



Chapitre 102

Les nouvelles formes d'alcoolisation

S. BRENEOL

Points essentiels

- Les nouvelles formes d'alcoolisation chez les jeunes : « le binge drinking ».
 - C'est un mode de consommation excessif de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés, concernant essentiellement les jeunes mineurs ou majeurs.
- L'alcool : ses effets, ses usages et ses causes de consommation chez les jeunes.
 - Le poids des institutions et de la culture, la position du jeune consommateur dans le champ social ainsi que ses dispositions propres et son mode de vie, influent sur son comportement nocif face à l'alcool. Les conséquences sociales et médicales à court, moyen et long terme peuvent devenir dramatiques.
- Des données épidémiologiques préoccupantes.
 - « Moins d'alcool, plus d'ivresse » : Si l'ensemble des études s'accorde sur une consommation d'alcool en baisse des jeunes comme de leurs aînés, elles pointent néanmoins une augmentation des ivresses ou consommations ponctuelles importantes, une diminution de l'écart de consommation entre garçons et filles, ces dernières buvant plus qu'auparavant, une augmentation rapide chez les adolescents depuis 2003 et de fortes disparités régionales ou sociales.
- Des mesures politiques en constante évolution pour s'adapter aux nouvelles formes d'alcoolisation.
 - Pour freiner et endiguer ce phénomène de « binge drinking », l'État se mobilise de multiples façons, s'appuyant sur un cadre législatif en constante évolution et les différents acteurs de la prévention de santé publique.

S. Breneol, IDE, Paris.

Correspondance : Stéphanie Breneol, 26, rue Hippolyte-Jamot, 95110 Sannois – 06 60 16 28 22.

E-mail : stephanie@breneol.com

- Le cadre législatif pour prévenir la consommation problématique d'alcool chez les jeunes.
 - Si le cadre législatif tend à mieux protéger les jeunes de consommation d'alcool précoce, avec tous les effets délétères identifiés, il reste néanmoins insuffisant selon les critiques de nombreuses associations. Celles-ci dénoncent une ambiguïté de l'État du fait de liens avec les industries de l'alcool et leur fort lobbying.
- La prévention de santé publique en fonction de l'âge des jeunes à risque de consommer de l'alcool.
 - Les situations d'alcoolisation de type « binge drinking » sont repérées de façon précoce par les professionnels de santé (sensibilisation dans les établissements scolaires, enquêtes...) afin d'apporter une information et une prise en charge adaptées, essentiellement pour éviter une évolution vers la dépendance.
- Prise en charge somatique de la phase aiguë d'alcoolisation aux Urgences.
 - La phase aiguë d'alcoolisation nécessite une prise en charge somatique spécifique assurée aux Urgences (surveillance des paramètres vitaux, score de Glasgow, réhydratation par voie intraveineuse...) relevant parfois de soins intensifs en réanimation lorsqu'il s'agit de comas éthyliques, avec une attention plus particulière portée aux jeunes mineurs (appel aux parents ou au tuteur légal, éventualité d'un transfert dans un service de pédopsychiatrie).
- Prise en charge psychologique de la phase aiguë d'alcoolisation.
 - Le suivi psychologique reste fonction de la prise en charge initiale à l'hôpital du jeune consommateur, qu'il soit mineur ou majeur, selon que des protocoles ou conduites à tenir spécifiques aient été établis. De fait, ces jeunes confrontés au « binge drinking » ne sont donc pas systématiquement orientés vers un psychologue.
- La difficulté de prise en charge de la phase aiguë d'alcoolisation : témoignage d'un service d'Urgences.
 - Le témoignage d'un service d'Urgences parisien montre qu'il reste encore à réfléchir et à travailler pour une prise charge somatique et psychologique optimale des jeunes en phase d'alcoolisation aiguë admis à l'hôpital.

L'attrait des jeunes pour l'alcool ne date pas d'aujourd'hui. C'est un phénomène intemporel qui s'actualise à chaque époque dans une diversité de conduites individuelles et collectives. Si ce phénomène ne peut qu'échapper à toute analyse exhaustive, il continue d'exiger toutefois que l'on porte les regards les plus pertinents pour l'appréhender et mieux y répondre. C'est ainsi que l'on a pu constater ces dernières années l'apparition d'un nouveau phénomène de consommation d'alcool chez les jeunes, le « binge drinking » ou consommation excessive d'alcool sur une courte période. Les enquêtes récentes permettent de constater que si le fait de boire vite et beaucoup est plutôt une pratique anglo-

saxonne, en France, les jeunes ont un double usage de l'alcool : modéré en famille, et important, même si occasionnel, en groupe.

Pour comprendre cette nouvelle forme d'alcoolisation des jeunes, il est nécessaire de tenir compte de la variété des situations à traiter : le poids des institutions et de la culture, la position de l'acteur dans le champ social ainsi que ses dispositions propres et son mode de vie.

Actuellement, cette nouvelle forme alarmante d'alcoolisation abusive apparue chez les jeunes est en augmentation rapide, pour lesquels les médecins interpellent sur la notion « d'intentionnalité de l'ivresse », mais aussi sur le caractère « organisé » de cette consommation comme sur la recherche de « visibilité ». Pour freiner et endiguer ce phénomène de « binge drinking », l'État se mobilise de multiples façons, s'appuyant sur un cadre législatif en constante évolution et les différents acteurs de la prévention de santé publique.

En effet, intervenir dès le plus jeune âge est essentiel, tant le « binge drinking » entraîne de multiples conséquences médicales, sociales et économiques. Les premières expérimentations de l'alcool sont la plupart du temps prédictives de l'évolution du sujet et, si la majorité des jeunes adopte progressivement un mode de consommation adulte sans risque, une partie d'entre eux peut s'avancer vers des conduites d'abus voire vers l'addiction. Néanmoins, si les politiques publiques sont à l'œuvre dans le cadre de la prévention, la prise en charge somatique et psychologique des alcoolisations aiguës reste encore à développer, notamment dès l'accueil au service des Urgences.

Cet exposé aura pour objet d'aborder en première partie ce que sont les nouvelles formes d'alcoolisation chez les jeunes, en définissant le « binge drinking », la relation des adolescents à l'alcool, tout en précisant quelques données épidémiologiques. Par ailleurs, dans une seconde partie sera établi un état des lieux des mesures politiques adoptées, au travers le cadre législatif et les actions de prévention de santé publique. Enfin, la prise en charge somatique et psychologique de la phase aiguë d'alcoolisation sera développée et illustrée par le témoignage du SAU de l'hôpital Bichat (Paris, 18^e).

1. Les nouvelles formes d'alcoolisation ou le « binge drinking »

1.1. Définition

C'est un mode de consommation excessif de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés. Ce type de comportement où l'état d'ivresse est recherché rapidement, est considéré comme une addiction ou une dipsomanie, dès lors que la dépendance à l'alcool sous forme épisodique est établie.

En France, des reportages ont tenté de cerner le phénomène du « binge drinking » en décrivant les comportements sociaux associés (fêtes d'étudiants, regroupements de jeunes avec beuveries sur la voie publique...).

C'est un phénomène pratiqué par des jeunes qui jouent à tester leurs limites et dont le risque est le coma éthylique, parfois mortel. De fait, le « binge drinking » peut être considéré comme une conduite ordalique. Par ailleurs, ses formes les plus dures comportent une telle destructivité que les notions d'ivresse et de fête changent de réalité, perdant leur part positive sociale au profit « d'une culture de défonce », avec tous les dommages conséquents.

Termes familiers : « biture express », « beuverie effrénée », « chaos éthylique », « alcool défonce », « défonce minute ».

Termes des jeunes : « retrouver des copains », « faire des rencontres », « aider à être bien », « s'amuser plus », « rigoler et délirer », « décompresser », « se déstresser », « se lâcher », « vivre une expérience », « se mettre à l'envers », « atteindre une bonne défonce », « prendre une décharge ».

Termes professionnels : on trouve d'autres expressions variées renvoyant à la même pratique telles que « alcoolisation massive » (Ministère de la Santé), « consommation frénétique », « intoxication alcoolique aigüe » (rapport des sénateurs Reichardt et Bouchoux), « hyperalcoolisation » ou « alcoolisation paroxystique intermittente » (Académie nationale de Médecine), « alcoolisme périodique » (Grand Dictionnaire terminologique du Québec), « alcoolisation ponctuelle importante » (OFDT).

Définition des seuils : le nombre de boissons nécessaires pour atteindre l'état hyperalcoolique ne fait pas encore consensus au niveau international. Le NIAAA aux États-Unis (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) propose le « 5/4 définition » : « L'hyperalcoolisation est un modèle de consommation d'alcool avec une alcoolémie égale ou supérieure à 0,8 g/L d'alcool dans le sang. Cela correspond pour un homme adulte à 5 verres ou plus et pour une femme adulte à 4 verres ou plus, sur une durée de 2 heures environ. Il s'agit de « verres standards » qui selon l'OMS correspond à une base de 10 g d'alcool pur pour définir l'unité d'alcool ou verre standard comme instrument de mesure.

En France, le Baromètre santé de l'Inpes adopte la terminologie d'« Alcoolisation Ponctuelle Importante » (API), en se basant sur « 6 verres ou plus durant une même occasion ».

- 1) *Expérimentation* : fait d'avoir déjà consommé au moins une fois de l'alcool au cours de sa vie.
- 2) *Consommation régulière d'alcool* : au moins 10 consommations au cours du dernier mois.
- 3) *Consommation quotidienne* : au moins 1 fois par jour.
- 4) *Consommation ponctuelle importante* : 5 verres ou plus en une seule occasion.
- 5) *Ivresse alcoolique répétée* : au moins 3 fois dans l'année.
- 6) *Ivresse régulière* : au moins 10 épisodes au cours de l'année.

Autres pratiques :

« *L'extrême drinking* » : boire 2 à 3 fois les quantités définies par la NIAAA en une seule occasion est considéré comme de « l'extrême drinking », ce qui n'est pas un phénomène isolé.

« *Le Botellon* » : c'est une pratique, voire un rite quasi institutionnel chez les jeunes Espagnols de 13-30 ans, consistant à se réunir en groupe dans la rue, avec des personnes connues ou non, après avoir acheté de l'alcool pour le consommer ensuite massivement (à la bouteille et non dans des verres, d'où le nom. Ces pratiques aboutissent à des manifestations de 10 à 20 000 jeunes qui se défient jusqu'au « sommet » de la réussite sociale au sein du groupe, entraînant des alcoolisations de plus en plus massives.

Les apéritifs géants (France) : Aujourd'hui interdits par les préfets, ils répondent à un appel sur les réseaux sociaux pour organiser une réunion de personnes venant avec une bouteille d'alcool, à un lieu donné, dont le mot d'ordre étant de consommer dans la rue, en groupe et excessivement.

1.2. L'alcool : définitions, effets, usages et causes de consommation chez les jeunes

Les boissons alcooliques : elles sont omniprésentes dans notre culture et leur usage est licite, autant que valorisé autour d'un certain nombre de valeurs : convivialité, plaisir, fête, et d'autres plus discutables... qui entretiennent une incitation sociale à la consommation. L'offre est importante, l'accès aisé et la consommation facile, si bien que la rencontre avec le produit est inéluctable. Les premières « expérimentations » continuent d'avoir lieu le plus souvent en famille.

L'alcool : son ingestion induit des effets à la fois biologiques et comportementaux qui conjuguent psychoactivité, addictivité et toxicité. C'est l'effet psychoactif qui soutient l'appétence pour l'alcool autour de 3 ordres de satisfaction : plaisir hédonique, recherche de sociabilité et effet autothérapeutique.

Les types d'alcool consommés : lors de « binge drinking », les boissons appréciées sont celles « rafraîchissantes » et « fun » (premix, alcopops, RTD, spécialement conçus pour ce jeune public ciblé par l'industrie de l'alcool) :

- les alcools les plus prisés à 17 ans sont, dans l'ordre, les alcools forts (si l'on y inclut les cocktails alcoolisés qui en contiennent), la bière, les prémix, le vin et le champagne ;
- les préférences varient selon le sexe : chez les garçons, la bière et les alcools forts arrivent nettement en tête, tandis que, chez les filles, les alcools forts sont en première position, suivi des prémix.

Les raisons de l'alcoolisation chez les jeunes

Collégiens-lycéens-étudiants : angoisse ressentie de la première génération de parents incertains que leurs enfants seront plus heureux qu'eux, exerçant alors une forte pression scolaire se conjuguant à une forte pression de la sélection

universitaire et de la compétition sociale. La fête et l'ivresse permettent de resserrer les liens d'une jeunesse désillusionnée, afin de faire face aux exigences de performance, de sérieux, de conformisme, comme de dévaluation des diplômes et de perspectives de chômage à terme, sur un fond de crise sociale. Par ailleurs, les jeunes buveurs réguliers d'alcool sont proportionnellement plus nombreux à avoir connu des difficultés scolaires (redoublement, orientation précoce en filières courtes ou professionnelles) ou à être sortis du système scolaire.

Jeunes majeurs : Ceux qui arrivent sur le marché du travail sont d'autant plus tendus qu'ils deviennent flexibles, avec un diplôme qui ne permet plus les CDI, s'ajoutant à cela des premiers salaires faibles, des perspectives d'évolution incertaines, le sentiment d'être sous-utilisés proportionnellement au niveau d'études élevé ou à l'inverse, exploités d'autant plus que le niveau d'études est faible. Il existe alors un sentiment de morosité et de déclassement, d'autant plus que l'accès aux discothèques ou aux bars est dissuasif (ruralité, aspect financier), encourageant donc les réunions en groupe, dans la rue ou chez les amis (alcool en pack au meilleur marché dans la grande distribution).

Société addictogène : L'injonction sociétale de « faire toujours plus » en termes de performance amenant le sujet à un hyperindividualisme accru, se conjugue à un encouragement à la consommation par l'innovation technique, la pression publicitaire et la facilité d'accès au produit.

Les conduites d'alcoolisation des jeunes : Elles se développent au carrefour de trois dimensions, comme il en a toujours été, à savoir :

- les effets biologiques et l'image sociale des boissons alcooliques ;
- les vulnérabilités individuelles en termes d'histoire personnelle, de parcours de formation et de compétences, d'estime de soi et de confiance en l'autre ;
- l'époque avec ses enjeux particuliers qui apparaissent aujourd'hui incertains, suscitant inquiétudes et frustrations.

1.3. Épidémiologie

1.3.1. Les chiffres

- **Au Royaume-Uni et en Irlande** : phénomène considéré comme un problème majeur de santé publique.
- **Aux États-Unis** : près de 25 % des Américains ont déjà pratiqué le « binge drinking ».
- **En Europe** : on peut distinguer au niveau européen 2 profils pour les consommations d'alcool :
 - *au nord* : usages réguliers plutôt faibles avec cependant des épisodes d'ivresse plus importants.
 - *au sud* : les usages réguliers apparaissent plus importants cependant les épisodes d'ivresse sont plus rares.

– **En France :**

« Moins d’alcool, plus d’ivresse ». L’ensemble des études s’accorde sur une consommation d’alcool en baisse des jeunes comme de leurs aînés, et qui reste dans la moyenne européenne. Néanmoins, les études pointent :

- une augmentation des ivresses ou consommations ponctuelles importantes.
- la diminution de l’écart de consommation entre garçons et filles, ces dernières buvant plus qu’auparavant.
- augmentation rapide chez les adolescents depuis 2003.
- de fortes disparités régionales ou sociales qui influent sur la précocité, l’intensité et les modes d’exposition des adolescents au produit « alcool ». Le département de Loire-Atlantique est particulièrement touché par la consommation d’alcool tandis que la région Nord-Pas-de-Calais présente un niveau inférieur au reste de la France. Concernant le phénomène d’ivresse, 11 régions présentent des taux plus élevés, celles-ci étant plus répandues à l’Ouest et au Sud de la Loire. La Bretagne continue de conserver sa place de première région pour les ivresses, tandis que l’Île-de-France garde sa position très en retrait.

1.3.2. Les adolescents et le « Binge drinking »

1.3.2.1. Les jeunes et la jeunesse

Il convient de prendre en compte le fait que la jeunesse est constituée de plusieurs âges que sont la préadolescence, l’adolescence, la postadolescence et les jeunes majeurs. À chacun correspond une étape de développement du sujet et de ses relations avec son entourage, constituant des moments pivots décisifs du passage à l’âge adulte et, ainsi, d’apprentissage des « codes » sociaux, affectifs et moraux, mais aussi de transgressions. En effet, ce processus pourra le conduire à des prises de risques pour s’affirmer face aux problèmes d’identités et faire l’expérience de ses compétences. C’est là qu’un comportement addictif peut s’installer en procurant le sentiment de surmonter l’épreuve et l’illusion de pouvoir contrôler la situation et les dangers que cette solution comporte. Les conduites d’alcoolisation induisent des significations différentes et n’appellent donc pas les mêmes questionnements : les ivresses massives d’un sujet de 15 ans n’ont pas la même portée qu’une alcoolisation ponctuelle d’un 18-25 ans.

- La première consommation d’alcool se produit majoritairement dans le cadre familial, les garçons étant plus précoces que les filles.
- À 17 ans, l’alcool est la substance psychoactive la plus consommée :
 - consommation régulière d’alcool : 11 % des jeunes de 17 ans déclarent boire régulièrement de l’alcool,
 - quand ? le week-end avec des amis plutôt que la semaine en solitaire chez ces mêmes jeunes.

1.3.2.2. Principales causes

Plaisir du goût, faire la fête, socialisation, souci d'intégration, d'identification aux autres jeunes, d'affirmation de soi, recherche de ses propres limites, avec une recherche d'ivresse pour oublier le quotidien et s'opposer aux adultes, défi de l'autorité, acquisition de prestige auprès des autres, lutte contre l'ennui, désinhibition, combler un mal-être (mauvaises relations avec les parents, comportements violents, échecs scolaires...), améliorer son humeur, antécédents familiaux.

Pour 75 % des jeunes, l'ivresse renvoie à des effets positifs (gaieté, rire, détente), moins de 10 % déclarent des effets négatifs (maladie, perte de conscience, déprime, violence provoquée ou subie). S'agissant des effets négatifs attendus, les jeunes anticipent surtout les conséquences physiques désagréables et transitoires consécutives à l'absorption d'alcool (gueule de bois, se sentir malade...) et moins souvent les écarts de comportements, les problèmes de santé ou avec la police ou encore le fait de ne plus pouvoir s'arrêter de boire.

Une étude française (1) témoigne du fait que la recherche de « défonce » est le signe d'un mal-être profond chez les adolescents qui manifestent là une volonté de changer une réalité, et qu'une fraction des jeunes est vulnérable, entre manque de confiance en soi et incertitude de l'avenir. Par ailleurs, selon plusieurs études, il semblerait que l'objectif de ces consommations serait « de boire pour boire, avec un côté très individualiste ». Il serait donc intéressant de réfléchir à la notion de recherche d'évasion à travers l'alcool, contrairement à l'idée répandue du côté intégrateur, fédérateur et convivial de la consommation.

1.3.2.3. Principales conséquences

Effets immédiats

– L'alcool provoque une désinhibition, une diminution du contrôle de soi, une altération des réflexes et de la vigilance, une perturbation de la vision, une mauvaise coordination des mouvements, une somnolence... Les risques qui en découlent sont de niveau social et sanitaire (conduite en état d'ivresse entraînant des accidents de la route, violences urbaines, pugilats, violences verbales, viols, rapports sexuels non protégés avec risque de grossesse et transmissions de MST, rupture de la vessie sous péritonéale, urémie élevée...).

– Le coma éthylique mortel (entre 2 et 4 g/L sang selon les individus).

Effets à long terme :

– La précocité est un indicateur significatif (2), plus l'expérimentation de l'alcool se produit tôt dans la vie, plus les risques ultérieurs d'abus et de dépendance sont grands. L'âge de la première ivresse est démontré être un facteur prédictif des problèmes d'alcool ultérieurs, pas l'âge de la première consommation.

– Selon une étude en Californie, des lésions de la substance blanche dans le cerveau ont été observées par IRM chez 18 volontaires (dont la moitié d'adolescents) adeptes du « binge drinking ». L'alcool a pour conséquent un effet

délétère sur le développement de certaines régions cérébrales ne terminant leur maturation qu'en fin d'adolescence ; plus la consommation d'alcool débute à un âge précoce, plus les dommages sont importants.

1.3.2.4. Les différentes typologies des comportements à risque

Les comportements à risque peuvent être appréhendés de différentes manières.

Selon la fréquence : 4 groupes à risques ont été identifiés tels que les « non-buveurs » (1/3 des garçons, 1/2 des filles), les « consommateurs rares » (1/4 des garçons et des filles), les « consommateurs occasionnels » (15 % des jeunes) et les « consommateurs réguliers » (1 garçon sur 8 et 1 fille sur 20).

Selon le profil : « le fêtard » boit pour faire la fête, « l'aventurier » pour connaître de nouvelles sensations, « le timide » pour s'intégrer et faire comme les autres, « le fuyard » pour fuir la réalité et ses problèmes.

Selon le risque déterminé à partir du test AUDIT (3) : « Consommation sans problème ou modérée » (environ 50 % des jeunes de 13-24 ans), « non consommateurs » (environ 30 % des jeunes), « consommateurs à risque » avec abus (16 % des garçons et 8 % des filles) et dépendance (respectivement 6 et 2 %).

1.3.2.5. Disparité entre filles et garçons

Les garçons boivent plus souvent que les filles et aussi beaucoup plus en quantité (3 à 4 fois selon l'âge considéré), néanmoins cet écart semble diminuer. Ainsi, si cette différence reste néanmoins marquée en France, les filles boivent autant sinon plus que les garçons dans certains pays anglo-saxons tel que le Royaume-Uni par exemple.

Avec l'âge, la fréquence des consommations augmente, progressive chez les filles, elle est brutale chez les garçons, avec une tendance à boire avec excès au début de l'âge adulte, tout sexe confondu.

Dans l'ensemble, cette consommation d'alcool est toutefois relativement modeste par rapport à celle des adultes (80 verres par mois (4)). De plus, chez les jeunes, la consommation d'alcool est le plus souvent épisodique et concentrée en fin de semaine, par exemple.

1.3.2.6. Lieux de consommation

Au domicile (privé, ami ou parental), débits de boissons (bars, pubs puis lieux publics ouverts), école.

1.3.2.7. Facteurs de risques

Activité de loisirs des jeunes

Les buveurs à risques boivent plus quels que soient les contextes de consommation. Ainsi, globalement, les jeunes boivent surtout lors des activités « festives », en famille ou avec des amis, signifiant quel que soit l'âge, la

consommation intervient dans un cadre relationnel, celle-ci étant exceptionnelle lors des activités plus solitaires, comme regarder la télévision ou jouer à des jeux vidéo.

En présence d'un contrôle social (famille ou adulte, au restaurant ou au café), la consommation reste toujours modérée mais atteint des niveaux importants, avec risque d'ivresse, lors des soirées festives privées ou publiques (discothèque, concerts, rave parties...).

Argent de poche et consommation : chez les mineurs, l'argent de poche reçu tous les mois favorise une consommation d'alcool abusive, d'autant plus si la somme est importante.

Situation professionnelle et alcool : à somme d'argent disponible comparable, la probabilité d'être non-consommateur d'alcool est plus élevée chez les étudiants que les jeunes actifs.

Mode de consommation selon les différentes catégories professionnelles

Pour les mineurs, le mode de consommation d'alcool est lié à la catégorie professionnelle du père et non de la mère. Comparativement aux enfants dont le père est cadre, lorsque le père est employé, ouvrier ou absent, 2 attitudes opposées s'observent : Certains mineurs auront une plus forte probabilité d'être non-consommateurs (2 à 3 fois plus souvent), tandis que d'autres seront plus facilement consommateurs à problèmes (jusqu'à 8 fois plus souvent). Cependant, du point de vue socio-économique, c'est au sein des familles favorisées que les consommateurs réguliers sont les plus nombreux, ce qui peut s'expliquer notamment par les ressources financières de la famille.

Pour les majeurs, la situation du père n'augmente que la probabilité d'être non-consommateur (enfants d'employés, d'ouvriers et de chômeurs).

Les jeunes dont la mère est femme au foyer ont 3,7 fois plus de chance d'être non-consommateurs et auront moins d'ivresse au cours de leur vie.

Le statut professionnel des jeunes majeurs n'a pas d'influence significative sur leurs modes de consommation d'alcool.

Ces résultats montrent la complexité des phénomènes et permettent de réfuter certaines idées reçues ainsi que la stigmatisation parfois trop facile au bas de l'échelle sociale.

Rôle décisif de l'entourage

Chez le mineur, le risque de boire excessivement est augmenté dans un contexte où la consommation des parents est perçue comme étant problématique tandis que celui dont les parents ne boivent pas aura plus de probabilité d'être non-consommateur.

Chez le majeur, le risque d'une consommation à problèmes est augmenté si les parents boivent fréquemment avant et pendant les repas. Par contre, la

consommation problématique d'un parent n'a plus d'effet significatif comme si une certaine prise de distance s'était opérée.

Pour les filles, lorsqu'un parent est souvent ivre, elles ont souvent tendance à prendre le contre-pied en ne buvant jamais d'alcool, à l'inverse des garçons.

L'influence des jeunes de l'entourage : pour les mineurs, le risque d'abus ou de dépendance à l'alcool est excessivement majorée si leurs amis sont ivres (risque multiplié par 16 et 12 pour les majeurs)

Importance de l'éducation et du contrôle parental : le modèle familial (situation matrimoniale, style de vie, communication intrafamiliale) a une influence majeure dans la consommation d'alcool des mineurs.

Les consommateurs abusifs ou à risque de dépendance : Il existe parmi eux une surreprésentation des familles recomposées, mais pas de risque majoré dans les familles monoparentales (les enfants vivant plus souvent avec leur mère et les femmes étant 3 fois moins à risque que les hommes). Pour l'expliquer, ces adolescents déclarent des difficultés à parler avec leurs parents, une indifférence parentale face à la consommation d'alcool et d'ivresse, une absence d'interdiction ou de dissuasion des parents à consommer.

Les jeunes dont les parents ne vivent pas ensemble, qui séjournent en internat ou hors de leur foyer, s'avèrent plus fréquemment consommateurs réguliers d'alcool et/ou déclarent davantage d'ivresses répétées.

Le décalage constaté entre les pratiques des filles et des garçons peut s'expliquer par l'existence d'un contrôle parental plus sévère sur les sorties féminines, les filles restant davantage confinées au domicile familial. Elles connaissent de fait moins que ces derniers les formes variées de la sociabilité du groupe de pairs.

De fait, les enfants ne subissant pas de contrôle parental ont des risques plus élevés de boire et de devenir des consommateurs à problèmes. Ces résultats indiquent l'importance d'associer les parents dans la pratique médicale de prévention.

1.3.3. Conclusion de ces relevés épidémiologiques

Derrière l'apparente discordance de leurs évolutions, les données épidémiologiques récentes montrent une césure entre les jeunes suivant leur âge :

Jusqu'à 16 ans : tous les indicateurs sont orientés à la hausse, que ce soit pour les consommations ou les ivresses.

À 17 ans : seules les ivresses augmentent alors que les consommations sont à la baisse, rapprochant ces jeunes de leurs homologues jeunes adultes.

Dans l'ensemble, tous les indicateurs sont orientés à la hausse, confirmant d'autres sources telles que les hospitalisations pour état d'ivresse (augmentation sensible ces dernières années, de 5 239 cas en 2006 à 7 043 en 2010, soit une hausse de 74 %). Néanmoins, ces données permettent de relativiser l'ampleur de

L'alcoolisation des jeunes : ce phénomène n'est pas une nouveauté et les consommations importantes et/ou fréquentes ne concernent pas la majorité d'entre eux.

Face à l'offre d'alcool et aux opportunités de consommation, qu'elles soient liées à la culture locale ou au marketing mondial, les jeunes sont souvent pris dans des tensions et des tentations assez fortes, auxquelles il leur est parfois difficile de résister. Or la précocité de l'entrée dans l'alcoolisation reste un marqueur majeur de l'installation durable dans cette pratique.

2. État des lieux des mesures politiques

2.1. Prévention par un cadre législatif en évolution

Plusieurs dispositions visent spécifiquement à protéger les mineurs vis-à-vis de l'alcool :

Faire boire un mineur jusqu'à l'ivresse est un délit.

Il est interdit de distribuer à des mineurs des objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée.

Publicité : la protection de la jeunesse est également l'un des objectifs de l'encadrement de la publicité en faveur de l'alcool. La loi du 10 Janvier 1991, dite « Loi Evin », définit les supports et contenus autorisés, tout ce qui n'est pas explicitement autorisé étant prohibé. La publicité pour l'alcool est permise dans la presse écrite (sauf la presse destinée à la jeunesse), à la radio (dans certaines tranches horaires), par voie d'affichage, mais interdite à la télévision et au cinéma.

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

Fin 2008, l'avant-projet de Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire de Roselyne Bachelot comporte de nouvelles dispositions dans l'article 22 qui légifèrent par :

- une interdiction de la vente d'alcool au forfait (comme dans les « Open-bar ») ;
- une interdiction de vente dans les stations services ;
- une réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et de vente à domicile, ainsi que des contrôles associés.

L'interdiction de vente d'alcool aux mineurs est simplifiée :

- la majorité est désormais requise (18 ans), alors que selon les établissements et le type de produit, l'âge minimum pouvait être de 16 ans ;
- la fourniture d'alcool à titre gratuit aux mineurs dans des établissements est prohibée.

Selon le rapport d'octobre 2012, les sénateurs André Reichardt et Corinne Bouchoux préconisent :

- l'interdiction de débits de boissons dans les établissements d'enseignement supérieur ;
- le retrait de la licence de débit de boissons aux associations d'élèves.

Ce rapport dénonce également le fait que les soirées étudiantes soient incitées à être externalisées hors de l'enceinte universitaire afin de décharger les autorités des écoles et universités. Ce rapport propose plutôt de travailler sur la prévention auprès des étudiants en opposition à l'accroissement des sanctions.

Si le cadre législatif tend à mieux protéger les jeunes de consommation d'alcool précoce avec tous les effets délétères précédemment cités, il reste néanmoins insuffisant selon de nombreuses associations. Cette critique concernant une ambiguïté de l'État face à la prévention contre l'alcool chez un jeune public, relance le débat sur les liens avec les industries de l'alcool et leur fort lobbying.

2.2. Prévention de sante publique

Afin de mieux cibler le public concerné par une consommation d'alcool problématique, il convient tout d'abord de distinguer les usages à faible risque de ceux susceptibles d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui.

Usage à risque : il n'a pas encore eu de conséquences néfastes mais est susceptible d'en entraîner à court, moyen ou long terme si la personne ne modifie pas sa consommation.

Usage nocif : il est caractérisé par la concrétisation des dommages, physiques ou psychiques, liés à l'alcool.

Dépendance : elle se traduit par l'impossibilité de s'abstenir de boire. Elle est très rare chez les jeunes, de sorte que l'expression « alcoolisme des jeunes » est peu appropriée, puisqu'il s'agit le plus souvent d'alcoolisation à risque ou nocive.

Ces situations doivent être repérées de façon précoce par les professionnels de santé afin d'apporter une information et une prise en charge adaptées, essentiellement pour éviter une évolution vers la dépendance.

En France : un repérage précoce a été initié dans un cadre prenant en compte le fait qu'à l'adolescence la consommation d'alcool est rarement isolée, souvent associée à d'autres comportements à risque. La fréquence de la consommation de tabac et de cannabis est très élevée, alors que d'autres produits psychoactifs sont plus rares.

Dans le cas de l'étude « Repérer, orienter, conseiller les adolescents consommateurs à risque d'alcool et de substances psychoactives : ROC ADO » mise en place par l'institut de promotion de la prévention secondaire en

addictologie, un test rapide permet d'obtenir une classification en 3 niveaux afin d'adapter les comportements de conseils :

- *risque faible* : il conduit à encourager le jeune à ne pas accroître sa consommation ;
- *risque notable* : il amène l'intervenant à aider le jeune à prendre conscience des risques liés à sa consommation et de sa capacité à les diminuer ;
- *situation de dommage avéré* : il doit amener le jeune à aller dans une consultation spécialisée.

Ces outils sont utilisés à la fois comme aide au diagnostic lors de l'entretien clinique (ou destinés à normaliser les interrogations cliniques et les descriptions de cas qui s'ensuivent), mais aussi dans les enquêtes en population adolescente afin de déterminer les niveaux d'usage problématique au sein de la population et de les décrire en termes épidémiologiques.

Au Canada et Grande-Bretagne : les expériences montrent que des tests courts utilisés lors d'interventions brèves sont de bons instruments pour le dépistage (« screening ») et que les questions directes sont plus efficaces que les questionnements plus complexes (5, 6).

3. Prise en charge somatique et psychologique de la phase aiguë d'alcoolisation

3.1. Prise en charge somatique

Lors d'une phase aiguë d'alcoolisation, une prise en charge somatique spécifique est assurée aux Urgences (surveillance des paramètres vitaux, score de Glasgow, réhydratation par voie intraveineuse...) relevant parfois de soins intensifs en réanimation lorsqu'il s'agit de comas éthyliques, dans les cas les plus graves.

Une attention plus particulière est portée aux jeunes mineurs, pour deux raisons :

- leurs prises en charge dans une unité hospitalière nécessitent, selon la législation, l'accord parental ou du responsable légal (tuteur) signé au plus tôt après leurs admissions. Cette mesure permet indirectement une implication de l'entourage familial et une responsabilisation des tiers, face à ces jeunes consommateurs ;
- une alcoolisation massive signe dans ce cas un questionnement particulier aux équipes soignantes, d'autant plus que le sujet est jeune.

Certains hôpitaux reçoivent ces jeunes mineurs, après que le risque vital est écarté, dans des unités de pédopsychiatrie, leur assurant ainsi un suivi adapté, notamment sur le plan psychologique, dans le cadre d'un suivi patients/parents.

3.2. Suivi psychologique

Le suivi psychologique reste fonction de la prise en charge initiale à l'hôpital du jeune consommateur, qu'il soit mineur ou majeur. Ainsi, tous ces patients accueillis aux urgences ne seront pas systématiquement transférés dans un service de pédopsychiatrie. De fait, selon les services d'Urgences dans lesquels ces patients seront reçus, faute d'une conduite à tenir spécifique ou de protocoles particuliers établis, l'appel à un psychologue dépend alors de la formation, de l'écoute et de la disponibilité de l'équipe soignante présente. En effet, jusqu'à aujourd'hui, aucune consigne de dépistage ou de prise en charge psychologique adaptée aux jeunes consommateurs d'alcool n'a été élaboré lors de leurs accueils à l'hôpital dans un contexte d'alcoolisation aiguë. Il revient donc aux soignants, selon leur sensibilité à ce problème de santé publique, de faire appel au psychologue, en relai à la prise en charge somatique. Cette absence de cadre spécifique à l'hôpital montre combien il reste encore à progresser dans la prise en charge de ces adolescents confrontés à ces nouvelles formes d'alcoolisation.

3.3. Difficultés de prise en charge du « binge drinking » : le témoignage des soignants au SAU de l'hôpital Bichat

Après une enquête menée auprès des soignants du SAU de l'hôpital Bichat (Paris, 18^e), de jour comme de nuit, il s'avère que les prises en charge des personnes en phase d'alcoolisation aiguë, qu'ils soient mineurs ou majeurs, ne relèvent que d'une prise en charge somatique. Un repérage des passages de patients admis au motif d'une alcoolisation massive, dans la semaine, a été établi (âge, jour d'admission correspondant à des événements festifs particuliers tels que la fin des périodes d'examens, fin de semaine et week-ends pour les étudiants...) sans qu'une prise en charge spécifique soit élaborée. Ainsi, concrètement, les soignants, qu'ils soient infirmiers ou médecins, affirment qu'au-delà de soins somatiques et d'une surveillance adaptée, hormis quelques exceptions, aucune prise en charge psychologique n'est proposée. Ce service travaille pourtant avec une psychologue à temps plein et est relié à l'unité d'addictologie « Beaujon-Bichat »... Ce constat montre combien il reste encore à réfléchir et à travailler pour une prise en charge somatique et psychologique optimale des jeunes en phase d'alcoolisation aiguë admis à l'hôpital.

Pour conclure, ces nouvelles formes d'alcoolisation, apparues depuis quelques années, plus couramment dénommées « binge drinking », concernant un public jeune, nécessite une prise en charge davantage ciblée et adaptée. En effet, si ce phénomène a été largement identifié par de nombreuses enquêtes, ce dans plusieurs pays, il reste encore beaucoup à faire sur deux plans que sont les mesures politiques (cadre législatif et prévention publique) et la prise en charge de jeunes patients en phase d'alcoolisation aiguë. Cette dernière ouvre notamment de larges possibilités de prévention auprès du public identifié à l'hôpital, grâce à des protocoles et conduites à tenir spécifiques, en attente d'être rédigés.

4. Bibliographie

Sources et méthodes

L'enquête Ireb 2007 (www.ireb.com) : l'enquête Ireb sur les consommations d'alcool des jeunes a été réalisée en Novembre 2007 auprès de 1 815 jeunes de 13 à 24 ans par des chercheurs de l'Inserm et de l'Irdes.

L'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) : enquête quadriennale (dernière disponible 2011) en milieu scolaire centrée sur la santé et ses déterminants. Elle est menée par l'OMS dans plus de 40 pays ou régions d'Europe et d'Amérique du Nord. Elle interroge par autoquestionnaires des élèves de collège de 11, 13 et 15 ans avec une méthodologie similaire à celle de l'ESPAD.

L'enquête ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) : enquête quadriennale (dernière disponible : 2011) en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues menée avec le soutien du Conseil de l'Europe dans plus de 30 pays, selon une méthodologie standardisée et à partir d'un questionnaire commun autoadministré s'adressant aux jeunes de 15 à 16 ans. Le dernier opus français est étendu au trois années de lycée.

L'enquête Escapad : l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense est mise en œuvre chaque année (dernière disponible : 2011) par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) en partenariat avec la direction du service national. Elle interroge tous les jeunes Français de 17 ans, scolarisés ou pas, actifs ou pas, et renseigne ainsi sur les tendances émergentes en termes de produits psychoactifs consommés.

Le baromètre santé : le baromètre santé de l'Inpes offre des données sur la santé et les comportements de la population environ tous les cinq ans. Il interroge désormais par téléphone les personnes de 15 à 85 ans (dernier disponible : 2010). Les données de consommation d'alcool, tabac et autres produits illicites ont fait l'objet d'une analyse spécifique ciblant les jeunes de 15 à 30 ans (Beck, Richard, 2013).

Références

1. Gardien, 2007.
2. Arvers, *et al.*, 2012.
3. Dans sa version en 10 questions.
4. Évaluation Inpes, Baromètre Santé 2010.
5. Svanum S., Mcgrew J. Prospective screening of substance dependence : the advantages of directness. *Addictive Behaviors*, 1995 ; 20 : 205-13.
6. Rost K., Burnam M.A., Smith G.R. Development of screeners for depressive disorders and substance disorder history. *Medical care* 1993 ; 31 : 189-200.