

## «Pour la plupart des adolescents l'alcool n'est pas un problème, et pourtant...»

Montserrat Duran, Denis Aladjem, Marianne Caflisch, Genève

### Vers un nouveau mode de consommation?

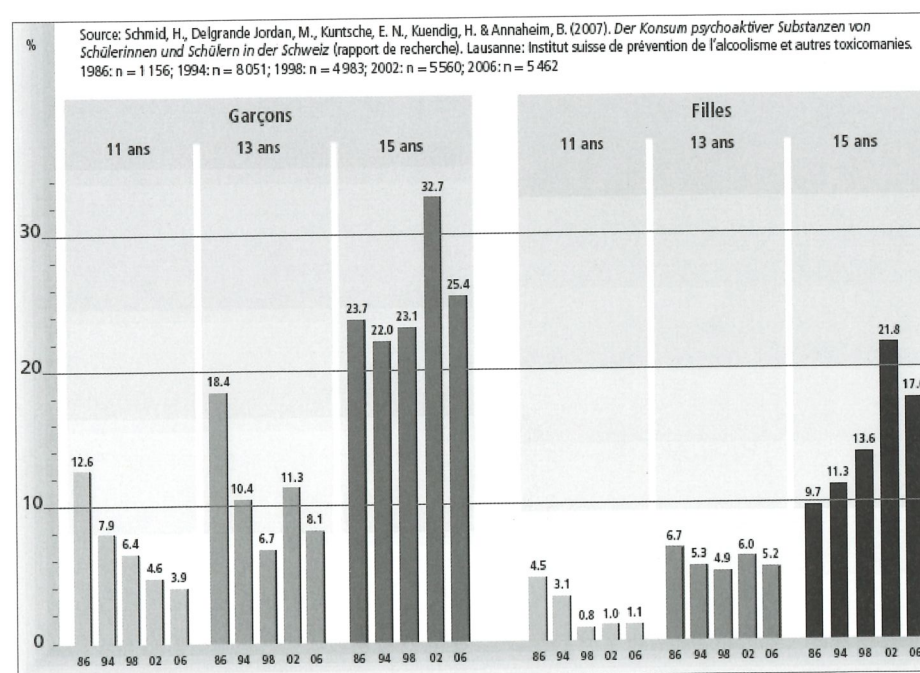
En Europe, on observe ces dernières années, une augmentation de la consommation d'alcool chez les adolescents. La Suisse suit la même tendance avec toutefois, depuis 2002, une légère diminution de la consommation d'alcool chez les jeunes. En effet, d'après l'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), en 2002, à 15 ans, une écolière sur cinq et un écolier sur trois consommaient au moins une boisson alcoolisée par semaine alors qu'en 2006, ce ratio a reculé à une écolière

sur six et un écolier sur cinq (*Graphique 1*). Par ailleurs, la proportion d'écolières et d'écoliers âgés de 15 ans qui déclarent avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie est de 23 %<sup>1), 2)</sup>.

Alors que les données épidémiologiques montrent un léger recul, dans les hôpitaux pédiatriques suisses on constate paradoxalement une augmentation des admissions des jeunes pour des états d'ébriétés avancés. Le service d'accueil d'urgence de pédiatrie à Genève (SAUP) n'échappe pas à cet état de fait. Entre 2004 et 2008, on note une progression de 204% du nombre

|               | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------|------|------|------|------|------|
| Nombre de cas | 27   | 52   | 47   | 65   | 82   |
| Âge moyen     | 15.2 | 15.1 | 14.8 | 14.8 | 15.2 |
| % filles      | 52%  | 50%  | 60%  | 53%  | 45%  |

Tableau 1: Nombre d'enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques à Genève pour alcoolisation aiguë



Graphique 1: Consommation d'alcool hebdomadaire (au moins une fois par semaine) des écoliers et écolières de 11 à 15 ans, évolution de 1986 à 2006

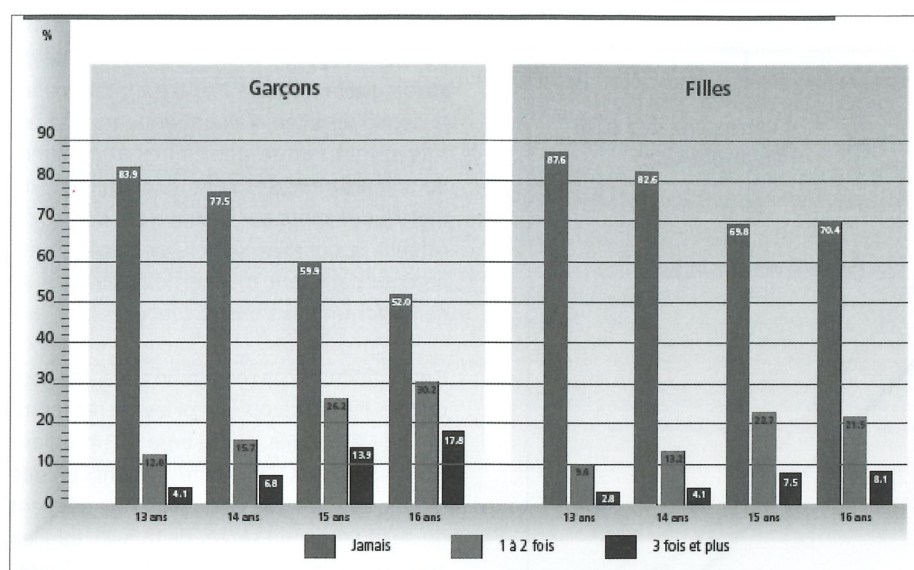
de prise en charge pour alcoolisation aiguë (*Tableau 1*). Ceci correspond à, en moyenne, un à deux jeunes de moins de 16 ans par week-end.

Outre la tendance à l'augmentation du nombre de patients nécessitant une hospitalisation, le changement du mode d'alcoolisation est particulièrement préoccupant avec l'ingestion de grandes quantités d'alcool en très peu de temps dans un but de défonce. On parle alors d'«alcool défonce», de «biture expresse» ou de «binge-drinking» pour les anglo-saxons. La définition précise de ce mode de consommation est la prise de cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion pour un homme et quatre verres ou plus pour une femme. Le NIAA (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism) y ajoute même une notion de temps: les quantités doivent être ingérées en deux heures environ<sup>3)</sup>. En 2007, 40% des garçons et 30% des filles de 15 ans déclaraient avoir consommé de cette façon de l'alcool dans les trente jours précédents l'enquête (*Graphique 2*)<sup>1)</sup>.

Le rapport de l'ISPA mentionne également un fait autrement inquiétant: plus de 90% des ces jeunes, auxquels il est interdit de vendre de l'alcool légalement, vu de leur âge, répondent qu'il leur a été «assez facile» voire «très facile» d'en acheter<sup>1)</sup>. Il semble donc que les moyens légaux comme la limite d'âge pour la consommation d'alcool et l'interdiction de vente aux mineurs soient des barrières faciles à franchir.

### Quelles sont les conséquences d'une telle consommation d'alcool?

L'impact de l'alcool sur la santé a de multiples facettes. Les complications aiguës ou chroniques d'un mésusage d'alcool sont bien connues (*Tableau 2*), par contre ses effets sur le développement du système nerveux central à l'adolescence le sont moins. Jusqu'à encore récemment on pensait que la maturation cérébrale était terminée à l'adolescence. Grâce aux progrès de la neuro-imagerie, on a constaté que c'est une période de maturation neurocognitive importante où se développent encore des structures cérébrales impliquées dans des fonctions supérieures ou de régulation des émotions. Bien que le lien entre ses découvertes neuroradiologiques et l'expression clinique ne soit pas



Graphique 2: Consommation de 5 verres d'alcool ou plus d'affilée au cours des 30 derniers jours selon âge et sexe en 2007. Source European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) en Suisse.

clairement établi, il a été démontré que les adolescents, qui abusent de l'alcool, ont plus de déficits cognitifs et plus de difficultés d'apprentissage, liés à des troubles de la mémoire ou de la vision spatiale. Par contre, on ignore la quantité seuil d'alcool à partir de laquelle les dommages cérébraux apparaissent, dus entre autres à la très grande variabilité individuelle de la vulnérabilité à l'alcool. On ignore également le degré de récupération et si ces modifications sont exclusivement dues à l'alcool. On ne peut donc qu'en conclure que boire de l'alcool à l'adolescence n'est pas sans conséquences, d'autant plus en excès, et que ces conséquences sont d'autant plus graves que la consommation commence précocement<sup>4), 5), 6)</sup>. En effet, les adolescents débutant la consommation d'alcool avant l'âge de 14 ans seraient plus à risque de développer des problèmes de dépendance dans les 10 ans qui suivent<sup>7)</sup>.

En plus de ces aspects neuro-développementaux et des autres risques somatiques encourus lors d'une alcoolisation aiguë, les problèmes psychosociaux liés à une consommation d'alcool excessive ne peuvent être ignorés (Tableau 2). En effet, ces jeunes sont plus souvent impliqués dans des épisodes de violence (qu'ils soient agresseurs ou agressés) et ont plus souvent des démêlés avec la justice ou la police, des rapports sexuels non protégés et/ou non consentis et des difficultés relationnelles avec les amis et en famille (Tableau 3)<sup>8), 9)</sup>.

### Comment adapter notre prise en charge hospitalière à ce phénomène?

#### Un projet pilote à l'Hôpital des Enfants de Genève

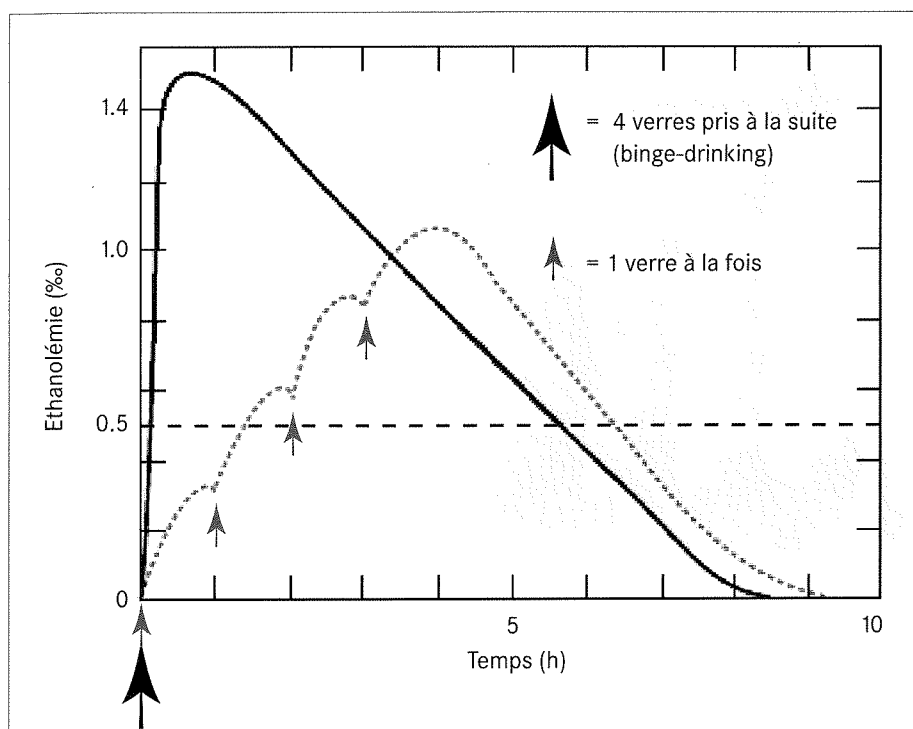
Fort des constatations mentionnées plus haut, nous avons décidé à Genève de revoir notre prise en charge des jeunes hospitalisés en urgence pour une intoxication alcoolique aiguë. Depuis juin 2006, après une courte hospitalisation pour surveillance dans le service d'accueil et d'urgence pédiatrique, tous ces adolescents sont revus systématiquement dans les 10 jours à une consultation spécialisée faite conjointement par un pédiatre formé en médecine de l'adolescent et un collaborateur du service d'abus de substance. Le rendez-vous pour cette consultation est communiqué directement par les soignants du service des urgences à l'adolescent et à ses parents en insistant sur le fait que cette consultation fait partie intégrante de la prise en charge. Il

s'agit d'une intervention brève, d'une durée de 30 à 45 minutes, clairement structurée (Tableau 4), durant laquelle le jeune est vu initialement avec son parent (si présent) puis seul. Le respect de la confidentialité, un climat de confiance et l'absence de jugement sont des points clé pour le bon déroulement de la rencontre. On part des connaissances de base du jeune et on les complète en adaptant le discours à son âge, à sa maturité et à ses capacités de compréhension.

Dans un premier temps, nous reprenons avec l'adolescent les circonstances l'ayant amené aux urgences et nous cherchons à mettre en évidence les périodes d'amnésie et d'autres moments de perte de contrôle. Les risques somatiques et psychosociaux encourus sont alors évoqués (Tableau 2). Puis on questionne le jeune sur les effets recherchés de la substance et les raisons qui l'ont amené à boire de l'alcool. Les motifs invoqués peuvent être: «pour s'amuser», «pour faire comme les autres», «parce que j'aime le goût», «juste pour essayer», «c'est comme ça dans ma famille», «je me sens mieux quand je bois», ou encore «j'aime les effets de l'alcool». Autant de raisons qu'il est intéressant de rechercher car un cumul de celles-ci représente un risque accru de récurrence<sup>10)</sup>. On complète ensuite l'anamnèse à la recherche d'autres conduites à risque, d'une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances, de signes anxio-dépressifs ou de facteurs de crise<sup>11)</sup>. Parmi ces derniers on recherche des difficultés scolaires, familiales ou avec les pairs, autant de facteurs pouvant déclencher un besoin de s'alcooliser. Il est important de ne pas uniquement se centrer sur les facteurs de risque mais d'identifier également les facteurs protecteurs comme le modèle des pairs, la communication au sein de la famille, les aspirations pour le futur et une bonne estime de soi<sup>12)</sup>. Afin d'avoir une anamnèse aussi

| Risques physiques           | Risques psychosociaux                  |
|-----------------------------|----------------------------------------|
| Hypoglycémie                | Vols                                   |
| Hypothermie                 | Bagarres                               |
| Convulsions                 | Problèmes avec la police, justice      |
| Coma                        | Problèmes relationnels (amis, famille) |
| Pancréatite                 | Difficultés scolaires                  |
| Traumatisme cranio-cérébral | Agressions sexuelles                   |
| Mort                        | Accident de la voie publique           |

Tableau 2: Risques physiques et psychosociaux



Graphique 3: Ethanolémie en fonction du mode de consommation et du temps (d'après Encyclopaedia Britannica 2006)

complète et homogène que possible entre les divers consultants, nous nous basons sur le modèle HEEADSSS<sup>13</sup>. Le questionnaire AUDIT peut être utile pour évaluer plus précisément une dépendance importante à l'alcool<sup>14</sup>. Un autre support intéressant est le questionnaire ADOSPA (CRAFT en anglais) validé pour le dépistage d'abus de substances chez les adolescents. Il est moins long que le questionnaire AUDIT et plus facile à intégrer dans une consultation pédiatrique (Tableau 5)<sup>15</sup>.

Ensuite, dans un but pédagogique, on associe le taux d'éthanol de l'adolescent mesuré aux urgences avec sa consommation supposée et les effets physiques ressentis, en utilisant un tableau de référence (Tableau 6). Une courbe d'éthanolémie en fonction du temps et de la quantité de verres prise permet d'illustrer le phénomène d'alcool-défoncé et ses dangers (Graphique 3). On les incite à prendre conscience des équivalents d'alcool dans les différentes boissons qu'ils connaissent (Figure 1). Une fois ces informations données, on compare les risques encourus par la prise d'une grande quantité d'alcool fort en peu de temps à une consommation d'alcool moins fort répartie sur plusieurs heures. Ces notions peuvent leur donner les outils nécessaires à une meilleure gestion de leur consommation.

Parallèlement à l'évaluation du jeune, on évalue la réaction des parents face à l'épisode d'intoxication alcoolique de leur enfant. Nous voyons des réactions parentales très hétérogènes pouvant varier entre banalisation et colère, entre déni et communication

constructive, entre incrédulité et compréhension adaptée à la situation. Il importe de savoir quelle attitude les parents ont envers la consommation d'alcool de leurs jeunes, s'ils savent mettre des limites et en sanctionner les transgressions. Notre rôle est de mettre des mots sur ce qui s'est passé, de rétablir la communication, de soutenir les parents dans leur fonction de guidance et de renforcer leurs compétences<sup>16), 17)</sup>.

Il est évident qu'on recherche aussi des problèmes liés à l'alcool parmi les autres membres de la famille. On estime qu'un enfant sur cinq grandit dans un foyer dont l'un des membres abuse de l'alcool<sup>7)</sup>. C'est souvent un sujet tabou, un secret de famille, que les adolescents n'évoquent pas spontanément. Il n'est pas rare que les parents trouvent là l'occasion d'en parler.

A l'issue de la consultation, différents scénarios peuvent être envisagés: soit on conclut à un épisode isolé, accidentel sans autres éléments inquiétants et on ne propose pas de suivi particulier, soit on repère des éléments plus inquiétants nécessitant une suite de prise en charge. Celle-ci peut avoir lieu au sein même de la consultation pour adolescents ou dans le service d'abus de substance, avec l'un des deux consultants présents lors de l'évaluation

|                                                                     | Filles (%)<br>n = 3380 | Garçon (%)<br>n = 4040 |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>Problèmes individuels</b>                                        | <b>17</b>              | <b>33</b>              |
| Diminution des performances à l'école, au travail, y c. absentéisme | 2.9                    | 5.3                    |
| Objets ou habits endommagés                                         | 7.9                    | 21.7                   |
| Valeurs perdues (argent, etc.)                                      | 8.9                    | 16.0                   |
| Accidents, blessures                                                | 6.2                    | 16.6                   |
| <b>Problèmes relationnels</b>                                       | <b>15</b>              | <b>27</b>              |
| Querelle, bagarre                                                   | 4.7                    | 17.6                   |
| Problèmes relationnels avec des ami(e)s                             | 8.1                    | 9.8                    |
| Problèmes relationnels avec vos parents                             | 5.4                    | 8.5                    |
| Problèmes relationnels avec vos enseignant(e)s                      | 0.8                    | 2.0                    |
| Problèmes relationnels avec des collègues                           | 3.4                    | 4.5                    |
| <b>Relations sexuelles</b>                                          | <b>8</b>               | <b>15</b>              |
| Relation sexuelle non voulue                                        | 4.1                    | 7.1                    |
| Relation sexuelle non protégée                                      | 5.5                    | 7.3                    |
| Problèmes d'érection (ne pas arriver à bander)                      |                        | 5.1                    |
| <b>TOTAL (au moins une fois un problème quelconque)</b>             | <b>27</b>              | <b>46</b>              |

Tableau 3: Pourcentages de jeunes qui admettent avoir connu divers problèmes suite à la consommation d'alcool sur l'ensemble du collectif (SMASH 2002, question 79)

|                                                                          |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Historique des faits:                                                    |                                                  |
| • déroulement des faits                                                  | • contextes de la consommation (lieu, entourage) |
| • boissons consommées                                                    | • effets recherchés et ressentis                 |
| • procuration des boissons                                               | • prises de risque                               |
| Recherche des signes de dépendance à l'alcool et à d'autres substances   |                                                  |
| Évaluation des ressources disponibles                                    |                                                  |
| Évaluation de la réaction parentale et soutien du rôle parental          |                                                  |
| Informations sur les faits et méfaits de l'alcool                        |                                                  |
| Discussion d'alternatives (gestion de la prise d'alcool lors de soirées) |                                                  |

Tableau 4: Schéma d'évaluation

initiale. Parfois, selon le problème détecté, l'adolescent est adressé à un service de pédopsychiatrie.

### Comment les jeunes perçoivent-ils notre intervention?

Afin d'évaluer l'impact de cette nouvelle prise en charge, un questionnaire anonyme a été envoyé aux 82 premiers patients évalués. Quelques points intéressants méritent d'être exposés.

Alors qu'on pourrait craindre que les messages que nous transmettons soient trop simples et redondants, trois-quarts des patients nous disent avoir appris quelque chose pendant la consultation et deux-tiers l'ont trouvée utile. Ces résultats sont d'autant plus encourageants, que faire de la prévention autour d'un sujet aussi galvaudé que l'alcool n'est jamais aisé. Force est de constater qu'on peut leur transmettre des connaissances sur les effets, les risques et les conséquences de l'alcool, sujets qu'ils ne semblent pas connaître aussi bien qu'on

pourrait le croire. Une meilleure gestion de la consommation d'alcool est un point souvent méconnu des jeunes mais qui les intéresse, probablement parce que les messages de prévention tendent bien souvent vers l'abstinence. Le fait de parler d'un meilleur contrôle de la consommation d'alcool, c'est reconnaître qu'ils peuvent y être exposés à nouveau et correspond mieux à leur mode de vie. Bien que l'abstinence soit l'alternative la plus prudente, un meilleur contrôle de la consommation avec une diminution des effets nocifs du «binge drinking» peut être un premier objectif plus raisonnable, plus facilement atteignable et acceptable pour le jeune.

Nous sommes frappés du déni dont les adolescents font preuve. Aucun d'entre eux ne pense avoir un problème avec l'alcool ou avoir besoin d'aide, alors que pour certains les alcoolisations étaient nombreuses voire régulières et hebdomadaires avec un suivi spécialisé en cours. Ceci peut être le reflet de ce sentiment d'invulnérabilité si bien connu chez les adolescents. Il est par

ailleurs intéressant de constater qu'en discutant avec eux, ils sont souvent bien plus inquiets et critiques vis-à-vis de la consommation de leurs amis que de la leur. Au vu du déni décrit on est en droit de penser qu'il faut rechercher activement les problèmes d'abus de substances. Les adolescents consommant de l'alcool abusivement ne feront que peu appel spontanément à des professionnels, puisqu'inconscients de leur problématique.

### Quel est le rôle du pédiatre en cabinet face à ces adolescents?

Il a été démontré que moins de 50% des pédiatres recherchent l'abus ou le mésusage de substances chez leurs patients adolescents. Ceci s'explique entre autres par un manque de formation en addictologie et un manque de connaissance du réseau pouvant prendre en charge ces pathologies, et aussi par la crainte de stigmatiser les patients ou leur famille<sup>7)</sup>.

La prise en charge décrite, bien que mise en place dans un cadre hospitalier est transposable dans d'autres structures ambulatoires. Les outils utilisés et les messages transmis sont applicables en pratique privée pour une prévention primaire. Celle-ci devrait se faire de façon systématique auprès de tous les adolescents afin de retarder l'âge de la première consommation et ainsi diminuer le risque d'une dépendance ultérieure. Heureusement, les situations de dépendance installée chez les moins de 16 ans sont rares, lorsqu'elles sont repérées elles nécessitent d'être référées à des spécialistes en addictologie.

Le fait que les pédiatres connaissent bien les familles, leur permet de mieux épauler les parents qui se sentent bien souvent impuissants et hésitants quant à l'attitude à adopter face à l'intoxication alcoolique de leur enfant. Ils sont surpris et désarmés par leur adolescent qui consomme, alors qu'ils le pensaient invulnérable vis-à-vis de l'alcool. Ils décrivent une rupture de confiance profonde. En général, ils surestiment l'influence des pairs sur leur enfant. Lorsqu'ils sont consommateurs eux-mêmes, ils craignent d'être moins crédibles et de ne pas pouvoir imposer des limites<sup>16)</sup>. Le pédiatre tient un rôle privilégié car il peut aider à recréer des liens entre le jeune et ses parents.

|          |                                                                                                                                          |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A</b> | Etes-vous déjà monté dans un véhicule (auto, moto, scooter...) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé? |
| <b>D</b> | Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou pour tenir le coup?                               |
| <b>O</b> | Vous est-il arrivé d'oublier ce que vous avez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues?                                       |
| <b>S</b> | Consommez-vous de l'alcool ou d'autres drogues quand vous êtes seul?                                                                     |
| <b>P</b> | Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues?                                                           |
| <b>A</b> | Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou d'autres drogues?                |

Tableau 5: Questionnaire ADOSPA (traduction du questionnaire CRAFFT)

2 réponses positives ou plus indiquent la possibilité d'un problème plus sérieux d'abus de substances et nécessitent une investigation plus approfondie.

| Taux   | Filles     | Garçons    | Conséquences                     |
|--------|------------|------------|----------------------------------|
| 0.5‰   | 2 verres   | 3 verres   | Euphorie                         |
| 0.8‰   | 3 verres   | 4 verres   | Incapacité à évaluer les dangers |
| 1–1.5‰ | 4–6 verres | 5–7 verres | Perte de contrôle                |
| 2‰     | 8 verres   | 10 verres  | Ivresse grave                    |
| 3‰     | 12 verres  | 14 verres  | Coma                             |
| > 4‰   | 16 verres  | 20 verres  | Danger de mort                   |

Tableau 6: Liens entre le taux d'éthanolémie, les quantités de verres consommées et les conséquences cliniques associées

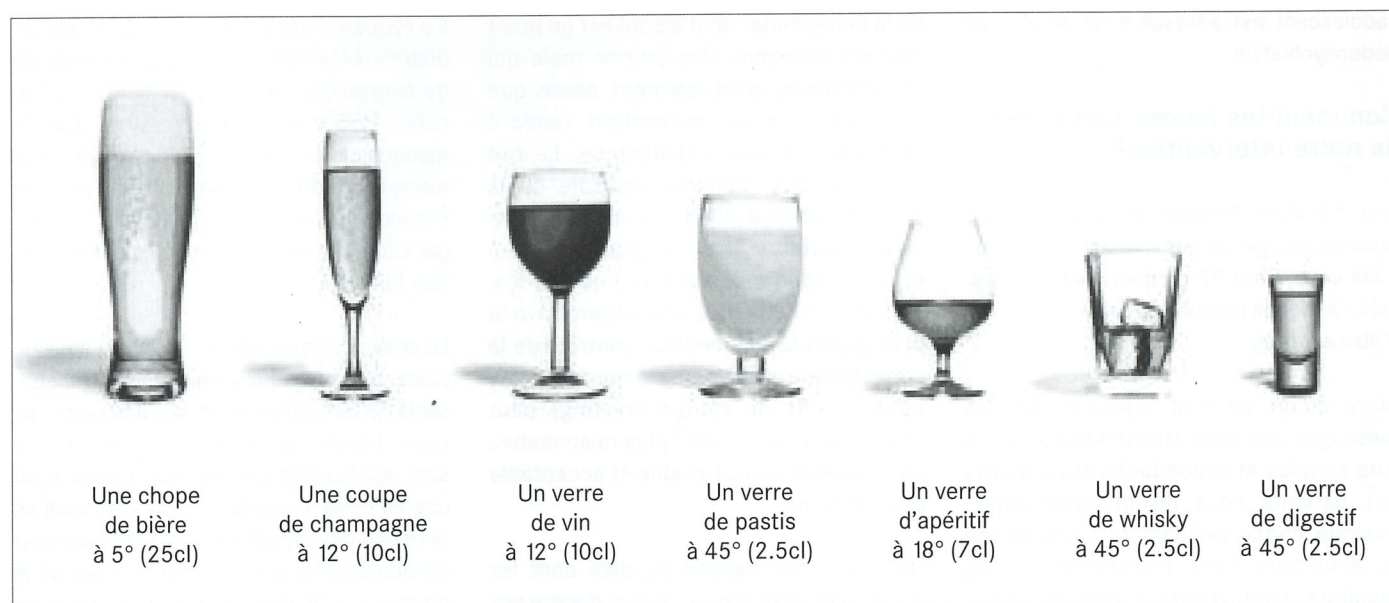


Figure 1: Contenus équivalents en alcool; soit une unité d'alcool soit, 10g d'alcool par verre (avec l'aimable autorisation de l'INPES, droits réservés)

## Conclusion

Le mode de consommation d'alcool des adolescents change: ils boivent des alcools de plus en plus forts en des temps de plus en plus courts. «L'alcool-défonce» semble devenir la norme chez les jeunes, un rituel de passage qui peut engendrer des complications somatiques et psychosociales graves. En tant que professionnels de la santé, nous avons un rôle de prévention à jouer qui peut s'orienter vers deux objectifs: retarder l'âge de la première consommation et enseigner aux adolescents à mieux gérer leur consommation.

## Correspondance

Dr.Marianne Caflisch  
Hôpital des Enfants  
Rue Willy Donzé 6  
1211 Genève 14  
[marianne.caflisch@hcuge.ch](mailto:marianne.caflisch@hcuge.ch)

## Références

1. Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA). Rapport: Alcool et les jeunes. Lausanne 2007; [www.sfa-ispa.ch](http://www.sfa-ispa.ch).
2. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Rapport 2006; [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org).
3. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Newsletter, 2004 (4): 3; [www.pubs.niaaa.nih.gov/publications](http://www.pubs.niaaa.nih.gov/publications).
4. Giedd JN. The teen brain: insights from neuroimaging. J Adolesc Health. 2008; 42:335–43.
5. Brown SA, McGue M, Maggs J, Schulenberg J, Hingson R, Murphy S. et coll. A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. Pediatrics. 2009; 121 suppl 4:290–310.
6. Kulig JW and the committee of substance abuse. Tobacco, alcohol and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification and management of substance abuse. Pediatrics. 2005; 115:816–21.
7. Hingson RW, Heeren T, Jamanka A, Howland J. Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. JAMA. 2002; 284:1527–1523.
8. Huerre P, Marty F et coll. Alcool et adolescence, Jeunes en quête d'ivresse. Paris: Albin Michel, 2007:409.
9. Narring F, Tschumper AM, Interwildi-Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Michaud PA et coll. Swiss Multi-center Adolescent Survey on Health (SMASH) 2002; 99: [www.umsa.ch/files/umsa\\_smash\\_f\\_4.pdf](http://www.umsa.ch/files/umsa_smash_f_4.pdf).
10. Kuntsche E, Gmel G: Changes in adolescents' reasons for drinking in Switzerland and associations with alcohol use from 1994 to 2002. J Adolesc Health. 2006; 39:705–11.
11. Zufferey A, Michaud P-A, Jeanin A, Berchtold A, Chosis I, Van Melle G, Suris JC. Cumulative risk factors for adolescent alcohol misuse and its perceived consequences among 16 to 20 year old adolescents in Switzerland. Prev Med. 2007; 45:233–239.
12. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. J Adolesc Health. 2008; 43:157–64.
13. Goldenring JM, Cohen E: Getting into adolescent heads. Contemporary Paediatrics 1988; 5(7):75 (version française Paediatrics 2008; 19 (2):22–23).
14. Questionnaire AUDIT: [www.ippsa.asso.fr/images/pdf/questionnaire\\_audit.pdf](http://www.ippsa.asso.fr/images/pdf/questionnaire_audit.pdf).
15. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Archives of Pediatrics & Adolescent 2002; 156(6):607–614, 2002.
16. FEGPA, Donzé S. Mon ado et l'alcool. Le point de vue des parents sur la consommation précoce d'alcool. Rapport d'enquête, 2008. [www.fegpa.ch](http://www.fegpa.ch).
17. Scholte R, Polen E, Willemsen G, Boomsma DI, Engels R. Relative risks of adolescents and young adult use: the role of drinking fathers, mothers, siblings and friends. Addictive Behaviors. 2008; 33:1–14.