, E., Kruger, M., & Friedl, J. (1998). How do physicians define "light," "moderate," and "heavy" drinking? *Alcoholism clinical and experimental research* , 979-984.

Abesdris, j., Michaud, P., Lecallier, D., & Jami, H. (2003). alcoolisation problématique des jeunes non scolarisés, sans emploi. approche qualitative à Clichy-la-Garenne. *Archives de pédiatrie* , 137s-147s.

Adès, J., & Lejoyeux, M. (2004). Conduites de risque. *EMC-Psychiatrie* , 201-215.

ANAES. (2001). *Recommandations pour la pratique clinique:Orientations diagnostiques et prise en charge,au décours d'une intoxication éthylique aiguë,des patients admis aux urgences des établissements de soins*. Saint-Denis: ANAES.

Andreasson, S., Allebeck, P., Brandt, L., & Romelsjo, A. (1992). Antecedents and covariates of high alcohol consumption in young men. *Alcoholism clinical and experimental research* , 708-713.

Assailly, J. (1998). "Boire ou conduire". Prévention chez les jeunes. *Alcoologie* , 65-71.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. *Research and public policy* .

Bahr, S., Marcos, A., & Maughan, S. (1995). Family, educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents. *Journal of studies on alcohol* , 56, 457-469.

Bailly, D. (2009). *Alcool, drogues chez les jeunes : agissons*. Paris: Odile Jacob.

Bailly, D., Bailly-Lambin, I., & Querleu, D. a. (2004). Le sommeil des adolescents et ses troubles une enquête en milieu scolaire. *L'encéphale* , 352-359.

Ballion, R. (1999). *Les conduites déviantes des lycéens*. Bordeaux: OFDT- CADIS.

Barr, C. (2009). Functional CRH variation increases stress-induced alcohol consumption in primates. *Proceedings of the national academy of science* .

Bastin, P., Duperrex, O., Favresse, D., Gruel, C., Leveque, A., Mansour, Z., et al. (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Editions INPES.

- Baudier, F., Beck, F., Bourdessol, H., Courouve, L., Cytrynowicz, J., Escalon, H., et al. (2005). *Baromètre santé*. Paris: INPES.
- Baudry, P. (1991). *Le corps extrême: approche sociologique des conduites à risque*. Paris: L'Harmattan.
- Bazot, M. (1998). *L'homme et l'alcool*. Toulouse: Privat.
- Beck, F., Legleye, S., & Le Nézet, O. a. (2005). *Atlas régional des consommations d'alcool, données INPES/OFDT*. Saint Denis: INPES.
- Beck, F., Legleye, S., & Spilka, S. (2006). L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Economie et Statistiques* , 131-149.
- Beck, F., Legleye, S., Le Nézet, O., Spilka, S., & Godeau, E. (2006). *Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence*. Saint-Denis La plaine.
- Beck, F., Legleye, S., Obradovic, I., Mutatayi, C., Cohen, B., & Karila, L. (2008). Les plus jeunes adolescents face aux drogues: repérage des usages problématiques et éléments de réponses institutionnelles en France. *Medecine/sciences* , 758-767.
- Beck, K., Thombs, D., Mahoney, C., & Fingar, K. (1995). Beck et al., 1995. K.H. Beck, Social context and sensation seeking: Gender differences in college student drinking motivations. *Beck et al., 1995. K.H. Beck, D.L. Thombs, C.A. Mahoney and K.M. Fingar, Social context and sensation International Journal of the Addictions* , 1101-1115.
- Bèguea, L., & Roché, S. (2009). Multidimensional social control variables as predictors of drunkenness among French adolescents. *Journal of adolescence* , 171-191.
- Benichou, C. (1999). Alcool et famille: prise en charge institutionnelle. *Cahiers Alfred Binet* , 95-107.
- Bernard, H. (1984). Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIXe siècle : autour de Magnus Huss. *Histoire économie et société* .
- Biederman, J., Faranoe, S., Monuteaux, M., & Feigner, J. (2000). Patterns of alcohol and drug use in adolescent can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics* , 792-797.
- Birraux, A. (1994). *L'adolescent face à son corps*. Paris: Bayard.
- Blos, P. (1962). *Les adolescents, essai de psychanalyse*. Paris: Stock.
- Botbol, M., Choquet, L., & Grousset, J. (2007). *Alcool et adolescence- Alcool et transgressions: des liens compliqués*. Paris: Albin Michel.

- Bouvard, M. (2008). *Echelles et questionnaires d'avaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Boyer, T. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review . *Developmental review* , 291-345.
- Braconnier, A. (2002). Prises de risques adolescents/adolescentes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité* , 787-792.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S., & Cohen, P. (1995). Aggression, intrapsychic distress and drug use : antecedent and intervening processes. *Journal of american child and adolescent psychiatry* , 1076-1083.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S., & Cohen, P. (1996). Young adult drug use and delinquency : childhood antecedents and adolescent mediators. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry* , 1584–1592.
- Brouard, M., & G., J. (2009). Romance chimique ou la question de la séparation: consommation d'ectasy à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence* , 372-378.
- Bukstein, O., Brent, D., & Kaminer, Y. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American journal of psychiatry* , 1131-1141.
- Bur, Y. (2004, Novembre 1). *Inciter à réduire le degré d'alcool*. Retrieved mars 8, 2010, from L'express.fr: [www.lexpress.fr](http://www.lexpress.fr)
- Cardénala, M., Sztulmanb, H., & Schmitt, L. (2007). Le questionnaire de fonctionnement ordalique (QFO) : premiers éléments de validation et résultats préliminaires chez des toxicomanes et des anorexiques . *Annales médico-psychologiques* , 703-713.
- CEMEA. (2008). *CEMEA- Mieux nous connaitre*. Retrieved juillet 2010, from Site web du CEMEA: <http://www.cemea.asso.fr>
- Chabalier, H. (2005). *Alcoolisme: Le parler vrai, le parler simple. Rapport de la mission Hervé Chabalier de réflexion et de propositions sur la lutte contre l'alcoolisme, diligentés par le Ministère de la santé*. Paris: Robert laffont.
- Chilcoat, H., & Breslau, N. (1999). Pathways from ADHD to early drug use. *Journal of American Academy Child and adolescent psychiatry* , 1347-1354.
- China, V., Van Skikea, C., & Matthews, D. (2010). Effects of ethanol on hippocampal function during adolescence: a look at the past and thoughts on the future . *Alcohol* , 3-14.

- Cooper, M., Frone, M., Russellb, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to Regulate Positive and Negative Emotions: A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Personality and Social Psychology* , 990-1005.
- Cooper, M., Frone, R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to Regulate Positive and Negative Emotions: A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of personality and social psychology* , 990-1005.
- Corcos, M., & Jeammet, P. (2006). Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence: la force et le sens. *Psychotropes* , 71-91.
- Corcos, M., Flament, M., & Jeammet, P. (2003). *Les conduites de dépendance*. Paris: Masson.
- Coslin, P. (2007). *De la fête à l'abus*. Toulouse: Albin Michel.
- Coslin, P. (2006). *Les conduites à risque à l'adolescence*. Paris: Armand Colin.
- Costes. (2008, Février). *Alcool: conséquences*. Retrieved Mai 2010, from site web OFDT: <http://www.ofdt.fr>
- Costes. (2005). *Données nationales, séries statistiques*. Retrieved Mai 2010, from site web OFDT: <http://www.ofdt.fr>
- Costes, J. (2009, decembre). *alcool-consommation, niveau et fréquence*. Retrieved mai 2010, from site web observatoire français des drogues et des toxicomanies: <http://www.ofdt.fr>
- Costes, J. (2009, juin). *données nationales, séries statistiques*. Retrieved mai 2010, from site web observatoire français des drogues et des toxicomanies: <http://www.ofdt.fr>
- Daoust, M., Barbier, E., Houchi, H., Warnault, T., Pierrefiche, O., & Naassila, M. (2009). Effects of prenatal and postnatal maternal ethanol on offspring response to alcohol and psychostimulants in long evans rats. *Neuroscience* , 427-440.
- Daoust, M., Houchi, H., Warnault, V., Vilpoux, C., Pierrefiche, O., & Nassila, M. (2009). Vulnérabilité à la dépendance à l'alcool après une exposition pendant l'adolescence : implication des récepteurs A2A de l'adénosine et CB1 des endocannabinoides. *Cahiers de l'Ireb* , 163-173.
- Daoust, M., Warnault, V., Barbier, E., Houchi, H., Pierrefiche, O., Vilpoux, C., et al. (2007). Effets de l'exposition pendant l'adolescence sur la vulnérabilité à l'alcool et autres substances psychoactives. *Cahiers de l'IREB* , pp. 23-33.
- David, H. (2008). Alcool et jeunes : les grands principes de toute intervention de prévention. *Santé de l'homme* , 22-24.
- De Haes, W., & schuurman, J. (1975). Results of an evaluation study on three drug education models. *International Journal of health education* .



- De Mijolla, A., & Shentoub, S. (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme, repères théoriques et place de l'alcoolisme dans l'oeuvre de Freud*. Paris: Payot.
- De Peretti, G., Beck, F., & Legley, F. (2003). Sorties en discothèques et usage de substances psychoactives: exploitation d'une enquête représentative menée auprès des adolescents. *Psychotropes* , 163-184.
- Delaigne, A. (2007). *Alcool et adolescence- L'ivresse des grandes écoles*. Paris: Albin Michel.
- Deykin, E., Levy, J., & Wells, V. (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American journal of public health* , 178-182.
- DGESCO; MILDT. (2006). *Prévention des conduites addictives: guide d'intervention en milieu scolaire*. Futuroscope: CNDP.
- D'huart, C. (2007). Alcool et adolescence: une liaison dangereuse? Comprendre et prévenir en médecine générale., (pp. 1-19).
- Disney, E., Elkins, I., Mc Gue, M., & Iacono, W. (1999). Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *American journal of psychiatry* , 1515-1521.
- Diwo, R. (1999). Evénements de vie et fragilité de la mentalisation: approche comparée chez l'adolescent suicidant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* , 200-214.
- Donovan, J., & Molina, B. (2008). Children's Introduction to Alcohol Use: Sips and Tastes. *Alcohol Clinical Experience Ressource* , 108-119.
- Donzé, S. (2008). *Mon ado et l'alcool: le point de vue des parents sur la consommation précoce d'alcool*. Genève: FEGPA.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. (2006). Alcohol use from ages 9 to 16 a cohort-sequential latent growth model. *Drug and alcohol dependence* , 71-81.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., Anthony, B., & Dennis, A. (1998). Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *drug and alcohol dependance* , 57-71.
- Expertise collective INSERM. (2005). *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Editions Inserm.
- Eysenck, H. (1997). Addiction, personality and motivation human. *Psychopharmacology* , 79-80.
- Falissard, B. (2008). *Mesurer la subjectivité en santé, perspective méthodologique et stastitique*. Issy-les-moulineaux: Masson.

- Favre, J., Choque, M., & G., A. (1997). Modes de consommation d'alcool et tentative de suicide chez l'homme jeune. *Actualités et dossier en santé publique* , 14-16.
- Ferley, J., Da Silva, O., & Rouchaud, D. a. (2009). *Regards sur la santé des collégiens et lycéens du Limousin*. Limoges: ORS.
- Foley, K., Altman, D., Durant, R., & Wolfson, M. (2004). Adults' Approval and Adolescents' Alcohol Use. *Journal of adolescent health* , 345e17-345e26.
- Fortin, J. (2003). L'adolescence et l'alcoolisation. Quelle prévention ? Quelle prise en charge? *Archives de pédiatrie* , 137s-147s.
- Freud, A. (1936). *Le Moi et les mecanismes de defense*. Paris: Presses universitaires françaises.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Londres: Gallimard.
- Gardien, F. (2007). *L'alcoolisme adolescent, en finir avec le déni*. Paris: L'Harmattan.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* , 897-899.
- Graham, P. (1996). Alcohol and the young. *Archive of disease in childhood* , 361-363.
- Guerri, C., & Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence . *Alcohol* , 15-26.
- Ham, L., & Hope, D. (2003). college students and problematic drinking: a review of the literature. *clinical psychology review* , 719-759.
- Hanssenne, M. (2003). *Psychologie de la personnalité*. De Boeck.
- Hefez, S. (2007). En famille, quand les enfants trinquent... In H. P., & M. F., *Alcool et adolescence* (pp. 192-205). Paris: Albin Michel.
- Hibell, B., Guttormson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjanrson, B., Kokkevi, A., et al. (2009). *ESPAD 2007: usage de drogues parmi les jeunes scolarisés de 35 pays d'europe*. Europe: ESPAD.
- Hill, C. (2000, Mars). Alcool et risque de cancer. *Alcoologie et addictologie* , 14-17.
- Holly, C., Wilcox, b., & James, C. (2004). The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. *Drug and alcohol dependence* , 53-67.
- INPES. (2008). *Alcool.Plus d'infos pour moins d'intox*. Retrieved mai 2010, from site web INPES: <http://www.inpes.sante.fr/CFESbases/catalogue/pdf/1123.pdf>

- INSERM. (2001). *Education pour la santé des jeunes*. Paris.
- INSERM. (2009). *Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver*. Paris: Editions INSERM.
- Jacob, E., Joubert, M., & Touze, S. (2000). *Evaluation des Points écoute jeunes et/ou parents*. Paris: OFDT RESSCOM.
- Jellinek, E. M. (1960). The Disease Concept of Alcoholism. *College and University Press* .
- Jessor, R. (1991). Risks behavior in adolescence: a psychological framework for understanding and framework. *journal of adolescence health* , 597-605.
- Karenty, S., Melihan-Cheinin, P., Martin, D., Larochette, N., Maro, D., & Larabi, M. (2006). *Premier état des lieux de l'application des règlements interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire.
- Karila, L., Coscas, S., Benyamina, A., & Reynaud, M. (2007). Un comportement à causes multiples. In P. Huerre, & F. Marty, *alcool et adolescence* (pp. 31-38). Paris: Albin Michel.
- Karila, L., Legley, S., Beck, F., Corruble, E., Falissard, B., & Reynaud, M. (2007). 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* , 582-590.
- Kermel de Fécan, C. (1997). Les premix... et après? *Alcool ou santé* , pp. 11-15.
- Klingemann, H. (2001). *L'alcool et ses conséquences sociales: la dimension oubliée*. Danemark: Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'europe.
- Knight, J., Sheritt, L., Shrier, L., Harris, S., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patient. *Archive of pediatrics and adolescent medicine* , 607-614.
- Knight, J., Shrier, L., Bravender, T., Farrell, M., Bilt, J., & Shaffer, H. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *archive of pediatrics and adolescent medicine* , 591-596.
- Kreitman, N., & Schrieber, M. (1979). Parasuicide on young Edimbourg women . *psychological medicine* , 469-479.
- Kuntsche, E., & Gmel, G. (2006). Changes in Adolescents' Reasons for Drinking in Switzerland and Associations with Alcohol Use from 1994 to 2002. *Journal of Adolescent Health* , 705-711.
- Kuntsche, E., Rehm, J., & Gmel, G. (2004). characteristics of binge drinkers in Europe. *Social science and medecine* , 113-127.

- Labbé, E., Moulin, J., Sass, C., Chatain, C., Guéguen, R., Dauphinot, V., et al. (2005). *Etat de santé, comportements et fragilité sociale de 105 901 jeunes en difficulté d'insertion professionnelle*. Saint-Etienne: Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé ( CETAF ) .
- Lacoste, M. (2006). Adolescence et toxicomane "le dit et le non-dit du symptôme". *La santé des mineurs: droit et pratiques professionnelles* , (pp. 7-10). Bordeaux.
- Lambrech, R. (1989). *L'imaginaire du vin*. Marseille: J.Laffite.
- Latendresse, S. J. (2008). Parenting Mechanisms in Links between Parents' and Adolescents' Alcohol Use Behaviors. *Alcohol Clinic Experience Ressource* , 322–330.
- Le Breton, D. (2003). conduites à risque des jeunes générations. *Sauvegarde de l'enfance* , 117-124.
- Le Breton, D. (2002, Février). Société du risque: fantasmes et réalité. *Sciences humaines* .
- Le Fourn, M. (2007). *Alcool et adolescence-Pourvu qu'on ait l'ivresse et le flacon*. Albin Michel: 2007.
- Le monde*. (2009, Novembre 26). Retrieved from Site web Le Monde: <http://www.lemonde.fr>
- Ledoux, S., Sizaret, A., Hassier, C., & Choquet, M. (2000). Consommation de substances psychoactives à l'adolescence. *Revue des études de cohorte. Alcoologie et addictologie* , 19-40.
- Lenormant, F. (2006). *La grande Grèce, paysages et histoires*. Paris: Elibron.
- Loi 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. (1991, janvier 12). *Journal Officiel* .
- Maffesoli, M. (1985). *L'Ombre de Dionysos, contribution à une sociologie de l'orgie*. Paris: Librairie des Méridiens.
- Maga, E., Phillips, L., & Hosie, J. (2008). Self-regulation and risk-taking. *Personality and individual differences* , 153-159.
- Mahler, V. (2007). Quand le marketing cible les jeunes. In P. Huerre, & F. Marty, *Alcool et adolescence* (pp. 132-151). Paris: Albin Michel.
- Mamecier, A., Ravery, Y., Boutet-Waiss, F., Sallé, J., & Naves, P. (2004). *Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*.
- Mannuzza, S., Gittelman Klein, R., & K., A. (1991). Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: a prospective follow-up study. *Journal of american academy child and adolescent psychiatry* , 743-751.

- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson.
- Marty, F. (2006). L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse. *L'évolution psychiatrique* , 247-258.
- Mc Neill, A. (1998). *Alcohol problems in the family :A report to the European Union*. England: Eurocare.
- McCabe, S. (2002). Gender differences in collegiate risk factors for heavy episodic drinking. *Journal of Studies on Alcohol* , 49-56.
- Michel, G. (2001). *La prise de risque à l'adolescence*. Paris: Masson.
- Michel, G. (2001). Recherche de sensations et sur-éveil corporel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence* , 244-251.
- Michel, G., Le Heuzy, M., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Siméoni, M. (2001). Recherche de sensation et conduite à risque chez l'adolescent. *Annales médico psychologiques* , 708-716.
- Michel, G., Mouren-Siméoni, M., Perez-Diaz, F., Carton, S., & Jouvent, R. (1999). Validation and Construction of sensation seeking scale for adolescent. *Pers Ind Diff* , 159-174.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Siméoni, M. (2001). Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psychoactives. *Annales medico psychologiques* , 622-631.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Simeoni, M.-C. (2006). Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychoiatrie de l'enfance et de l'adolescence* , 62-76.
- Ministère de la santé et du sport*. (n.d.). Retrieved from <http://www.gouv.fr>
- Ministère du travail, de la solidarité, de la fonction publique. (2009, Novembre 18). *Ministère du travail, de la solidarité, de la fonction publique*. Retrieved juillet 2010, from La maison des adolescents: <http://www.travail-solidarite.gouvfr>
- Moffitt, T. (1993). Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior.A developmental taxonomy. *Psychological review* , 674-701.
- Mouquet, M.-C., & Villet, H. (2002). Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. (D. d. statistiques, Ed.) *Etudes et résultats* , 1-11.
- Myers, M., Stewart, D., & Brown, S. (1998). Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent susrance abuse. *American journal of psychiatry* , 479-485.
- Naassila, M. (2009). Du plaisir à la dépendance. *Cerveau et psychologie* .
- Naassila, M. (2010). Le cerveau adolescent. *Société française d'alcoologie*. Paris.

- Nahoum-Grappe, V. (1991). *La culture de l'ivresse*. Paris: Quai Voltaire.
- Navarro, F., & Godeau, E. (2007). Les collégiens et l'alcool. In P. Huerre, & F. Marty, *Alcool et adolescence* (pp. 205-227). Paris: Albin Michel.
- Newcomb, M., & Bentler, P. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults : A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* , 64-75.
- Nordmann, R. (2007). *Evolution des conduites d'alcoolisations des jeunes: motifs d'inquiétude et proposition d'action*. Paris: Académie nationale de médecine.
- OEDT. (2007). *Rapport 2007 sur l'enquête ESPAD: utilisation de substances parmi les jeunes scolarisés de 35 pays d'Europe*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.
- OFDT. (2008, aout). Retrieved from site web de l'observatoire français des drogues et toxicomanies: <http://www.ofdt.fr>
- OFDT. (2005). *Étude « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière » (SAM)*. Paris: OFDT.
- OFDT. (2009). *Les drogues à 17 ans, résultats de l'enquête ESCAPAD 2008*. Saint- Denis la Plaine.
- OFDT. (2003). *Problèmes sanitaires et sociaux*. Retrieved Mai 2010, from Site web OFDT: [www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dd05sant.pdf](http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dd05sant.pdf)
- OFDT. (2005). *Quelle est l'évolution des perceptions alcool et des pratiques RPIB des médecins généralistes un an avant la formation?*
- OMS. (2010). *Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool : projet de stratégie mondiale*. Genève.
- ONISR. (2005). *Adolescents (15 à 17 ans)*. Retrieved Mai 2010, from site web sécurité routière: <http://www.securiteroutiere.gouv.fr>
- Pasteur, L. (1866). *Oeuvres de pasteur tome III: Etudes sur le vinaigre et le vin*. Paris: Masson & Cie editeurs.
- Patton, G., Barbara, M., McMorris, J., Toumbourou, J., Hemphill, S., Donath, S., et al. (2004). Puberty and the Onset of Substance Use and Abuse. *Pediatrics* , 300-306.
- Pedinielli, J., Rouan, G., & Gimenez, G. e. (2005). Psychopathologie des conduites à risque. *Annales medico psychologiques* , 30-36.

- Pérez-Díaz, C. (1999). *Alcool et délinquance : Recension bibliographique*. Paris: Centre de Recherches sur le Droit.
- Picard, V., Reynaud, M., Gerbaud, L., Clément, G., & Perthus, I. (2002). Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif d'alcool. *La revue du praticien* , 1-5.
- Picherot, G., & Muszlack, M. (2005). Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences : une enquête prospective multicentrique française. *Alcoologie addictologie* , 5-12.
- Picherot, G., Muzslack, M., Hazart, I., Gras, D., Dreno, L., & Gras-Leguen, C. (2007). Alcool et adolescence. *Journal de pédiatrie et de puériculture* , 321-324.
- Picherot, G., Urbain, J., Dreno, L., Caldagues, E., Caquard, M., Pernel, A.-S., et al. (2010). L'alcoolisation des adolescents: une précocité inquiétante? *Archives de pédiatrie* .
- Rehm, M., Room, R., Brink, W., & Jacobi, F. (2005). Alcohol-use disorders in EU countries and Norway : An overview of the epidemiology. *European Neuropsychopharmacology* , 377-388.
- Rielle, J. (1996). *Alcopops sucrées et branchées*. Retrieved mars 8, 2010, from [www.prevention.ch](http://www.prevention.ch).
- Roe, E., & Becker, J. (2006). Drug prevention with vulnerable young people: a review. *Drugs education prevention policy* , 85-99.
- Santa A.F., C. (2008). Does the impact of antidrinking and driving public service announcements differed based on message type and viewers characteristics? *Journal of drug education* , 109-129.
- Schweinsburg, A., Nagel, B., & Tapert, S. (2005). fMRI reveals alteration of spatial working memory networks across adolescence. *Journal of the International Neuropsychological Society* , 631-644.
- Shapiro, R., Siegel, A., Scovill, L., & Hays, J. (1998). Risk-taking patterns of female adolescents: what they do and why. *Journal of adolescence* , 143-159.
- Shin, S., Edwards, E., & Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive behaviours* , 277-280.
- Sosale, S., Finnegan, J., Schmid, I., Perry, C., & Wolfson, M. (1999). Adolescent alcohol use and the community health agenda: a study of leaders' perceptions in 28 small towns . *Health education research* , 7-14.
- Suétone. (69-125 après JC). *Vie des douze césars - Vie de Néron*.

Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C., et al. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of "drug abuse" prevention. *Substance use misuse* , 1971-2016.

Taffe, M., Kotzebue, R., Crean, R., Crawford, E., Edwards, S., & Mandyam, C. (2010). Long-lasting reduction in hippocampal neurogenesis by alcohol consumption in adolescent nonhuman primates. *PNAS* , 11104-11109.

Thomazeau, A.-M. (2002). *L'alcool:un drôle d'ami*. Paris: De La Martinière Jeunesse.

Tildesley, E., & Andrews, J. (2008). The development of children's intentions to use alcohol: direct and indirect effects of parent alcohol use and parenting behaviors. *Psychological Addiction Behaviour* , 326-339.

Tobler, N. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-analysis. *Journal of primary prevention* , 275-336.

toxicomanie), M. (. (2006). *Prévention des conduites addictives: guide d'intervention en milieu scolaire*. Futuroscope: Collection repères.

Trull, T., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology* , 350-360.

Van Hasselt, V., Nall, J., Kempton, T., & Bukstein, O. (1993). Social skills and depression in adolescent substance abusers. *Addictive behaviors* , 18, 9-18.

Vandercammen, M. (2004). *CRIOC*. Retrieved from Site web du CRIOC: <http://www.crioc.be>

Varlinskaya, E., & Spear, L. (2010). Sensitization to social anxiolytic effects of ethanol in adolescent and adult Sprague–Dawley rats after repeated ethanol exposure . *Alcohol* , 99-110.

Vélé, D. (2005). *Toxicomanie et conduites addictives*. Paris: Heures de France.

Viala-Artigues, J., & Mechetti, C. (2003). Histoire de l'archéologies acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie. *Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie* .

Vignau, J., & Karila, L. (2003). Substance abuse in adolescents. *La revue du praticien* .

Weitzman, E., Nelson, T., & Wechsler, H. (2003). Taking Up Binge Drinking in College: The Influences of Person, Social Group, and Environment. *Journal of adolescent health* , 26-35.

Westling, E., Andrews, J., Hampson, S., & Peterson, M. (2008). Pubertal Timing and Substance Use: The Effects of Gender, Parental Monitoring and Deviant Peers. *Journal of Adolescence Health* , 555-563.



- Wilens, T., Biederman, J., Abrante, A., & Spence, T. (1997). Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorders. *T.E. Wilens, J. Biederman, A.M. Abrantes and Th. Spencer, J. ClinJournal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 941-947.
- Wills, T., & Vaughan, R. (1989). Social support and substance use in early adolescence. *Journal of behaviour adolescent*, 321-339.
- Windle, M. (1991). The difficult temperament in adolescence : associations with substance use, family support, and problem behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 310-315.
- Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité*. Gallimard.
- Wood, M., Read, J., Mitchell, R., & Brand, N. (2004). Wood et al., 2004 M.D. WooDo parents still matter? Parent and peer influence on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19-30.
- Yeaworth, R., Janet, Y., Hussey, M., Ingle, M., & Goodwin, T. (1980). The development of an adolescent life change event scale . *Adolescence*, 91-97.
- Zimmerman, G., Rossier, V., Bernard, M., Cerchia, F., & Quartier, V. (2005). Sévérité de la consommation d'alcool et de cannabis chez des adolescents tout-venant et délinquants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 447-452.
- Zuckerman, M., Kolin, E., & Price, L. (1964). Development of a sensation-seeking scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 477-482.

I] INTRODUCTION .....	14
II] LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES ADOLESCENTS .....	17
1. Introduction .....	17
A) La place de l'alcool dans la population française.....	17
B) Les différents modes de consommation des adolescents.....	19
C) Présentation des différentes enquêtes épidémiologiques .....	21
2. Les enquêtes épidémiologiques .....	22
A) Au niveau Européen : .....	22
B) Au niveau national :.....	30
C) Au niveau régional, le limousin :.....	35
III] ADOLESCENTS ET CONSOMMATION A RISQUE D'ALCOOL:.....	47
1. Introduction : Les différentes formes de consommations à risque chez l'adolescent .....	47
2. Un produit : l'alcool : .....	48
A) Historique.....	48
a) L'usage antique de l'alcool :.....	48
b) Les grecs et les romains :.....	49
c) L'alcool distillé : .....	49

B)	De l'alcoolisme à l'alcoolisation : .....	50
C)	La fonction de l'alcool dans la tourmente pubertaire .....	53
a)	Alcool et identité .....	53
b)	Alcool et angoisses .....	53
c)	Alcool et adolescence : théories psychanalytiques.....	54
d)	Alcool et adolescence : théories biologiques .....	55
D)	Le marketing : .....	58
a)	Les adolescents, une cible publicitaire des alcooliers .....	58
b)	Alcool et « packaging » .....	58
c)	Des boissons créées pour les adolescents.....	59
d)	La loi et le marketing.....	60
3.	Alcool et contexte social : .....	62
A)	Le rôle de l'entourage familial : .....	62
a)	Les premières initiations.....	62
b)	Le contexte familial.....	63
c)	Le support familial .....	64
d)	Antécédents familiaux de consommation d'alcool.....	64
B)	L'influence des pairs : .....	65
a)	Des pairs plus influents que la famille .....	65
b)	Alcool et le groupe des pairs.....	65
c)	Consommation des pairs.....	66
C)	Le contexte socio économique : .....	67
a)	Difficultés sociales .....	67
b)	Délinquance.....	68
D)	Le moment scolaire .....	68
4.	Personnalité et psychopathologie : .....	69
A)	Psychopathologie : .....	69
a)	Les troubles des conduites : .....	70
b)	Les troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH): .....	70
c)	Les troubles dépressifs et les troubles anxieux : .....	70
d)	Dimensions de personnalité : .....	71
5.	Un moment culturel donné : .....	73

A)	Les racines sacrées.....	74
a)	La mythologie :.....	74
b)	Le judaïsme : .....	74
B)	Alcool et imaginaire collectif : .....	75
C)	Les « miroirs de l'alcoolisation » : Les lettres et les arts .....	76
IV]	ABUS D'ALCOOL : UNE CONDUITE A RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS .....	80
1.	Introduction .....	80
2.	Les consommations d'alcool en tant que conduites à risque :.....	81
A)	Les risques somatiques et psychologiques :.....	81
a)	Alcool et accidents de la route :.....	81
b)	Alcool et développement du cerveau adolescent : .....	82
c)	Alcool et pathologies : .....	82
d)	Alcool et suicide .....	83
e)	Alcool-dépendance :.....	83
f)	Alcool et grossesse : Le risque du syndrome d'alcoolisation fœtale : .....	83
B)	Les risques sociaux :.....	84
a)	Alcool et précarité : .....	84
b)	Alcool et scolarité :.....	84
c)	Alcool et transgression de la loi :.....	85
d)	Alcool et famille :.....	85
3.	Le sens des conduites à risques : .....	86
A)	Sur le plan social :.....	86
a)	Accéder à une identité : .....	86
b)	L'équivalence d'un rite de passage :.....	86
B)	La conduite à risque du point de vue psychanalytique.....	88
a)	Perspective développementale .....	88
b)	La maîtrise de l'excitation libidinale : .....	88
c)	Le modèle de l'ordalie :.....	89
C)	La conduite à risque en tant que recherche des éprouvés.....	91
a)	Une régulation émotionnelle :.....	91
b)	Le sur éveil corporel, dans le processus de l'adolescence.....	92
c)	Volonté de puissance et sentiment d'infériorité.....	93

VJ ALCOOL ET PREVENTION : .....	94
1. Principes des interventions de prévention.....	94
A) Introduction .....	94
B) Le groupe ciblé : .....	95
a) Les adolescents : .....	95
b) Les professionnels de l'éducation et de la santé : .....	96
c) Les parents : .....	96
C) Les intervenants : .....	97
a) Dans le milieu scolaire : .....	97
b) Les professionnels de santé : .....	97
c) Les médias : .....	98
D) Le lieu de l'intervention.....	98
a) Le milieu scolaire : .....	98
b) Intervenir sur la communauté de manière plus large.....	98
E) Le but et les méthodes : .....	99
a) Le but .....	99
b) Développer des compétences.....	99
c) Informer.....	100
2. Les actions de prévention en France : .....	101
A) Evaluation des actions de prévention.....	101
B) Quelques dispositifs français : .....	101
a) Le CESC (Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) : .....	102
b) Les Cemea (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives) : .....	102
c) Les points d'accueil et d'écoute jeunes : .....	102
d) Les maisons des adolescents : .....	103
C) La prévention sur un plan médical.....	103
a) Les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) .....	103
b) Evaluation de la conduite à risque : .....	104
D) Textes législatifs : .....	105
E) Résolutions émises par l'OMS : .....	107
VIJ ETUDE CAS-TEMOINS : IVRESSE ET RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS.....	109
1. Objectifs .....	109

A)	Objectif principal :.....	109
B)	Objectifs secondaires :.....	109
2.	Population et méthodes :.....	110
A)	Schéma d'études :.....	110
B)	Populations étudiées :.....	110
a)	Définition des cas :.....	110
b)	Définition des témoins :.....	110
c)	Critères d'inclusion et d'exclusion :.....	110
C)	Recueil de l'information.....	111
D)	Variables étudiées :.....	111
a)	Les données sociales informent sur :.....	111
b)	Les données psychologiques et environnementales.....	111
c)	Un « hétéro questionnaire » :.....	112
d)	La relation au risque.....	112
e)	Repérage d'une consommation d'alcool à risque : CRAFFT-Test :.....	115
f)	Questions concernant la consommation d'alcool :.....	118
g)	Questionnaire d'événements de vie :.....	118
E)	DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....	118
a)	Déroulement chronologique et géographique.....	118
b)	Dispositions médico-légales :.....	118
c)	Déroulement pour les sujets cas :.....	119
d)	Déroulement pour les sujets témoins :.....	119
e)	Modalité du recueil des données :.....	121
3.	Les résultats.....	121
A)	Répartitions des populations :.....	121
	Nous avons interrogé 346 adolescents dans la population « témoin », et 31 patients dans la population « cas ».....	121
a)	Répartition selon le sexe :.....	122
b)	Répartition selon l'âge :.....	123
c)	Répartition selon la scolarité :.....	124
B)	Les conditions de vie :.....	125
C)	Les informations personnelles :.....	125

D)	Le suivi psychologique :.....	128
E)	Relation au risque dans les populations cas et témoins :.....	130
	a) Comparaison des scores obtenus dans trois sous-domaines du questionnaire du fonctionnement ordinal entre la population « cas » et la population « témoin » : .....	130
	b) Relation au risque et usage d'alcool ou de drogue :.....	134
	c) Comparaison des scores du CRAFFT et relation au risque chez les adolescents ..... du groupe « cas » :.....	137
F)	La consommation d'alcool .....	141
	a) Les résultats d'alcoolémie : .....	141
	b) Les réponses aux questions sur les consommations d'alcool chez les adolescents admis pour ivresse : .....	142
	c) Les résultats au questionnaire CRAFFT : .....	143
	<i>Distribution des scores au CRAFFT</i> .....	143
	d) Comparaison entre les réponses au recueil d'informations personnelles et le score du..... CRAFFT :.....	147
	Nous comparons les informations personnelles et la consommation d'alcool (repérée nocive ou non par le score du CRAFFT-Test) .....	147
	e) Comparaison entre le score du CRAFFT et les réponses concernant la consommation ..... d'alcool :.....	149
	f) Les types de consommations déclarées par les adolescents pris en charge pour ivresse : .....	150
F)	Les évènements de vie :.....	151
	a) Comparaison des événements de vie vécus dans les deux populations .....	151
	b) Estimation des risques dans notre population .....	153
4.	Discussion : .....	159
A)	Avantages et inconvénients de la méthodologie de l'étude :.....	159
	a) Inconvénients.....	159
	b) Avantages .....	163
B)	Discussion des résultats .....	165
	a) Répartition des populations selon le sexe .....	165
	b) Répartition selon l'âge :.....	165
	c) Répartition selon la scolarité et les conditions de vie : .....	166
	d) Difficultés psychologiques et suivi :.....	167
	e) Relation au risque dans les populations cas et témoins :.....	168

f) Relation au risque et consommation d'alcool et réponses au sein de la population « cas » :	169
g) Les questions sur les consommations d'alcool :	171
h) Les évènements de vie :	174
i) Quelles perspectives en termes de prévention, de repérage, et de prise en charge aux urgences :	176
VII) CONCLUSION :	179
BIBLIOGRAPHIE	181
ANNEXES	201
SERMENT D'HIPPOCRATE	223



# ANNEXES



# Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

v.8 / N°: .....

Merci de compléter ce document au stylo noir en cochant la case choisie en faisant une simple croix.  
Si une case est cochée par erreur, il suffit de la noircir complètement ou de l'effacer au blanco, et elle ne sera pas prise en compte.

## Merci de préciser....

1. Tu es...  un garçon  une fille

2. Ton mois de naissance...

3. Ton année de naissance...

4. Ta classe...

<input type="checkbox"/> 4ème	<input type="checkbox"/> 4ème SEGPA	<input type="checkbox"/> 3ème générale
<input type="checkbox"/> 3ème SEGPA	<input type="checkbox"/> 3ème DP	<input type="checkbox"/> seconde
<input type="checkbox"/> seconde BEP	<input type="checkbox"/> seconde technologique	<input type="checkbox"/> 1ère année BAC Pro
<input type="checkbox"/> 1ère enseignement général	<input type="checkbox"/> 1ère technologique	<input type="checkbox"/> 2ème année BAC Pro
<input type="checkbox"/> Terminale enseignement général	<input type="checkbox"/> Terminale Technologique	<input type="checkbox"/> Terminale CAP
<input type="checkbox"/> Terminale BEP	<input type="checkbox"/> Terminale Bac Pro	<input type="checkbox"/> 1ère année CAP
<input type="checkbox"/> 1ère année BEP	<input type="checkbox"/> 6ème	<input type="checkbox"/> 5ème

5. Tes conditions de vie :  chez mes parents  dans un foyer  dans une famille d'accueil  autre

6. Si 'autre', précisez :

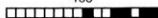
7. La date de remplissage du questionnaire...

## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

### Questionnaire de fonctionnement ordalique

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec cette affirmation. Dans chaque cas, donner une seule réponse en cochant la case qui décrit le mieux votre pensée.

Votre accord sur les affirmations suivantes	pas du tout d'accord	pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
8. Cela m'exciterait de faire de la moto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Certains membres de ma famille, des amis proches, pratiquent un sport à risque ou sont de véritables casse-cou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je crois que la chance existe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je trouve que faire des activités dangereuses permet d'impressionner les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'aimerais tester (ou j'ai déjà testé) les sensations que procurent le fameux saut à l'élastique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. D'une manière générale, la chance joue en ma faveur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'aime les sensations que procure la vitesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je trouve que faire des activités dangereuses permet de relever des défis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dans une fête foraine, je ne rate jamais l'occasion de monter dans un manège à sensations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. D'une manière générale, je ne tiens pas compte de la superstition (passer sous une échelle, croiser un chat noir...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'aime prendre des risques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je crois à la réincarnation ou qu'il y a quelque chose après la mort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'aime jouer à des jeux d'argent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Etre confronté(e) à des dangers, des épreuves ou des obstacles permet de tester ses limites, ses possibilités.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je me sens souvent en rivalité avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je ne prends de risques que lorsqu'ils sont calculés, maîtrisés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Je pense que le destin est tracé pour chacun d'entre nous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Lorsque j'ai trop bu (et/ou que j'ai fumé des joints), je ne prends pas le volant et je fais on sorte qu'on me raccompagne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je trouve insensées les personnes qui risquent leur peau en pratiquant des sports dangereux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. J'éprouve souvent le besoin de me démarquer, de me distinguer des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je ne volerais jamais quelque chose même si je sais ne pas pouvoir être pris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je joue souvent aux jeux de hasard (machines à sous, black-jack, loto, dés...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Les sensations fortes que procure l'alpinisme ne m'attirent absolument pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Je suis très attaché(e) aux traditions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. D'une manière générale, on peut dire que je suis né(e) sous une bonne étoile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Je suis prêt(e) à faire ce qui me semble bon pour moi, sans regarder aux conséquences.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Cela m'exciterait de faire de la plongée sous-marine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. J'ai déjà tenté de forcer la chance, la défier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. J'aimerais prendre (ou j'ai déjà pris) des drogues hallucinogènes (LSD, champignons...), pour voir les sensations qu'elles produisent sur moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

Votre accord sur les affirmations suivantes	pas du tout d'accord	pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
37. Une vie calme et paisible serait pour moi ennuyeuse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. J'admire le courage des personnes qui risquent leur vie dans des activités dangereuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Je me sens souvent mis au défi par les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Je n'ai pas de mal à adopter un comportement contraire aux usages.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. La chance m'a permis de pousser mes limites plus loin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Je trouve que le spiritisme (communication avec les esprits, avec l'au-delà, table tournante...) est une grande absurdité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Il m'est déjà arrivé de conduire sans permis ou du moins cela me tenterait bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Cela m'exciterait de faire du parapente ou du deltaplane.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Je ne comprends pas les jeunes qui lors des soirées " rave " ou en discothèque, consomment toute sorte de drogues sans connaître l'origine, la composition et les effets de celles-ci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Je trouve beaucoup plus intéressant et excitant de faire du ski hors piste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Je trouve que prendre des risques permet de se sentir plus fort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. J'ai une grande confiance en la chance même si celle-ci ne se manifeste pas toujours au bon moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Je trouve excitant de participer à des activités illégales ou immorales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. J'aurais très peur de surfer sur les vagues ou sur la neige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Je suis plutôt une personne prudente qu'audacieuse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Je porte souvent sur moi, dans les moments difficiles ou importants, des objets porte-bonheur, des gri-gri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. J'ai tendance à ne pas respecter le code de la route (griller des feux, griller le stop, dépasser la limite de vitesse...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Les situations dangereuses où l'on a l'impression de frôler la mort sont les plus excitantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Je ne comprends pas les jeunes qui bravent l'autorité policière.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Les gens qui n'osent pas prendre de risque sont des peureux, des " froussards ".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Je ne crois ni à la chance ni au destin car nous sommes plus ou moins responsables de ce qui nous arrive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. J'aimerais tester (j'ai déjà testé) les effets des drogues " dures " (héroïne, cocaïne) sur moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Je suis prêt(e) à prendre le risque d'avoir une relation sexuelle sans préservatif avec une personne inconnue que je trouve excitante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Il m'arrive d'avoir une conduite dangereuse au volant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Lorsque je me trouve dans une situation fâcheuse ou délicate, j'ai le sentiment profond que la chance est avec moi et que tout se terminera bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Je me sentirais très mal à l'aise s'il m'arrivait de ne pas respecter les directives de mes patrons ou le règlement de l'entreprise dans laquelle je travaille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Les autres disent souvent de moi que je suis quelqu'un d'inconscient(e) et de casse-cou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Je me pose beaucoup de questions sur le devenir de l'esprit après la mort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Je suis prêt(e) à réaliser des fantasmes sexuels inhabituels et un peu " fous ".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Je trouve que faire des activités dangereuses donne plus de valeur, plus d'importance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

Votre accord sur les affirmations suivantes	pas du tout d'accord	pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
67. J'ai déjà essayé l'ecstasy ou autres " pilules " semblables ou du moins j'aimerais bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. J'aime le danger parce que cela pimente la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Je crois en l'existence d'un Dieu ou de puissances divines, de forces supérieures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. J'aimerais fumer (ou j'ai déjà fumé) du cannabis pour voir les sensations que cela procure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Je considère les personnes qui jouent avec la vie et la mort, un peu comme des héros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Je pense que dans la vie il n'y a pas de hasard, tout est une question de chance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. J'aurais très peur de sauter en parachute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. D'une manière générale, je n'aime pas trop me plier à des ordres, des principes ou un règlement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Je me rappelle avoir eu souvent dans ma vie des accidents, des blessures physiques, des fractures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. J'essaie de saisir la chance au maximum, même dans les situations difficiles ou peu raisonnables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Cela m'est égal d'avoir des relations sexuelles hors du couple.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Je suis prêt(e) à faire des courses de voitures (ou de moto) sur la voie publique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

### Alces de Yeaworth

*Merci de bien vouloir compléter, s'il y a lieu, les événements vécus. Pour chaque événement vécu, merci de préciser la date de ces événements et si ceux-ci ont été particulièrement stressant pour vous.*

79. Le mariage d'un frère ou d'une soeur			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui	non		
80. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	
81. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
82. il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

84. Un changement dans la composition de la famille (naissance, départ, arrivée d'un adulte...)			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui	non		
85. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	
86. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
87. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

89. Le décès de votre père			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui	non		
90. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	
91. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
92. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

94. Le décès de votre mère			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui	non		
95. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	
96. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
97. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

99. Le décès d'un autre membre de la famille			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui	non		
100. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	
101. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
102. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

104. Une mésentente entre vos parents			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui	non		
105. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	
106. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
107. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

109. La séparation ou le divorce des parents			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui	non		
110. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	
111. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
112. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

114. Un accident ou une maladie grave pour un membre de la famille  oui  non

115. Merci de préciser lequel :

Depuis combien de temps ?

116. dans le mois précédent.  oui  non

117. dans l'année.  oui  non

118. il y a plus d'un an.  oui  non

119. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?  oui  non

120. Une tentative de suicide pour un membre de la famille  oui  non

121. Merci de préciser lequel ?

Depuis combien de temps ?

122. dans le mois précédent.  oui  non

123. dans l'année.  oui  non

124. il y a plus d'un an.  oui  non

125. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?  oui  non

126. Une dispute avec vos frères et sœurs  oui  non

Depuis combien de temps ?

127. dans le mois précédent.  oui  non

128. dans l'année.  oui  non

129. il y a plus d'un an.  oui  non

130. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?  oui  non

131. Une dispute avec vos parents  oui  non

Depuis combien de temps ?

132. dans le mois précédent.  oui  non

133. dans l'année.  oui  non

134. il y a plus d'un an.  oui  non

135. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?  oui  non

136. Votre mère enceinte  oui  non

Depuis combien de temps ?

137. dans le mois précédent.  oui  non

138. dans l'année.  oui  non

139. il y a plus d'un an.  oui  non

140. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?  oui  non

141. Un problème d'alcoolisme à la maison  oui  non

Depuis combien de temps ?

142. dans le mois précédent.  oui  non

143. dans l'année.  oui  non

144. il y a plus d'un an.  oui  non

145. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?  oui  non





## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

146. Un changement de mode de vie  oui  non

147. Merci de préciser lequel :

Depuis combien de temps ?	oui	non	151. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
148. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
149. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
150. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

152. Votre père sans emploi  oui  non

Depuis combien de temps ?	oui	non	156. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
153. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
154. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
155. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

157. L'arrivée dans un nouveau collège ou lycée  oui  non

Depuis combien de temps ?	oui	non	161. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
158. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
159. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
160. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

162. Un problème de discipline en classe  oui  non

Depuis combien de temps ?	oui	non	166. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
163. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
164. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
165. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

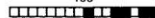
167. Un échec dans une ou plusieurs matières  oui  non

Depuis combien de temps ?	oui	non	171. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
168. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
169. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
170. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

172. Le redoublement d'une ou plusieurs classes  oui  non

173. Merci de préciser le(s)quelle(s)

Depuis combien de temps ?	oui	non	177. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
174. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
175. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
176. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

<b>178. Le renvoi du collège ou du lycée</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
Depuis combien de temps ?	oui	non	182. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
179. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
180. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
181. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>183. L'entrée en relation avec de nouveaux amis</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
Depuis combien de temps ?	oui	non	187. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
184. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
185. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
186. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>188. Un(e) ami(e) ayant des idées suicidaires</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
Depuis combien de temps ?	oui	non	192. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
189. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
190. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
191. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>193. Un(e) ami(e) ayant fait une tentative de suicide</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
Depuis combien de temps ?	oui	non	197. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
194. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
195. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
196. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>198. Un accident ou une maladie grave pour un(e) ami(e)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
Depuis combien de temps ?	oui	non	202. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
199. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
200. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
201. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>203. Une arrestation par la police</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
Depuis combien de temps ?	oui	non	207. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
204. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
205. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
206. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>208. Des démêlés avec la justice</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
209. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	212. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
210. dans l'année.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
211. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<b>213. La rupture sentimentale avec votre ami(e)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
Depuis combien de temps ?	oui	non	217. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
214. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
215. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
216. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

<b>218. Le décès d'un(e) ami(e) chère</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui    non	<b>222. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?</b>	
219. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
220. dans l'année.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
221. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>223. La perte d'un animal familier</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui    non	<b>227. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?</b>	
224. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
225. dans l'année.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
226. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>228. Le changement d'apparence physique</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>229. Si oui, merci de préciser lequel ?</b>			
Depuis combien de temps ?	oui    non	<b>233. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?</b>	
230. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
231. dans l'année.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
232. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>234. Etre mal dans sa peau</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui    non	<b>238. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?</b>	
235. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
236. dans l'année.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
237. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>239. Une hospitalisation ou plusieurs consultations médicales ?</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>240. Si oui, merci de préciser pour quelles raisons :</b>			
Depuis combien de temps ?	oui    non	<b>244. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?</b>	
241. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
242. dans l'année.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
243. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>245. Des idées suicidaires</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui    non	<b>249. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?</b>	
246. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
247. dans l'année.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
248. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>250. Une tentative de suicide</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui    non	<b>254. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?</b>	
251. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
252. dans l'année.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
253. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>255. Une grossesse</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps ?	oui    non	<b>259. Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ?</b>	
256. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
257. dans l'année.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
258. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

<b>260. Une interruption volontaire de grossesse</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Depuis combien de temps ?	oui	non
261. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
262. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
263. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
264. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>265. Des difficultés sexuelles</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Depuis combien de temps ?	oui	non
266. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
267. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
268. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
269. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>270. Une violence subie</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Depuis combien de temps ?	oui	non
271. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
272. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
273. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
274. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>275. L'usage de drogue ou d'alcool</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Depuis combien de temps ?	oui	non
276. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
277. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
278. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
279. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>280. L'usage de médicaments</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Depuis combien de temps ?	oui	non
281. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
282. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
283. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
284. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>285. Une fugue</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Depuis combien de temps ?	oui	non
286. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
287. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
288. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
289. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>290. Un trouble du comportement alimentaire de type anorexique</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Depuis combien de temps ?	oui	non
291. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
292. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
293. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
294. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>295. Un trouble du comportement alimentaire de type boulimique</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
297. dans l'année.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
296. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
298. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
299. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>300. Un autre évènement survenu dans votre vie :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
301. Si oui, préciser :		
Depuis combien de temps ?	oui	non
302. dans le mois précédent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
303. dans l'année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
304. il y a plus d'un an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
305. Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

### Questionnaire relatif à la consommation d'alcool

Alcool	oui	non
446. Prends-tu de l'alcool pour améliorer la confiance en vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
447. As-tu déjà consommé de l'alcool après des difficultés à l'école ou à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
448. As-tu déjà manqué l'école à cause de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
449. Penses-tu avoir un problème avec l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de répondre :

- parfois si la fréquence est égale à 1 fois par mois

- souvent si la fréquence est supérieure à 1 fois par mois

crافت	jamais	parfois	souvent
450. Es-tu déjà monté dans une voiture conduite par quelqu'un qui avait trop bu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
451. Utilises-tu de l'alcool pour te détendre, te sentir mieux ou pour tenir le coup ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
452. T'arrive-t-il de boire de l'alcool quand tu es seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
453. As-tu déjà oublié des choses que tu devais faire après avoir bu de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
454. As-tu eu des problèmes en consommant de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
455. Ta famille ou des amis t'ont-ils dit que tu devrais réduire ta consommation de boisson alcoolisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
456. As-tu déjà conduit un véhicule à deux roues (vélo, scooter, moto etc) après avoir trop bu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

### Recueil d'informations personnelles

Merci de bien vouloir répondre pour oui ou par non aux questions suivantes

354. Estimez-vous que votre vie familiale est déséquilibrée ?  oui  non

355. Estimez-vous que vous dormez bien ?  oui  non

Estimez-vous que...	oui	non
356. Vous faites trop de cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
357. Vous réveillez-vous souvent dans la nuit ou trop tôt le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
358. Vous avez beaucoup de difficultés à vous endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

365. Est-ce que vous fumez du tabac ?  oui  non

366. Si oui, est-ce une consommation :  régulière  occasionnelle

359. Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ?  oui  non

360. Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?  oui  non

361. Si oui, combien de fois ?

362. Estimez-vous avoir besoin d'une aide sur le plan psychologique ?  oui  non

363. Etes vous suivi par un psychiatre ?  oui  non

364. Etes vous suivi par un psychologue ?  oui  non

Si vous avez des suggestions ou des remarques, merci de nous en faire part :

Merci de votre participation

## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

### Fiche remplie par le médecin

Conditions d'entretien	oui	non
375. Témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
368. Hospitalisation en pédiatrie au HM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
369. Hospitalisation en urgence HME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
370. Hospitalisation en chirurgie pédiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
371. Hospitalisation à la Villa Bellevue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
372. Consultation d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
373. Hospitalisation suite à un AVP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents psychiatriques personnels	oui	non
376. Tentative d'autolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
377. Suivi psychiatrique ou psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
378. Scarifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Antécédents familiaux

Antécédents d'autolyse familiaux	oui	non
380. Tentative d'autolyse dans la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
381. Tentative d'autolyse chez le père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
382. Tentative d'autolyse chez la mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents de suivi	oui	non
383. Suivi dans la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
384. Suivi chez le père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
385. Suivi chez la mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ethylisme dans la famille	oui	non
386. dans la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
387. chez le père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
388. chez la mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Consommations personnelles

Consommation de tabac	oui	non
390. consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
391. consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
389. autre antécédent : merci de préciser	<input type="text"/>	

Consommation d'alcool	oui	non
392. consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
393. consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consommation cannabis	oui	non
394. consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
395. consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consommation psychotrope	oui	non
396. consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
397. consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

Autre consommation	oui	non
398. consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
399. consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

400. Autre : merci de préciser

401. Circonstances du recueil  TA  ACCIDENT  TEMOIN

Merci de préciser les circonstances de la TA

	oui	non
402. TA médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
403. Phlébotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
404. Pendaïson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

405. Autre  oui  non

406. Si 'autre', précisez :

S'agit-il :

	oui	non
408. d'un passage à l'acte impulsif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
409. d'un passage à l'acte scénarisé, prémédité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'il s'agit d'un accident, merci de préciser :

	oui	non
410. Accident de la voie publique (piéton)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
411. Accident de la voie publique (scooter ou voiture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
412. accident au cours d'une activité sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
413. Accident domestique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
414. Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Si 'autre', précisez :





**Pôle universitaire de pédopsychiatrie**

Centre Hospitalier Esquirol  
15 rue du Docteur Marcland  
87025 Limoges cedex  
Tel. 05.55.43.12.80

## Enquête adolescents Haute-Vienne 2009

Cahier de recueil des données



CENTRE

HOSPITALIER ESQUIROL

LIMOGES

RESPONSABLE DE POLE  
• Dr Marie-Michèle BOURRAT

INTERSECTEUR SUD

CHEF DE SERVICE  
• Pr. Roger GAROUX  
PRATICIENS HOSPITALIERS  
• Dr Marie-Michèle BOURRAT  
• Dr Florence JOUPPE  
• Dr Bertrand OLLIAC  
• Dr Chantal PLOUGEAUT (mi-temps)  
CHEF DE CLINIQUE  
• Dr Céline DUMONT  
ASSISTANTES  
• Dr M. Astrid CASTAING  
• Dr Aurélie LESAGE

ATTACHES  
• Dr Danièle CROZET-ROBIN  
• Dr Christophe PEUGNET

CENTRE DE PSYCHOLOGIE  
CLINIQUE INFANTILE  
34 rue J.B. Ruchaud  
87000 LIMOGES  
☎ 05-55-43-12-80

L'ARCHE  
Hôpital de jour  
☎ 05-55-43-12-95

CENTRE DE LA MERE  
ET DE L'ENFANT  
11 rue du Général Cérez  
87000 LIMOGES  
☎ 05-55-79-92-21

INTERSECTEUR NORD

CHEF DE SERVICE  
• Dr. Jean-François ROCHE  
PRATICIENS HOSPITALIERS  
• Dr Frédérique DANTOINE  
• Dr Elodie MALHOMME  
• Dr Nadine MERCIER (mi-temps)  
• Dr Fabienne SOUCHAUD

CENTRE DE PSYCHOLOGIE  
CLINIQUE INFANTILE  
34 rue J.B. Ruchaud  
87000 LIMOGES  
☎ 05-55-43-12-60

LE SILLON  
Hôpital de jour  
☎ 05-55-43-12-17

U. H. M. B.  
41 rue d'Auzette, 87000 LIMOGES  
☎ 05-55-06-02-29

FEDERATION DES ADOLESCENTS  
VILLA BELLEVUE  
☎ 05-55-43-12-71

POLE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE PEDOPSYCHIATRIE  
UNITE MOBILE DE PEDOPSYCHIATRIE DE LIAISON

Limoges, le 30/01/09

LETTRE D'INFORMATION

Mademoiselle, Monsieur,

Ce cahier est un outil de recueil d'informations que nous diffusons en milieu scolaire, ainsi qu'en milieu hospitalier auprès d'adolescent(e)s. Il fait partie intégrante d'une étude, menée à l'échelle départementale, dont le but est de nous aider à préciser, et prévenir la souffrance psychique chez l'adolescent(e).

Dans le domaine médical et psychologique, connaître le terrain de développement d'une souffrance morale est essentiel. Nous espérons que cette étude nous permettra de mieux prendre en compte cette douleur, de la repérer plus précocement et surtout d'en prévenir avec plus d'efficacité les conséquences.

Ce cahier que vous tenez entre vos mains contient plusieurs questionnaires qui nous permettent d'affiner nos connaissances concernant les conduites des adolescents, mais aussi leurs préoccupations quotidiennes, ou encore les événements de vie attachés à leur histoire.

Plusieurs questions vous seront posées au cours de cette enquête et vous jugerez peut-être que beaucoup des réponses que vous aurez à apporter relèvent du domaine de l'intime. À ce propos, soyez rassurés : cette enquête répond aux règles de confidentialité et d'anonymat telles qu'elles sont définies par la loi du 9 août 2004, complétée par le décret du 26 avril 2006. En d'autres termes, l'ensemble des informations recueillies dans ce cahier sera soumis au secret médical, et ne pourra être divulgué, pour une quelconque raison, de manière nominative ou singulière, hors du cadre du programme de recherche. Enfin, à chaque étape de cette enquête, nous portons la plus grande attention sur les domaines relatifs au respect de votre vie privée.

Évidemment, l'exploitation des informations recueillies implique la plus grande objectivité de votre part lorsque vous répondrez aux questions. Nous vous demanderons donc d'apporter une attention particulière au remplissage de ce formulaire afin que vos efforts ne soient pas vains.

Naturellement, votre propre consentement reste indispensable, il vous est parfaitement possible de refuser de participer à l'étude et ce sans justification.

Vous pourrez par la suite, si vous le désirez, être informé des résultats de cette étude, soit auprès du service médical de promotion de la santé en faveur des élèves soit auprès du pôle universitaire de pédopsychiatrie.

Nous vous remercions par avance de votre contribution à cette étude, et voulons vous assurer que nous utiliserons le matériel que vous nous confiez avec le plus grand respect et nous l'espérons, la meilleure efficacité.

Zoé ZABRANIECKI  
Interne psychiatrie  
Pôle universitaire de pédopsychiatrie

Dr Bertrand OLLIAC  
Praticien Hospitalier  
Pôle universitaire de pédopsychiatrie

☎ 05.55.05.87.66  
Télécopie : 05.55.05.86.99

☒ Adresse postale → Hôpital de la mère et de l'enfant  
8 Av Dominique Larrey - 87042 Limoges Cedex

Adresse mail : unitemobilepedopsychiatrie@chu-limoges.fr

## RECUEIL DE CONSENTEMENT

(Exemplaire que le patient conserve)

\*\*\*

Nom : .....

Sexe : M  F

Prénom : .....

Classe : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Age : .....

\*\*\*

Après avoir lu la lettre d'information jointe à ce cahier, je confirme avoir pris connaissance des conditions de cette enquête. J'ai été informé de manière claire, exhaustive et loyale à propos de cette étude. A ce titre (cocher une seule des 2 propositions suivantes) :

J'accepte de participer à cette enquête et de me soumettre aux différents questionnaires proposés.

Je refuse de participer à cette enquête.

A (ville) .....

Le (date) ..... / ..... / .....

Signature

## RECUEIL DE CONSENTEMENT PARENTAL

(Exemplaire que les parents ou détenteurs de l'autorité parentale conservent)

\*\*\*

Je soussigné (Nom et Prénom) : .....

Père, Mère ou Détenteur de l'autorité parentale (Rayer les mentions inutiles)

De l'enfant (Nom et Prénom de l'enfant) :

.....

confirme avoir pris connaissance des conditions de cette enquête. J'ai été informé de manière claire, exhaustive et loyale à propos de cette étude. A ce titre (cocher une seule des 2 propositions suivantes) :

J'accepte que l'enfant susnommé pour lequel j'ai l'autorité parentale participe à cette enquête.

Je refuse que l'enfant susnommé pour lequel j'ai l'autorité parentale participe à cette enquête.

A (ville) .....

Le (date) ..... / ..... / .....

Signature

**RECUEIL DE CONSENTEMENT**  
(Exemplaire que le médecin conserve)

\*\*\*

Nom : ..... Sexe : M  F   
Prénom : ..... Classe : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....

\*\*\*

Après avoir lu la lettre d'information jointe à ce cahier, je confirme avoir pris connaissance des conditions de cette enquête. J'ai été informé de manière claire, exhaustive et loyale à propos de cette étude. A ce titre (cocher une seule des 2 propositions suivantes) :

- J'accepte de participer à cette enquête et de me soumettre aux différents questionnaires proposés.
- Je refuse de participer à cette enquête.

A (ville) .....

Le (date) ..... / ..... / .....

Signature

## RECUEIL DE CONSENTEMENT PARENTAL

(Exemplaire que le médecin conserve)

\*\*\*

Je soussigné (Nom et Prénom) : .....

Père, Mère ou Détenteur de l'autorité parentale (Rayer les mentions inutiles)

De l'enfant (Nom et Prénom de l'enfant) :

.....

confirme avoir pris connaissance des conditions de cette enquête. J'ai été informé de manière claire, exhaustive et loyale à propos de cette étude. A ce titre (cocher une seule des 2 propositions suivantes) :

J'accepte que l'enfant susnommé pour lequel j'ai l'autorité parentale participe à cette enquête.

Je refuse que l'enfant susnommé pour lequel j'ai l'autorité parentale participe à cette enquête.

A (ville) .....

Le (date) ..... / ..... / .....

Signature

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

## **TITRE : IVRESSE ET RISQUE A L'ADOLESCENCE. ETUDE CAS-TEMOIN D'UNE POPULATION HOSPITALISEE**

### **Résumé :**

Ce travail s'intéresse aux adolescents pris en charge pour ivresse en milieu hospitalier, et à leur relation au risque. Les consommations adolescentes excessives, souvent soulignées et mises en avant par les médias, inquiètent le monde adulte. L'objet de cette thèse est une réflexion réaliste sur la population adolescente qui arrive alcoolisée aux urgences.

Nous re prenons, au travers d'une revue de la littérature, les facteurs pouvant être associés au risque de consommation d'alcool abusive, le sens de la prise de risque chez les adolescents, les interventions de prévention existantes dans ces domaines et les études concernant leur efficacité.

Nous avons mené une étude concernant 31 adolescents pris en charge pour ivresse éthylique sur le service hospitalier de Limoges et 346 témoins issus de la population adolescente scolarisée dans la Haute Vienne. Nous utilisons trois sous domaines du questionnaire QFO (Questionnaire du Fonctionnement Ordalique), pour étudier la relation au risque.

Les consommations d'alcool à risque d'être nocives sont repérées chez les 31 adolescents par le questionnaire « CRAFFT-test ». Le questionnaire « ALCES de Yeaworth » recherche quels événements de vie étaient associés au risque d'être pris en charge pour ivresse dans notre population.

Les scores moyens du QFO nous amènent à penser qu'une proportion non négligeable d'adolescents qui s'alcoolisent de manière excessive et prennent des risques ne sont jamais pris en charge pour ivresse.

Notre étude montre qu'une majorité des adolescents chez lesquels nous avons repéré une consommation d'alcool à risque utilisent l'évitement de pensée, banalisant leurs difficultés et leurs consommations.

Les événements les plus associés à la prise en charge pour ivresse dans notre étude étaient l'usage, au moins dans l'année de drogue ou d'alcool, et le divorce ou la séparation parentale.

Nous discutons de l'importance de l'entretien pédopsychiatrique, et des préventions adaptées aux adolescents de la population générale pris dans une dynamique d'alcoolisations abusives ou d'autres conduites à risque inquiétantes.

### **Mots-clefs :**

Adolescents-Ivresse-Alcoolisation-Prise de risque-Evaluation-Prévention.

### **Summary:**

This work deals with the adolescents taken care for drunkenness in hospital, and in their relation to the risk. The excessive adolescent consumptions, often underlined and advanced by the media, worry the grown-up world. The aim of this thesis is a realistic reflection on the adolescent population who arrives alcoholised in emergencies.

We resumed, through a review of the literature, factors which can be associated at the risk of excessive alcohol consumption, sense of the risk-taking at the teenagers, the existing interventions of prevention in these domains and the studies concerning their efficiency.

We led a study concerning 31 teenagers taken care for ethylic drunkenness on the hospital department of Limoges and 346 witnesses stemming from the adolescent population schooled in Haute-Vienne. We used three items of the questionnaire QFO (Questionnaire du fonctionnement ordalique) to study the relation to the risk.

The alcohol consumption at risk of being harmful is spotted at 31 teenager's by the questionnaire " CRAFFT-test ". The questionnaire " ALCES of Yeaworth " is used for studying events of life which can be associated at the risk of being taken care for drunkenness.

The average scores of the QFO make us think that an important amount of teenagers who drink in an excessive way and take risks are never admitted at hospital for drunkenness.

Our study shows that a majority of the teenagers to whom we spotted an alcohol consumption at risk avoid thinking, trivializing their difficulties and their consumptions.

Being hospitalized for drunkenness can often be associated with parental separation, the use of drug or alcohol.

We discuss the importance of the interview by child psychiatrist, and preventive actions adapted to the average teenagers who could be confronting with excessive alcoholisation, or the other behaviors at risk.

### **Key-words:**

Adolescents – Drunkenness -Risk-taking - Evaluation-Prevention.

**Discipline:** Médecine

**Spécialité doctorale:** Psychiatrie



