



**Université Lille 2  
Droit et Santé**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

*Année : 2012*

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Evaluation d'un trouble de l'usage d'alcool aux urgences pédiatriques: synthèse  
des facteurs de vulnérabilité basée sur une revue systématique de la littérature.**

**Présentée et soutenue publiquement le 26 Octobre 2012**

au Pôle Recherche de la Faculté

**Par *Camille Bence***

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre Thomas  
Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva  
Monsieur le Docteur Renaud Jardri**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Benjamin Rolland**

## Sommaire

Sommaire .....	9
Abréviations .....	10
I - Introduction .....	11
1 - Présentation du contexte .....	11
2 - Rappels et définitions .....	14
3 - Usage et mésusage d'alcool chez les moins de 18 ans .....	16
4 - Le soignant face à un tableau d'ivresse aiguë chez l'enfant ou l'adolescent.....	19
5 - Objectif de notre travail .....	22
II - Matériel et méthodes.....	23
III - Résultats .....	25
1 - Résultats des étapes 1 et 2 de sélection des articles .....	25
2 - Résultats et analyse détaillée des articles et de leur gradation ( étape 3) .....	26
a - Types d'articles et gradation.....	26
b - Spécificités des consommations d'alcool et des états d'ivresse dans la population étudiée .....	27
c - Caractéristiques des sujets pris en charge aux urgences pédiatriques ..	28
d - Facteurs de mauvais pronostic d'usage et de mésusage précoces .....	29
IV - Discussion .....	38
V - Conclusion .....	46
Bibliographie .....	48
Annexes .....	54

## **Abréviations**

- ◆ **ANAES**: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- ◆ **DSM**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ◆ **EIA**: État d'Ivresse Aiguë
- ◆ **HAS**: Haute Autorité de Santé
- ◆ **IC**: Intervalle de Confiance
- ◆ **OFDT**: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- ◆ **OMS**: Organisation Mondiale de la Santé
- ◆ **OR**: Odds Ratio
- ◆ **SFMQ**: Short Mood and Feelings Questionnaire
- ◆ **TDAH**: Troubles Déficitaires de l'Attention avec Hyperactivité
- ◆ **TUA**: Troubles de l'Usage d'Alcool
- ◆ **UIA**: Unité Internationale d'Alcool

## **I- INTRODUCTION**

### **1. Présentation du contexte**

Le terme d'alcool fait référence à la fois à la molécule d'éthanol ainsi qu'aux différents breuvages contenant cette molécule. L'éthanol est une substance toxique pouvant entraîner des conséquences médicales parfois majeures, sur le plan comportemental mais aussi sur le plan somatique. Dans le même temps, l'alcool en tant que boisson, est une substance extrêmement répandue dans les sociétés occidentales, et se retrouve donc particulièrement intriqué avec les codes sociaux et les modes de vie passés et présents.

L'alcool revêt ainsi simultanément cette double identité, support culturel fondamental mais aussi substance toxique. Cette double réalité se retrouve dans la frontière complexe entre usage et mésusage, entre plaisir et addiction, entre contrôle et perte de contrôle. Elle se retrouve également au moment des premières expériences de consommation d'alcool, qui surviennent généralement à l'adolescence.

L'expérimentation d'alcool survient en effet quasiment systématiquement dans cette période de la vie puisqu'environ 60% des élèves en classe de sixième ont déjà expérimenté l'alcool et que seuls 12,6% des personnes de plus de 18 ans rapportent n'avoir jamais expérimenté l'alcool (1). Au-delà de l'expérimentation de l'usage, l'adolescence est également la période de prédilection de l'expérimentation du mésusage, puisque 58,5% des jeunes de 17 ans rapportent avoir déjà présenté au moins une fois un état d'ivresse aiguë (1).

Il a été proposé que la spécificité de la double expérimentation de l'usage et du mésusage d'alcool renvoie sociologiquement à une forme occidentale de rite de passage depuis l'enfance à l'âge adulte (2). Encore une fois, si la fréquence de tels comportements peut avoir un sens sur un versant sociologique, les premiers contacts avec l'alcool, et plus particulièrement les premiers abus d'alcool, révèlent également à chaque individu ses facteurs propres, à la fois biologiques, psychologiques et sociaux, de vulnérabilité à l'alcool (3). Les conduites de mésusage précoce sont en effet prédictives de dépendance ultérieure (4). Elles entraînent par ailleurs des conséquences médicales immédiates puisque les troubles liés à l'usage d'alcool constituent la deuxième cause de mortalité en population générale, et la première cause chez les moins de 25 ans (5).

En conséquence, le paradoxe de la consommation d'alcool à l'adolescence, même abusive, est qu'elle peut être à la fois considérée comme un facteur de bon développement psychosocial du sujet mais aussi comme un facteur de risque immédiat et futur pour celui-ci. Quelle doit donc être l'attitude d'évaluation et de prise en charge d'un soignant face à un état d'ivresse de l'enfant ou de l'adolescent ? Quels facteurs associés à l'état clinique ou l'environnement du sujet doivent alerter le médecin et imposer une surveillance particulière ? Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une revue de la littérature internationale portant sur la consommation d'alcool et sur l'ivresse de l'enfant et de l'adolescent.

## 2. Rappels et définitions

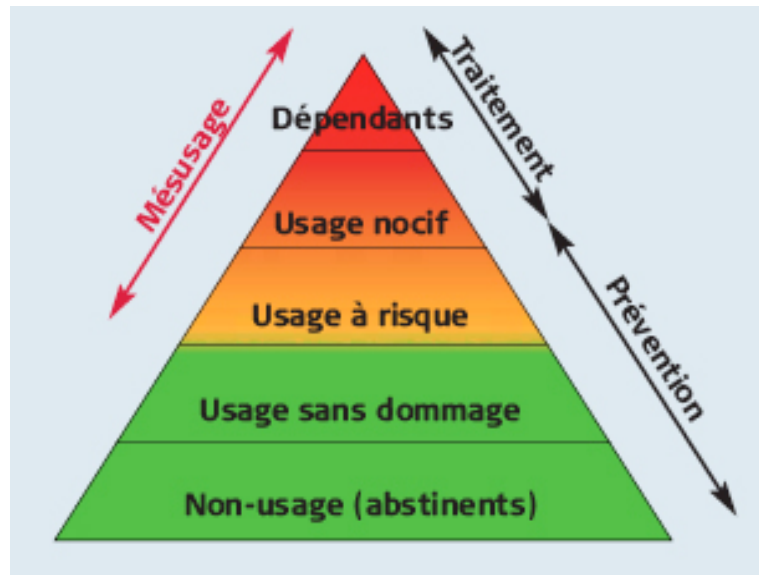
Afin de différencier usage et mésusage, l'OMS a défini des seuils de consommation, à savoir, pour l'usage quotidien, 3 Unités Internationales d'Alcool (UIA) par jour en moyenne chez l'homme, 2 chez la femme, et concernant l'usage ponctuel, pas plus de 4 UIA par occasion (*tableau 1*).

<b>Nombre d'UIA maximum</b>	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>
<b>Par jour</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Par occasion</b>	<b>4</b>	

*tableau 1: Seuils OMS définissant la consommation modérée/ l'usage*

Par ailleurs l'OMS recommande de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool et précise que ces seuils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment en cas de risque individuel tel qu'une modification de la tolérance du consommateur en raison de son âge (6).

Parmi les mésusages, on retrouve l'usage à risque, l'usage nocif et l'alcoolodépendance, comme l'indique la pyramide de Skinner (*figure 1*).



*figure 1: Pyramide de Skinner*

Selon le DSM-IV, l'abus, qui inclut usage à risque et usage nocif, est défini par une utilisation inadéquate d'une substance entraînant une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisée par au moins l'une des manifestations suivantes durant une période de 12 mois: utilisation répétée empêchant la réalisation d'obligations majeures, utilisation répétée dans des situations à risque, problèmes judiciaires répétés en lien avec l'utilisation de la substance, utilisation malgré les problèmes interpersonnels causés par la substance. Les symptômes n'ont, par ailleurs, jamais atteints les critères de dépendance à la substance (*annexe 1*).

La dépendance se caractérise, quant à elle, par un mode de consommation similaire à celui de l'abus, mais avec la présence d'au moins trois manifestations, au cours d'une période de 12 mois consécutifs, parmi la tolérance, le sevrage, la perte de contrôle (quantité prise ou temps passé supérieurs à ce qui était prévu), un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance, un temps

important passé à la recherche ou la consommation de la substance, une réduction des activités sociales et/ou professionnelles et/ou des loisirs, la poursuite de la consommation malgré la connaissance des effets négatifs (*annexe 2*).

Les conséquences de ces troubles liés à l'utilisation de l'alcool sont multiples: conséquences psycho-sociales, professionnelles, familiales, médicales, économiques.

Si l'usage nocif et la dépendance doivent faire l'objet de soins, l'usage à risque quant à lui, comme l'usage modéré, justifie une prise en charge préventive , et ceci le plus tôt possible puisque l'âge de début de consommation semble jouer un rôle important dans la future consommation abusive de l'adulte (7).

Chez les jeunes, l'alcool est la première substance psycho active consommée, avant le tabac et le cannabis (8, 9). Dans le contexte socioculturel actuel, la consommation d'alcool et de drogues est un comportement très répandu chez les adolescents, et, à cette période de vie, l'expérimentation et la consommation occasionnelle semblent faire partie d'un processus développemental visant à entrer dans le monde des adultes. (10)

Alors que la consommation d'alcool en population générale a tendance à baisser ces dernières années, elle augmente de façon constante chez les 12-24 ans, et devient de plus en plus précoce (11).



### 3. Usage et mésusage d'alcool chez les moins de 18 ans

De nombreuses études ont été réalisées quant à la consommation d'alcool chez les jeunes, et les modalités d'alcoolisation à 17 ans sont les mieux documentées (5), cependant, les enquêtes épidémiologiques manquent encore dans la tranche d'âge des 8-12 ans (7). Or cette dernière population est de plus en plus concernée par la consommation de substances psycho actives, dont l'alcool, et il semblerait même que l'augmentation de la consommation soit plus importante dans la population des 10-12 ans, que dans les tranches d'âge supérieures (7).

Malgré la législation en vigueur concernant la distribution et la vente d'alcool du code de Santé Publique, et plus particulièrement les trois articles intitulés «Protection des mineurs» (12) (*annexe 3*), il semble que l'alcool soit considéré comme largement accessible par la majorité de cette jeune population (13).

L'expérimentation de l'alcool se fait souvent très jeune, puisque 59 % des élèves de 11 ans déclarent en avoir déjà consommé au moins une fois (1), cette initiation se faisant souvent dans le cadre familial, lors d'occasions particulières (cérémonies, fêtes, réunion de famille).

L'expérimentation de l'ivresse semble se faire un peu plus tardivement, avec un âge moyen à 13,5 ans (11). Le contexte d'initiation est alors différent, le jeune quittant le cadre familial pour gagner son groupe de pairs. Cette expérimentation de l'ivresse augmente avec l'âge et, à 15 ans, 67% déclarent s'être enivrés deux fois ou plus dans leur vie (14).

La consommation d'alcool chez le pré-adolescent et l'adolescent n'est, fort heureusement, pas superposable à celle des adultes; cependant en comparant ces deux populations, il a été constaté que, bien que la fréquence de consommation soit moindre chez les jeunes, les quantités d'alcool ingérées par occasion restent semblables (9).

La population des pré-adolescents et adolescents connaît, elle aussi, les problèmes de mésusage de l'alcool, à travers la consommation régulière, le binge drinking et les ivresses régulières notamment.

A 14 ans, l'usage régulier de l'alcool, défini comme au moins 10 épisodes de consommation par mois, concerne déjà 4% des garçons, et 1% des filles, pour augmenter à 16 ans, jusqu'à 10% chez les garçons et 5% chez les filles (15).

Les ivresses régulières, c'est à dire au moins dix épisodes par an, restent rares avant 16 ans, mais concernent tout de même 4% des adolescents de 16 ans, et 1% des adolescentes du même âge (13).

Le binge drinking, ou «alcoolo-défonce», est défini par une consommation d'au moins 5 UIA par les garçons, et d'au moins 4 UIA par les filles, en une seule occasion, dans un laps de temps de deux heures environ, définition à laquelle certains auteurs ajoutent la notion de recherche de l'ivresse ou de «défonce» (16). Sa prévalence est estimée par le nombre de consommations supérieures aux seuils cités plus haut au cours du mois, et concerne 53,2% des jeunes de 17 ans (1). Ce type de comportement est majoritairement retrouvé à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte (17).

Les jeunes âgés de 10 à 15 ans, sont surtout concernés par l'expérimentation de l'alcool et de l'ivresse, les autres modalités d'alcoolisation (consommations régulières, ivresses répétées et binge drinking) restant rares avant 16 ans.

Parmi les problèmes engendrés par la consommation d'alcool chez les adolescents, les états d'ivresse sont la cause la plus fréquente de recours au service d'urgence(10). Ce motif d'entrée isolé reste relativement rare (18), pourtant, du fait même de sa rareté, l'intoxication alcoolique aiguë de l'enfant et de l'adolescent est une situation qui peut être insuffisamment investiguée dans un contexte pédiatrique (16). Par ailleurs, le nombre d'adolescents se présentant en état d'alcoolisation aiguë aux urgences est en constante augmentation (19) et l'alcool est fréquemment retrouvé dans d'autres motifs plus courants de consultations aux urgences pédiatriques, comme les accidents, traumatismes, tentatives de suicides (10).

#### 4. Le soignant face à un tableau d'ivresse aiguë chez l'enfant ou l'adolescent

Les services d'urgence sont souvent, pour la population des pré-adolescents et adolescents, le premier contact avec le système de soins, et, concernant le mésusage d'alcool, la première ligne d'intervention, à la fois thérapeutique et préventive.

Les modalités de prise en charge des jeunes en état d'ivresse aux urgences n'ont pas fait l'objet de validations méthodologiques, leur évaluation et leur orientation ne relevant que d'un accord professionnel (20), et l'attitude des soignants face à ces pré-adolescents et adolescents est par conséquent très disparate, qu'il s'agisse du discours tenu, de la durée d'hospitalisation ou bien encore de la proposition d'un suivi.

L'HAS (anciennement ANAES) a rédigé en 2001 des recommandations professionnelles concernant les orientations diagnostiques et la prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins (*annexe 4*). Elle souligne les problèmes spécifiques liés à la prise en charge des adolescents et précise que cette intoxication éthylique aiguë ne doit être banalisée, car révélant une perturbation psychosociale importante. L'HAS rappelle l'existence d'un accord professionnel recommandant l'hospitalisation de ces adolescents au minimum pendant 72 heures, avec l'accord du représentant légal, avec une prise en charge générale similaire à celle de l'adolescent ayant fait une tentative de suicide, l'association des deux étant d'ailleurs observée dans 20 à 30 % des cas (19).

Par ailleurs, outre l'examen somatique systématique, l'HAS recommande une évaluation psychologique et sociale s'intéressant aux éléments sociaux, familiaux, scolaires, biographiques, aux conditions de l'alcoolisation, aux éventuelles conduites à risque

associées, à l'existence d'épisodes antérieurs d'alcoolisation, ainsi qu'aux antécédents psychiatriques et à la recherche d'autres addictions.

En revanche, le recours au service d'addictologie de liaison n'est pas spécifiquement abordé concernant la prise en charge des jeunes en situation d'ivresse aux urgences, contrairement à l'adulte.

Enfin, concernant le suivi, l'HAS précise que celui de l'adolescent diverge de celui de l'adulte, en effet, alors que l'adulte est orienté vers les services d'addictologie, il semble dangereux d'identifier l'adolescent à ce groupe de malades, au risque de fixer sa pathologie, et un suivi en centre médico psychologique est préconisé, complété par un suivi par le médecin traitant.

L'admission aux urgences est souvent en lien avec une baisse du niveau de conscience, ou des complications somatiques, notamment traumatologiques (21), dues à des alcoolisations massives, qui, même en une occasion unique, peuvent avoir des conséquences majeures sur l'état de santé de ces jeunes patients. Loin de la banalisation, une attention particulière doit être portée à ces adolescents, qui du fait même de leur âge sont plus vulnérables, et chez qui une action préventive est indispensable afin de prévenir les récurrences et l'ancrage dans des conduites de mésusage.

Le peu d'études réalisées chez le jeune de moins de 15 ans se présentant aux urgences, pour alcoolisation aiguë, semble à la fois dû à la rareté de ce motif principal mais également au fait qu'une forte proportion de ces adolescents ne consulte pas aux urgences, l'ivresse non compliquée étant gérée à domicile. Par ailleurs, les études réalisées à ce sujet s'intéressent particulièrement aux conséquences somatiques, au

niveau d'alcoolémie, au niveau de conscience, précisant pour certaines la durée d'hospitalisation, quand celle ci est décidée, et le suivi, si celui ci est proposé.

Il semble pourtant primordial de considérer l'environnement psycho-social dans lequel évolue l'adolescent et qui pourrait avoir un rôle sur son comportement actuel vis à vis de l'alcool. De plus, ces conduites d'alcoolisation à l'adolescence pouvant avoir un impact sur les conduites d'abus à l'âge adulte, il est également licite de rechercher des facteurs de risque d'alcoolodépendance ultérieure afin de proposer rapidement une prise en charge préventive.

## 5. Objectif de notre travail

Afin de rassembler et synthétiser les données de recherche et les recommandations actuellement disponibles dans la littérature internationale sur l'évaluation et l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent pris en charge pour état d'ivresse aiguë, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature.

Nous avons choisi de focaliser les résultats de notre travail sur les données relatives à la population de sujets dont l'âge est strictement compris entre 10 à 15 ans. En effet, comme détaillé au préalable, c'est au cours de cette période de la vie que se situe la grande majorité de l'expérimentation de la consommation d'alcool et de l'ivresse. En dessous de cet âge, les états d'ivresse aiguë sont rarement rencontrés aux urgences (22) et relèvent peu de conduites en rapport avec des éléments culturels. En conséquence, l'étude d'états d'ivresse infantile nous paraît sortir du cadre de notre travail, qui cherche à repérer des critères de vulnérabilité spécifiques au sein de comportements d'ivresse aiguë n'ayant pas toujours un caractère pathologique.

## II- MATERIEL ET METHODES

•ETAPE 1 : Nous avons tout d'abord réalisé une recherche électronique à partir des bases de données *Pubmed* et *Science Direct*.

Les différents *patterns* de mots-clés utilisés étaient les suivants:

- 1) [«*alcohol use*» OR «*drinking*» OR «*drunkenness*»] AND [«*adolescence*» AND «*childhood*» AND «*factors*»]
- 2) [«*alcohol use*» OR «*alcohol misuse*»] AND [«*adolescence*» AND «*childhood*»]
- 3) [«*alcohol*» AND «*intoxication*»] AND [«*adolescents*» OR «*children*»]

La présence de ces différents *patterns* était recherchée au sein de l'ensemble du texte des articles.

•ETAPE 2 : A partir des résultats obtenus après l'étape 1, nous avons secondairement réalisé, manuellement, une sélection au cas par cas, après lecture des résumés, des différents articles pertinents pour notre recherche. Cette sélection est basée sur les critères suivants:

- article de langue anglaise exclusive
- date de publication électronique comprise en Mars 2002 et Mars 2012
- titre comprenant au moins l'un des termes parmi «*alcohol*», «*drinking*», «*drunkenness*»
- article traitant des ivresses aiguës et/ou des facteurs de risque d'usage et/ou de mésusage d'alcool précoces.
- population de l'étude incluant tout ou partie de la tranche d'âge des 10-15 ans.



•ETAPE 3 : à l'issue de l'étape 2, nous avons réalisé une lecture de l'ensemble des articles retenus et avons procédé à une évaluation systématique du niveau de preuve de chaque étude statistique en fonction de l'outil d'analyse de la littérature proposé par la Haute Autorité de Santé décrit dans le *tableau 2* (23).

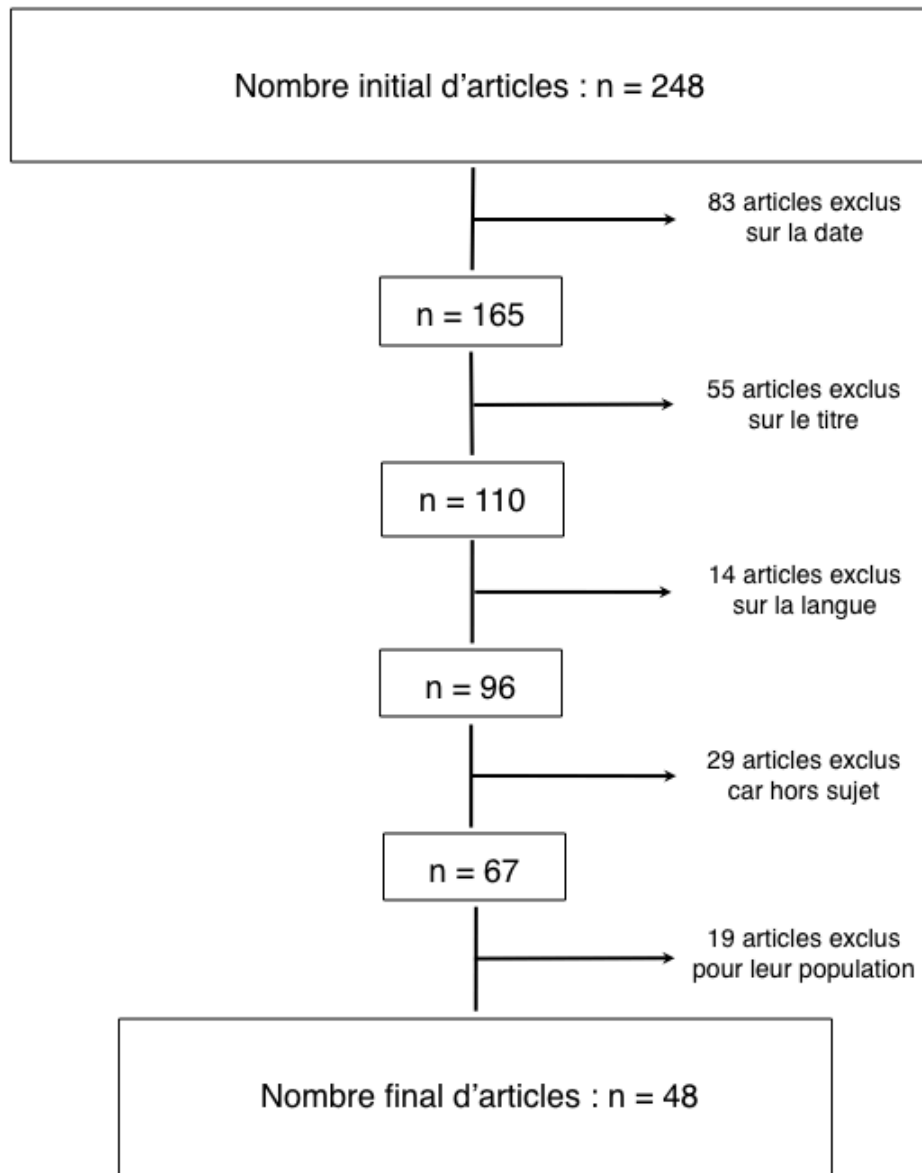
Type d'études	Niveau	Grade	Signification
- Méta-analyse - Analyse de décision basée sur des études bien menées - Essais comparatifs randomisés	1	A	Preuve scientifique établie
- Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Etudes comparatives non randomisées bien menée - Cohorte	2	B	Présomption scientifique
- Etudes cas-témoin	3	C	Faible niveau de preuve scientifique
- Etudes comparatives avec biais - Etudes rétrospectives - Séries de cas - Etudes épidémiologiques descriptives	4		

*tableau 2: Niveau de preuve selon l'outil des recommandations de l'HAS*

### III- RESULTATS

#### 1. Résultats des étapes 1 et 2 de sélection des articles

Le processus de sélection systématique des articles retenus comme pertinents pour une analyse détaillée du texte est décrit dans la *figure 2* qui suit.



*figure 2: sélection des articles*

Les combinaisons de mots-clés (ETAPE 1) nous permettaient d'obtenir initialement 248 articles candidats. A l'issue de la procédure de sélection sur lecture de résumés (ETAPE 2) , nous avons exclus 200 articles considérés comme non pertinents selon les critères prédéfinis. L'analyse détaillée de l'ensemble des textes avec gradation du niveau de preuve (ETAPE 3) des études statistiques a donc porté, au final, sur 48 articles.

## 2. Résultats de l'analyse détaillée des articles et de leur gradation (étape 3)

### a) Types d'articles et gradation

Parmi les 48 articles de notre analyse, 42 étaient des études statistiques, dont le niveau de preuve, selon les recommandations de l'HAS, se répartissait tel que décrit dans le *tableau 3* ci-dessous:

Type d'études	Niveau	Grade	Signification
24 cohortes	2	B	Présomption scientifique
1 cas-témoin	3	C	Faible niveau de preuve scientifique
7 études comparatives	4		
7 études rétrospectives	4		
3 études épidémiologiques descriptives	4		

*tableau 3: répartition des études statistiques de l'analyse en fonction du grade des recommandations de l'HAS*

## b) Spécificités des consommations d'alcool et des états d'ivresse dans la population étudiée

La consommation d'alcool et la survenue des états d'ivresse dans la population des 10-15 ans est retrouvée dans la plupart des études comme majoritairement masculine (24, 25, 26, 27), exception faite du Royaume Uni, où les adolescentes présentent des niveaux de consommation similaires aux garçons à 13 ans (28) et où les ivresses sont plus fréquentes à l'adolescence dans le sexe féminin (27).

Les différents articles traitant du niveau de consommation des pré-adolescents et adolescents sont difficilement superposables, les mesures de consommation d'alcool ne portant pas toutes sur les mêmes critères. Cependant, deux auteurs retrouvent des données relativement similaires concernant la période d'initiation de l'alcool, ainsi *Stolle et al.* décrivent que 50% des jeunes de 12 à 17 ans ont déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie (29), contre 42% des jeunes de 12 à 15 ans pour *Hotton et al.* (30). L'âge de la première ivresse semble, quant à lui, se situer entre 13 et 14 ans, avec un âge moyen retrouvé de 13,2 ans (30), et 14 ans (29).

Il est toutefois important de noter que ces éléments peuvent varier selon les pays et continents étudiés. En effet, les pays d'Europe de l'Est connaissent une hausse de l'usage d'alcool et du taux d'ivresse depuis la fin des années 90, tandis que les pays du Nord de l'Europe connaissent la tendance inverse, à l'instar des pays d'Amérique du Nord; et les pays du Sud de l'Europe, dont la France, retrouvent, eux, une certaine stabilité concernant l'usage d'alcool et le taux d'ivresse chez les jeunes de 10 à 15 ans sur cette même période (24, 25, 27, 31).

Les types d'alcool les plus consommés chez les 10-15 ans semblent être la bière et les spiritueux, ces derniers étant surtout plus consommés chez les adolescents de 15 ans et plus (25, 26).

### c) Caractéristiques des sujets pris en charge aux urgences pédiatriques

En ce qui concerne la population de jeunes de 10-15 ans consultant aux urgences pour Etat d'ivresse Aiguë (IEA), on retrouve des profils distincts de ceux décrits dans la population globale correspondant à cette tranche d'âge.

En effet, le recours aux services d'urgences serait globalement équivalent entre les deux sexes, avec une augmentation importante de la population féminine ces dernières années, les adolescentes tendant ainsi à rattraper les garçons de la même tranche d'âge (21, 32, 33, 34, 35, 36). Une seule étude de notre revue systématique retrouve un taux de consultation nettement supérieur chez les garçons (71,1% vs 28,9%) (37).

Le recours aux services d'urgences pour EIA chez les adolescents semble par ailleurs être de plus en plus fréquent, avec une augmentation du nombre de consultations pour ce motif ces dernières années (33, 34, 37).

L'âge moyen de consultation aux urgences pour ivresse aiguë semble se situer entre 14 et 16 ans (21, 32, 35, 36, 37), les consultations ayant lieu majoritairement en fin de semaine et durant les vacances scolaires (21, 32, 37). Les spiritueux seraient les alcools les plus consommés par les adolescents se présentant aux urgences (21, 35, 36).

Pour les articles au sein desquels le taux d'alcoolémie moyen est retrouvé, celui-ci semble être d'environ 2g/l (avec une moyenne à 1,86g/l pour *Bouthoorn et al*, à 1,98g/l pour *Kuzelová et al*, et à 2,03g/l pour *Weinberg et al*), les enfants et adolescents avec un haut taux d'alcoolémie étant nettement plus à risque d'avoir un niveau de conscience abaissé (35).

Le temps moyen d'hospitalisation de ces adolescents était inférieur à 48 heures dans les trois études l'ayant fait apparaître (21, 33, 36), le contexte d'alcoolisation (festif, solitaire, familial) étant faiblement renseigné dans le dossier médical (32, 37), et le suivi semblant relativement peu proposé à la sortie d'hospitalisation (32, 35, 36).

#### d) Facteurs de mauvais pronostic d'usage et de mésusage précoces

**Sur le plan biologique**, on identifie plusieurs éléments associés à un mauvais pronostic.

- L'âge d'initiation des consommations d'alcool semble être un facteur de mauvais pronostic. En effet, celui-ci aurait un impact positif sur la consommation d'alcool, signifiant que l'augmentation en termes d'âge est associée à une augmentation du risque de consommer de l'alcool (26, 38), le risque de boire jusqu'à l'ivresse augmentant lui aussi avec l'âge (OR=2,12;IC: 1,78-2,52;p<0,05) (30).

La consommation précoce d'alcool, notamment avant l'âge de 10 ans, semble être associée positivement à des plus hauts niveaux de consommation d'alcool à l'adolescence et à une évolution plus rapide de cette consommation, ce qui, par ailleurs, augmenterait le risque de mésusage à l'âge adulte (39, 40).

Le risque de développer une alcoolodépendance précoce (au début de l'âge adulte ou avant) semble être effectivement lié à l'âge d'initiation de l'alcool (41, 42), avec, pour des consommations d'alcool initiées avant l'âge de 11 ans, un risque relatif jusqu'à 3,67 fois supérieur aux jeunes initiant leur consommation après 20 ans ( $p < 0,5$ ) (43), ce risque semblant persister pour des consommations initiées plus tardivement, à 14 ans, (OR=1,651;IC:1,012-2,695) (44). Cette évolution péjorative vers le mésusage d'alcool semble également liée à l'âge de début des consommations régulières, avec un risque de mésusage augmenté pour les adolescents initiant un usage régulier entre 15 et 17 ans (OR=1,70; $p < 0,5$ ), et risque relatif de 1,67 ( $p < 0,5$ ) pour ceux initiant un usage régulier avant 14 ans, par rapport à ceux l'initiant après 21 ans (43).

Par ailleurs des consommations excessives et répétées pendant l'adolescence augmenteraient, elles aussi jusqu'à 4 fois le risque d'apparition d'une alcoolodépendance après l'âge de 20 ans (29, 45).

- Le sexe semble également être un facteur pronostic d'usage et de mésusage précoce.

Bien que *Mason* retrouve une association négative entre le sexe masculin et l'usage d'alcool à 14 ans, (39), *Simões*, *Guttmanova*, et *Clark* s'accordent sur le fait qu'il existe un lien significatif entre sexe et consommation d'alcool à l'adolescence, les garçons étant plus à risque de consommer des boissons alcoolisées (26, 43, 46). Le lien entre sexe et âge d'initiation semble faire l'objet de débats, et si *Clark* nous rappelle que plusieurs études ont montré l'absence de différence significative entre sexe et âge d'initiation, *Corte*, dans son étude, retrouve, de façon significative, que les garçons initient plus précocement l'alcool que les filles (45, 47). Le sexe masculin semble par ailleurs être plus à risque de consommations régulières, et de consommer de plus importantes quantités d'alcool, que les filles à l'adolescence (42, 48). Il semblerait de plus, que les adolescents de sexe masculin, consommateurs d'alcool, soient plus à risque de développer une

alcoolodépendance ou une autre forme de mésusage dans leur vie (respectivement  $OR=2,62;p<0,1/ OR=2,54;p<0,1$ ) (43).

- L' exposition prénatale à l'alcool et la puberté précoce ou tardive sont deux autres facteurs biologiques retrouvés comme étant de mauvais pronostic d'usage et de mésusage d'alcool.

L'exposition à l'alcool pendant la période prénatale semble être associée à un risque plus important chez l'enfant, de développer un trouble lié à l'usage d'alcool pendant l'adolescence ou à l'entrée dans l'âge adulte, particulièrement en cas d'exposition précoce pendant la grossesse (respectivement  $OR=2,78;IC:1,53-5,04/ OR=2,78;IC:1,42-5,38$ ), ceci pour une exposition d'au moins trois verres-standard par occasion (49).

La puberté précoce, chez les filles comme chez les garçons, serait associée à une plus grande précocité de l'initiation de l'alcool, ainsi qu'à un usage d'alcool et des ivresses plus précoces (45, 50). La puberté tardive quant à elle, serait associée à une consommation régulière plus importante à l'adolescence (50).

**Parmi les troubles psychiatriques** associés à un usage ou un mésusage plus précoce, on retrouve différents facteurs de mauvais pronostic. Selon *Clark*, la psychopathologie de l'enfant pourrait être liée à un début de consommation d'alcool pendant la pré-adolescence, des troubles liés à l'alcool pendant l'adolescence et une évolution vers un mésusage (45).

- Les antécédents de dépression dans l'enfance seraient associés à un risque d'initiation plus précoce de la consommation d'alcool à l'adolescence pour le sexe masculin, et des hauts niveaux de dépression dans l'enfance seraient associés à un risque plus important



d'initiation de la consommation d'alcool à l'adolescence (51, 52). Une étude note cependant une association statistiquement significative entre la dépression dans l'enfance et les troubles de l'usage d'alcool à l'adolescence, cette association n'étant retrouvée que chez les filles (53). Une humeur dépressive importante dans l'enfance augmenterait à la fois la précocité d'initiation de l'ivresse aiguë pendant l'adolescence, par rapport aux enfants sans humeur dépressive, et aussi le risque d'alcoolodépendance à l'âge adulte, avec dans les deux cas un risque estimé à 2 (52).

De plus, l'alcool pourrait être une stratégie de *coping* de l'adolescent face à des émotions négatives ou un stress précoce, et l'usage d'alcool dans le cadre de ces émotions négatives est significativement associé à des consommations plus importantes d'alcool à l'adolescence (42, 54).

- Les profils comportementaux marqués par la présence d'importants signes d'externalisation (« *externalizing symptoms* »), qui sont communs au TDAH, à la personnalité antisociale et aux troubles de l'opposition, seraient également des facteurs de risque d'une évolution péjorative à terme (41). En effet, l'existence de ces signes d'«externalisation» à 7 et 11 ans serait associée à une augmentation de la consommation hebdomadaire chez l'adolescent, quelque soit le sexe (55). Par ailleurs, ces signes seraient également associés à un risque d'usage régulier et d'ivresse à 14 ans, notamment les troubles de l'attention, qui, entre 5 et 12 ans, seraient un facteur de risque d'ivresse précoce, tout comme avoir une personnalité antisociale (42, 47). Il semblerait également que ces signes d'«externalisation» augmentent le risque, la chronicité et la sévérité du mésusage d'alcool à l'âge adulte (56, 57).

En revanche, les données sont contradictoires pour ce qui concerne des profils d'adolescents présentant des symptômes d'«internalisation» («*internalizing symptoms*») qui se retrouvent dans les troubles anxieux et phobiques ainsi que dans les troubles

thymiques, puisque ces derniers signes, présents entre 7 et 11 ans, seraient associés à une diminution de la consommation d'alcool à l'adolescence pour *Maggs* alors qu'ils prédiraient plus un risque de mésusage selon *Zucker* (42, 55).

- Les troubles du sommeil dans l'enfance semblent également jouer un rôle dans la précocité de l'usage et du mésusage d'alcool. Les troubles du sommeil de l'enfant seraient en effet des facteurs de risque d'initiation précoce de la consommation d'alcool avec un risque multiplié par 2,3 (IC:1,07-5,03;p<0,05) (42, 58), ainsi que de troubles liés à l'alcool à l'âge adulte, ces données n'étant pas retrouvées de façon significative en ce qui concerne les troubles du sommeil à l'adolescence (59).

- Les antécédents de psychotraumatisme(s) dans l'enfance seraient marqués par une évolution statistiquement plus négative des usages d'alcool. Les deux études traitant de ces psychotraumatismes s'accordent sur un point: l'expérience de plusieurs événements de ce type augmenterait le risque d'initiation précoce de l'alcool à 14 ans, avec un risque multiplié par 3,6 (IC:2-6,4) si l'enfant vit au moins 4 psychotraumatismes selon *Rothman*, et un risque multiplié par 2,8 (IC:2,3-3,5) si l'enfant vit au moins 3 psychotraumatismes selon *Dube* (60, 61). Selon les deux auteurs, en dehors du nombre d'évènements vécus, chacun des psychotraumatismes étudiés dans leurs études (violence et abus physiques, sexuels, divorce des parents, membre de la famille atteint de troubles mentaux ou psychiatriques, consommation de substance au domicile, mère battue, etc) seraient quasiment tous des facteurs de risque de consommation d'alcool, à l'exception de la négligence physique selon *Dube et al.*

- La polyconsommation, ou la consommation d'autre substance que l'alcool, serait un facteur de risque de mésusage d'alcool précoce, puisque l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues illicites à 14 ans, sont associés de manière statistiquement significative avec un risque d'alcoolodépendance après l'âge de 20 ans, avec un risque respectif pour chaque substance de 1,765 (IC:1,241-2,510), 1,651 (IC:1,012-2,695), et 1,818 (IC: 1,136-2,389) (44). L'usage d'alcool et de drogues à l'adolescence serait également associé à un plus grand risque de mésusage d'alcool et de drogues à l'âge adulte (48).

**Concernant l'environnement socio-familial**, certains facteurs semblent également à risque d'usage et de mésusage d'alcool précoces.

- La consommation d'alcool par les parents semble être un facteur d'évolution vers un usage ou un mésusage de façon précoce. Les enfants de parents avec mésusage de substance seraient plus à risque de développer ces mêmes troubles (45), et un âge précoce d'initiation à l'alcool serait associé à l'alcoolisme parental, ce dernier étant associé à un âge de première ivresse entre 12 et 14 ans (42).

Les adolescents ayant des parents alcooliques seraient plus nombreux à boire et être ivre entre 15 et 17 ans, que les enfants dont les parents n'ont pas d'alcoolodépendance, ils consommeraient par ailleurs des quantités d'alcool plus importantes (47, 62). La perception, par les adolescents, d'une consommation d'alcool excessive dans leur famille semble être associée de façon significative avec une augmentation de la fréquence de consommation d'alcool et de l'ivresse chez les adolescents ( $p < 0,01$  et  $p < 0,001$  respectivement) (63). Une histoire familiale d'alcoolisme prédisposerait les enfants à des problèmes liés à l'alcool, surtout si un ou deux des parents sont de grands consommateurs, avec un risque multiplié par 1 à 4, pour un fils de père alcoolodépendant,

de devenir lui même alcoolodépendant (40). L'alcoolisme paternel augmenterait le risque d'intoxication éthylique chez son fils adolescent, entre 15 et 17 ans, et la fréquence de consommation du père semble augmenter la fréquence de l'ivresse chez l'adolescent, alors que l'alcoolisme maternel augmenterait plus la fréquence de consommation de son fils (64). La consommation d'alcool par la mère, lorsque son fils a 14 ans, semble associée à un plus grand risque pour le fils de développer un abus d'alcool dans sa vie, avec un risque multiplié par 1,76 (IC:1,13-2,74) pour une consommation maternelle d'au moins un verre d'alcool par semaine, et un risque multiplié par 1,93 (IC:1,10-3,37) pour une consommation maternelle supérieure ou égale à un verre par jour ( $p < 0,01$ ) (56).

- Les liens familiaux et l'encadrement parental semblent également avoir un effet sur la précocité d'usage et de mésusage d'alcool.

Si des liens familiaux de faible qualité semblent augmenter le risque de consommation d'alcool précoce à l'adolescence (62), il en serait de même concernant le faible encadrement parental à l'adolescence (40, 42, 46). Concernant la fréquence des ivresses à l'adolescence, celle-ci serait diminuée par des liens familiaux solides et un encadrement parental de qualité (63, 65). Les adolescents ayant reçu des discours positifs ou neutres, de leurs parents, à propos de l'alcool, semblent consommer de plus grande quantité d'alcool que ceux ayant reçu un discours négatif ou n'en ayant pas parler (62, 66). Des liens familiaux de faible qualité seraient quant à eux, un risque de précocité de mésusage à l'adolescence (42, 45, 55).

- Le niveau socio-économique, en tant que facteur de risque de l'usage et du mésusage précoces d'alcool, semble être l'objet de débats.

En effet, selon *Droomers* et *Clark*, il n'existerait pas de relation entre la consommation d'alcool chez l'adolescent et le niveau économique de la famille de celui-ci, (46, 62), tandis

que, selon *Zucker*, la précocité de la consommation d'alcool serait associée à un faible niveau socio-économique (42). Le risque d'ivresse à l'adolescence pourrait être associé à un niveau socio-économique faible ou moyen de la famille (67), contrairement à l'usage régulier qui serait associé à un niveau socio-économique élevé (25). Le fait de vivre dans un pays à grande inégalité de revenus semble augmenter, pour sa part, à la fois le risque d'ivresse et d'usage régulier à l'adolescence (68). Le niveau de consommation d'alcool serait associé à un plus faible niveau socio-économique, ainsi les adolescents issus de ces milieux auraient tendance à boire de plus grande quantité d'alcool que ceux issus de niveaux plus élevés (45, 62). L'évolution vers des conduites de mésusage est également l'objet de contradictions: alors que bas niveau socio-économique à l'adolescence et évolution vers un mésusage d'alcool semblent associés selon *Fothergill* et *Hayatbakhsh*, l'alcoolodépendance serait associée à un niveau socio-économique plus élevé à l'adolescence selon *Brook* (44, 48, 69).

- Le niveau scolaire semble également avoir un impact sur le risque de mésusage, à la fois pendant l'adolescence, mais aussi à l'entrée dans l'âge adulte. En effet, le risque d'ivresse serait plus que multiplié par 2 chez les adolescents en échec scolaire (OR=2,35;IC:1,21-4,543) (30), les adolescents ayant de faibles scores d'intelligence semblant également plus à risque de consommer de plus grandes quantité d'alcool (OR=1,42;p<0,001) (62). La faible réussite scolaire semble donc être un facteur de risque d'évolution vers un mésusage d'alcool pour la majorité des auteurs, à l'exception de *Maggs*, selon qui, une bonne réussite scolaire serait associée à un risque de mésusage ultérieur (41, 42, 48, 55, 57, 70).

- L'influence des amis et de la publicité serait également associée à un risque d'usage et de mésusage à l'adolescence.

L'adolescent ayant dans son groupe d'amis peu de consommateurs d'alcool, semble moins à risque de consommer de l'alcool, contrairement à celui dont le groupe d'amis comporte une majorité de consommateurs, et qui aurait un risque presque 11 fois supérieur de connaître un état d'intoxication alcoolique aiguë dans l'année ( $p < 0,05$ ) (30).

La publicité traitant de l'alcool augmenterait elle aussi le risque de consommation d'alcool chez les adolescents y étant exposés (40, 42).

#### **IV- DISCUSSION**

Les facteurs de risque liés à l'usage et/ou au mésusage précoces d'alcool ont été étudiés de longue date, mais, à notre connaissance, il s'agit du premier travail de revue systématique de la littérature de ce type, nous n'avons en particulier pas retrouvé dans la littérature d'articles traitant des facteurs de vulnérabilité dans le cadre des enfants et adolescents aux urgences.

Des limites propres au travail de revue doivent être abordées.

Concernant notre travail, nous avons choisi de focaliser nos recherches sur les sujets âgés de 10 à 15 ans, éliminant de fait une partie des adolescents. Cependant, ce choix nous a paru pertinent, concernant la limite supérieure d'âge, en raison des critères d'âge de la pédiatrie, dont la limite s'avère être de 15 ans et trois mois. La limite inférieure d'âge de 10 ans nous a semblé acceptable, les consultations aux urgences pour EIA restant rares avant cet âge, par ailleurs les ivresses de l'enfant de moins de 10 ans revêtent un caractère particulier, l'expérimentation de l'alcool étant peu commun à cet âge (22).

Les mots-clés choisis pour la réalisation de nos *patterns*, («*alcohol*», «*alcohol use*», «*alcohol misuse*», «*intoxication*», «*drinking*», «*drunkenness*», «*factors*», «*adolescence*», «*adolescents*», «*childhood*», «*children*») bien que nombreux et en rapport avec notre objectif de travail, ne représentent pas la liste exhaustive des termes employés dans la littérature concernant l'usage et le mésusage d'alcool chez les jeunes de 10 à 15 ans. Un choix de mots clés plus large, aurait probablement fait apparaître d'autres articles qui ont, de fait, échappé à l'étape 1 de notre travail.

La sélection des articles sur le titre, celui-ci devant comprendre au moins un terme parmi «*alcohol*», «*drinking*» ou «*drunkenness*», a probablement entraîné l'exclusion d'articles possiblement pertinents.

Une recherche plus ancienne aurait apporté plus de données mais avec des biais supplémentaires, étant donné l'évolution des conduites d'alcoolisation ces dernières années. Notre revue, basée sur une période de 10 ans, de 2002 à 2012, propose ainsi une photographie récente et actuelle des conduites d'alcoolisation chez les adolescents.

Nous avons restreint notre recherche aux articles de langue anglaise, comme il est souvent d'usage dans le cadre des revues systématiques de la littérature.

Les limites propres aux résultats des articles issus de notre revue sont également à souligner.

Tout d'abord, de nombreux termes n'ont pas de définition claire et se recoupent entre eux, notamment «*drunkenness*», qui se superpose aux termes de «*binge drinking*», «*intoxication*», «*heavy drinking*», entraînant une difficulté dans l'interprétation des types de conduites d'usage et/ou de mésusage. Par ailleurs les termes d'usage et de mésusage correspondent à des diagnostics établis selon les critères du DSM-IV, cet outil, validé chez l'adulte, n'a pas fait l'objet d'une validation chez l'adolescent, certains critères du DSM-IV ont d'ailleurs été montré comme non pertinents sur le plan psychométrique dans la population adolescence (71).



Il existe par ailleurs un biais de confusion entre certaines études lié à la mesure des facteurs bio-psycho-sociaux, constituant ainsi une autre limite.

Les tranches d'âge sélectionnées au sein des différentes études ne se recoupent pas forcément entre elles, ce qui peut mener à l'obtention de données issues d'individus non inclus dans notre population des 10-15 ans. Ceci peut mener à une mauvaise interprétation pour des données qui seraient extrapolées à la population des 10-15 ans, alors qu'elles concernent en réalité des individus plus jeunes ou plus âgés.

De même, concernant les facteurs psychiatriques, il existe un biais de confusion important lié aux méthodes de mesure du symptôme dépressif, les différentes études à ce sujet utilisant chacune une échelle d'évaluation du trouble différente ( DSM-IV, DSM-III, SMFQ, questionnaire spécifique à l'étude). Ceci amène une confusion dans l'évaluation des états dépressifs, entraînant de fait, une mauvaise évaluation de son association avec les troubles liés à l'usage d'alcool chez les adolescents.

Concernant les facteurs socio-familiaux, il semble tout d'abord qu'il existe une grande variabilité interculturelle de l'usage d'alcool, avec des différences notables concernant sa prévalence et le niveau de consommation, les données issues des articles propres à un pays, ne permettant pas d'extrapoler ces résultats à la population adolescente en général.

Un autre facteur de confusion évident existe également concernant la mesure du niveau socioéconomique dans lequel évolue l'adolescent. Pour certaines études ce niveau socioéconomique est testé au travers du niveau d'occupation du père, pour d'autres à travers les biens de la famille (voitures, ordinateurs, téléphones, etc), pour d'autres encore à travers le niveau d'éducation de la mère, le revenu annuel de la famille. Ces différents critères de mesure sont probablement responsables des divergences observées dans

notre travail concernant l'impact du niveau socioéconomique sur la vulnérabilité de troubles de l'usage d'alcool. Une uniformisation de ces critères permettrait sans doute une meilleure évaluation de l'impact du niveau socioéconomique sur le risque de troubles de l'usage d'alcool pour les études à venir.

Notre travail a mis en évidence l'existence de facteurs de vulnérabilité biologiques, psychiatriques et socio-familiaux quant à l'existence de troubles de l'usage d'alcool chez l'adolescent de 10 à 15 ans. Les facteurs biologiques sont représentés par le sexe masculin, un âge de consommation d'alcool précoce, une exposition prénatale à l'alcool, et une puberté précoce ou tardive. Les facteurs psychiatriques sont la dépression, les troubles du sommeil, les psychotraumatismes, les comportements d'«externalisation», et une polyconsommation. Les facteurs socio-familiaux à risque d'un trouble de l'usage d'alcool précoce retrouvent quant à eux l'alcoolisme parental, un dysfonctionnement de la structure familiale et l'échec scolaire.

La prise en charge des adolescents aux urgences pour EIA n'a pas fait l'objet de recommandations méthodologiques, expliquant probablement une attitude disparate entre les différentes études.

L'attitude des soignants face à l'adolescent consultant aux urgences pour un trouble de l'usage d'alcool, ne devrait peut être pas être identique pour tous les sujets. Si pour une partie des adolescents l'expérimentation de l'alcool s'inscrit, en effet, dans un processus initiatique en lien avec un fonctionnement social non pathologique, il est important de prêter une attention particulière à tout sujet consultant pour EIA aux urgences pédiatriques, afin de repérer les adolescents à risque de troubles de l'usage d'alcool, nécessitant une surveillance étroite.

Concernant la prise en charge de ces adolescents, l'HAS (anciennement ANAES) préconise d'adopter une attitude similaire à celle réalisée face à l'adolescent consultant aux urgences pour tentative de suicide, avec un interrogatoire recherchant des éléments de l'environnement socio-familial, une hospitalisation d'au moins 72 heures, et un avis psychiatrique. Un suivi en CMP est par ailleurs préconisé à la sortie d'hospitalisation (20).

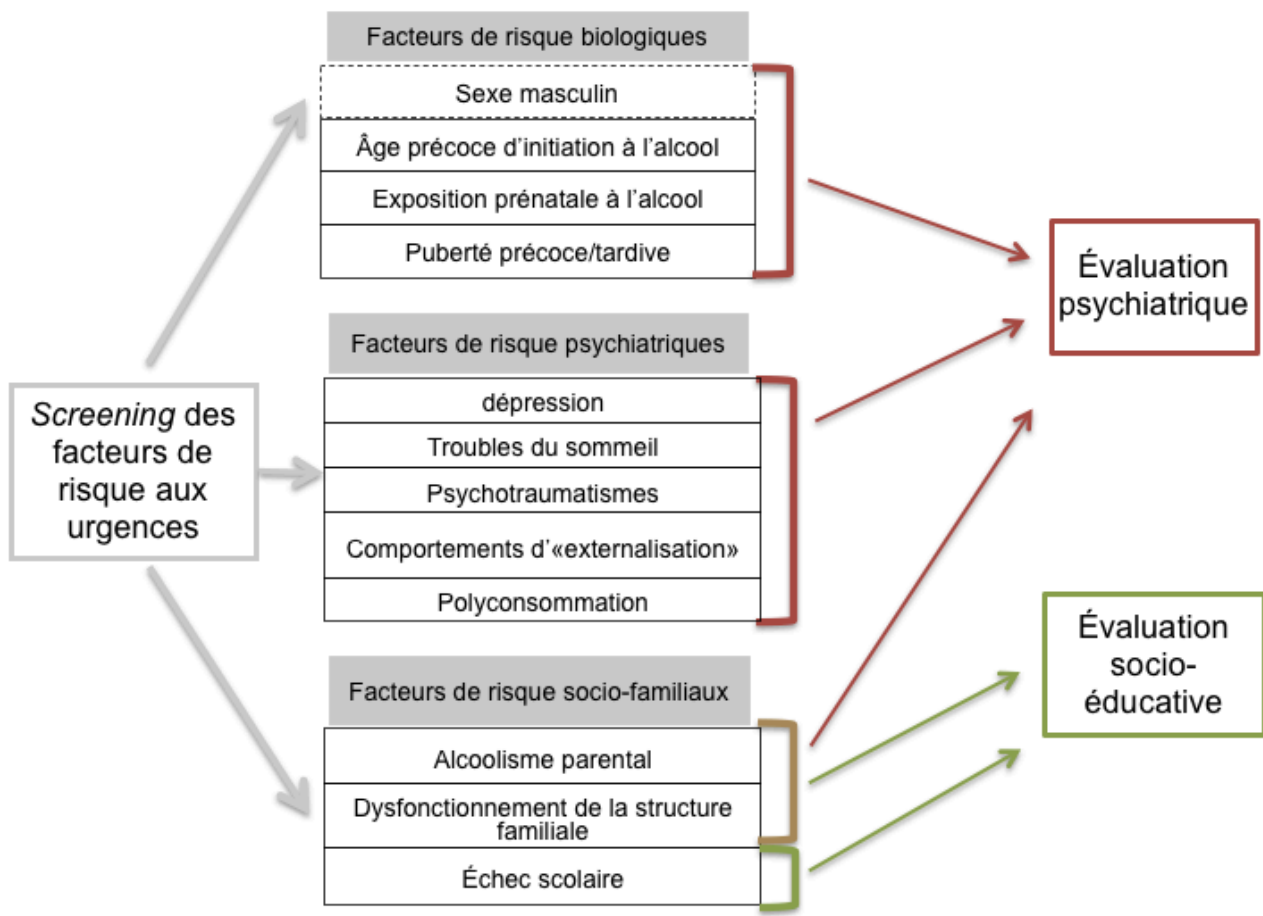
Si peu d'éléments sont renseignés dans le dossier médical aux urgences quant à l'environnement socio-familial, l'âge d'initiation, l'existence de troubles psychiatriques, ceci est probablement dû à la méconnaissance des facteurs de vulnérabilité bio-psycho-sociaux par les soignants.

La recherche, et plus encore la présence de ces facteurs de risque doivent permettre un repérage précoce ainsi qu'une surveillance particulière des sujets à risque.

La présence de facteurs psychiatriques, ainsi que celle de certains facteurs biologiques et socio-familiaux pourraient nécessiter une prise en charge spécifique par une équipe de psychiatrie, celle-ci assurant le suivi de l'adolescent à risque, avec l'aide du médecin traitant. Concernant les facteurs de risque biologiques, bien que le sexe masculin ait été identifié comme tel, il semble peu judicieux d'orienter immédiatement tout garçon de 10 à 15 ans vers un avis psychiatrique uniquement pour ce motif. Le sexe masculin seul, sans autre facteur de risque associé, semble être un élément qui ne justifie pas en lui même un avis psychiatrique, en revanche la présence d'autres facteurs de risque chez un jeune de sexe masculin doit être appréhendée comme étant d'autant plus à risque qu'il s'agit justement là d'un garçon.

Par ailleurs l'existence d'un contexte familial complexe (alcoolisme parental, dysfonctionnement de la structure familiale), ainsi que l'échec scolaire, pourraient relever également d'une prise en charge socio-éducative.

Les facteurs de risque à rechercher, sous la forme d'un *screening*, aux urgences et l'orientation qui nous semble en découler sont résumés dans la figure 3 ci dessous.



..... évaluation non systématique si seul facteur de risque retrouvé

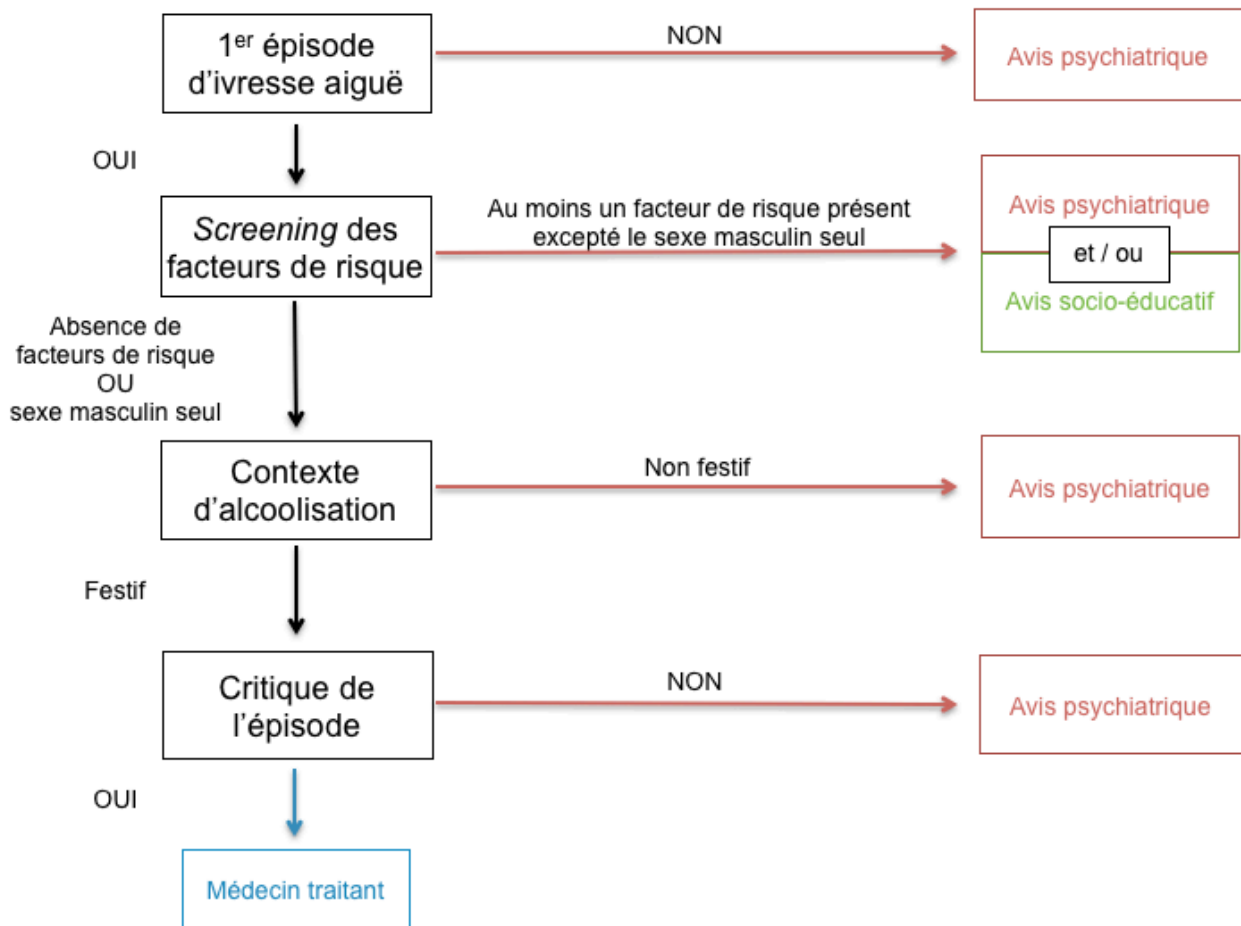
*figure 3: Orientation des adolescents de 10 à 15 ans après screening des facteurs de risque de troubles de l'usage d'alcool*

Notre travail met en exergue un certain nombre de facteurs de risque d'usage/mésusage précoce(s), cependant d'autres éléments non retrouvés dans notre revue pourraient avoir un impact à la fois sur l'évaluation et l'orientation des adolescents de 10 à 15 ans consultant aux urgences pour ivresse aiguë.

En effet, le contexte d'alcoolisation (une alcoolisation solitaire semblant notamment plus pathologique qu'une alcoolisation dans un cadre festif), l'existence d'épisode(s) antérieur(s) d'ivresse et l'absence ou non de critique de cet épisode d'ivresse par l'adolescent, semblent également être des éléments dont le soignant doit s'inquiéter pour décider de la prise en charge du patient. Ces derniers éléments sont d'ailleurs abordés par l'HAS dans ses recommandations concernant la prise en charge de l'ivresse aiguë de l'adolescent (20).

Pour les enfants ne présentant pas de facteurs de risque parmi ceux retrouvés dans notre revue (en dehors du sexe masculin seul), et pour lesquels les soignants ne retrouvent pas d'autres éléments inquiétants, il pourrait être licite de proposer une prise en charge par le médecin traitant, une lettre d'information lui étant alors adressée. Seuls les enfants présentant des éléments d'inquiétude et/ou des facteurs de risque répondraient ainsi d'une prise en charge psychiatrique et/ou socio-éducative.

Dans le cadre de notre réflexion, en tenant compte de l'ensemble des facteurs de risque et des différents éléments qu'il nous semble important d'identifier, nous avons réalisé un algorithme concernant la prise en charge aux urgences pédiatriques du sujet de 10 à 15 ans se présentant pour ivresse aiguë. Celui-ci est présenté dans la *figure 4* ci après.



*figure 4: Proposition d'orientation des jeunes de 10 à 15 ans se présentant aux urgences en état d'ivresse aiguë*

Ces propositions de prises en charge concernant l'adolescent de 10 à 15 ans consultant aux urgences pour ivresse aiguë n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique, et pourraient être l'objet de futurs travaux de recherches.

## **V- CONCLUSION**

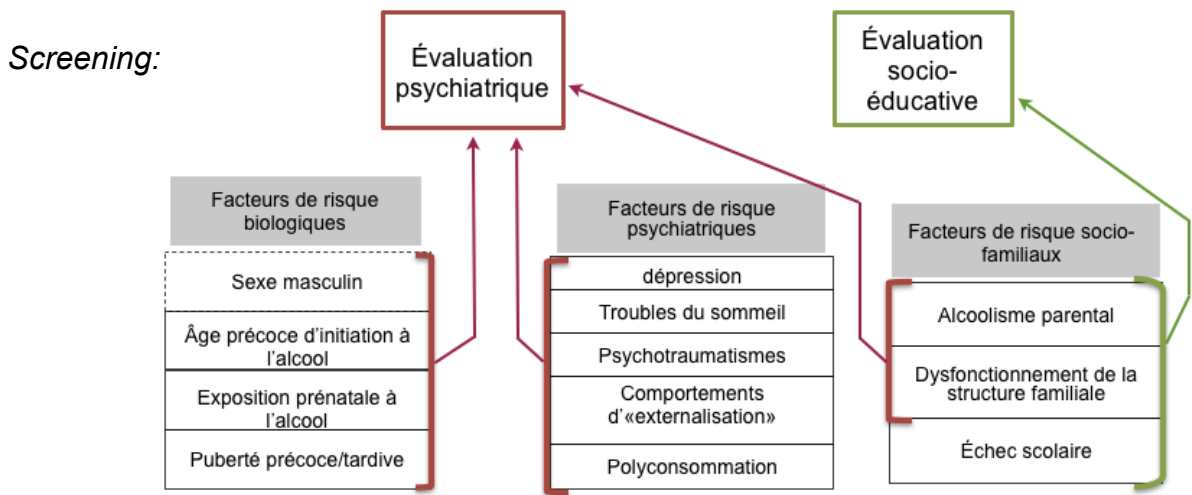
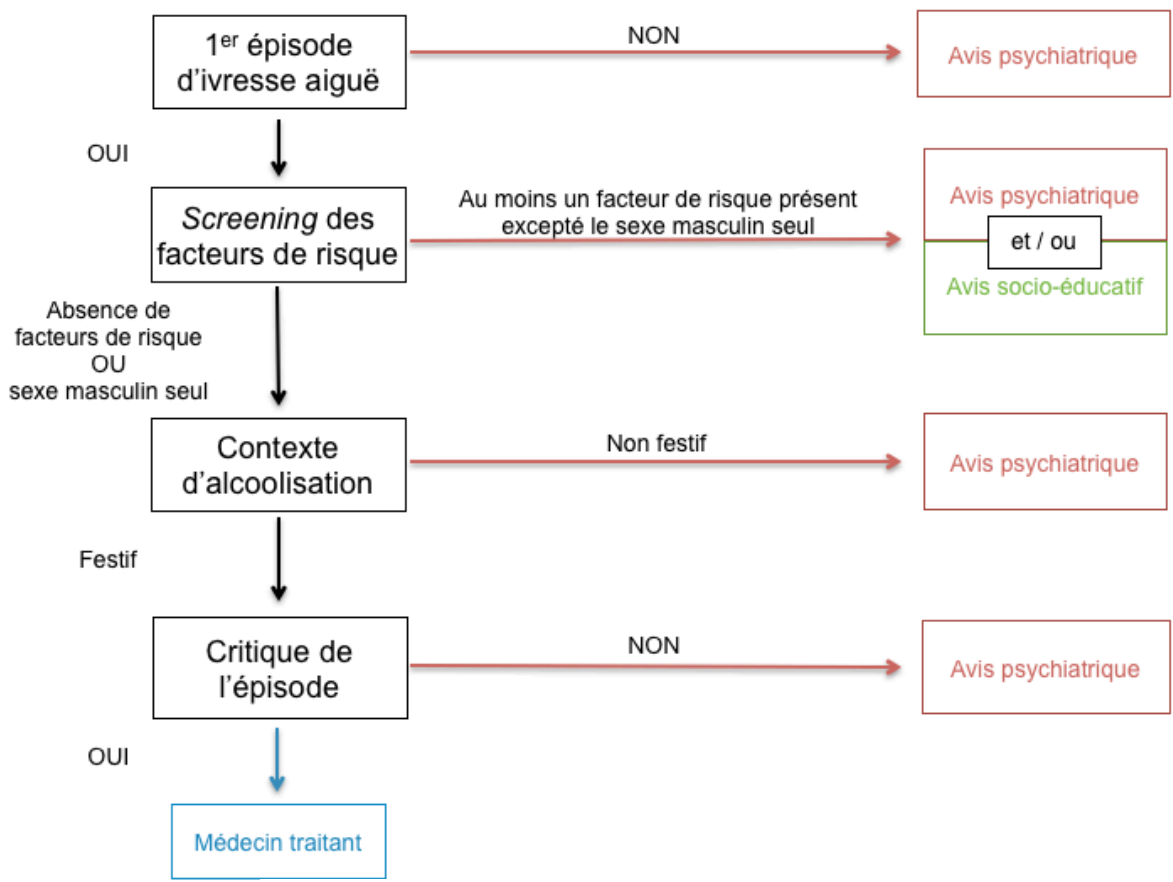
L'objectif initial de notre travail était d'identifier, par la réalisation d'une revue systématique de la littérature, des facteurs de risque de troubles précoces de l'usage d'alcool et du mésusage d'alcool chez les pré-adolescents et adolescents de 10 à 15 ans se présentant aux urgences pour ivresse aiguë.

Différents facteurs bio-psycho-sociaux ont été identifiés dans la littérature comme étant à risque d'un trouble précoce de l'usage de l'alcool chez le pré-adolescent ou adolescent âgé de 10 à 15 ans. Cependant, certains éléments importants comme la notion d'épisode(s) d'ivresse antérieur(s), le contexte d'alcoolisation ou encore la critique de cette ivresse par l'adolescent, ne sont pas abordés dans l'ensemble de la littérature constituant notre revue.

Du fait du manque de données relatives à l'évaluation des mineurs présentant un trouble de l'usage d'alcool aux urgences, les conduites à tenir restent trop limitées et trop homogènes, ne permettant pas de délimiter des sous-groupes de patients, entraînant de fait une prise en charge subjective de la part du soignant, entre banalisation et stigmatisation.

L'état actuel de la littérature montre qu'un grand nombre de travaux sur la prise en charge de l'ivresse aiguë aux urgences pédiatriques doit être réalisé.

Une manière d'évaluer ce problème pourrait consister à donner aux soignants un outil leur permettant de dépister les sujets les plus à risque de troubles de l'usage d'alcool, afin de n'orienter qu'une partie des patients vers une consultation psychiatrique ou une prise en charge socio-éducative. L'outil que nous avons imaginé est présenté en *figure 5*.



*figure 5: Outil d'évaluation et d'orientation du jeune de 10 à 15 ans consultant aux urgences pour ivresse aiguë*



## Bibliographie

1. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT). Produits - Alcool - Consommation. Disponible en ligne: [http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html#aff\\_rech](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html#aff_rech) (consulté le 10.07.2012).
2. Gendreau J. L'adolescence et ses rites de passage. Paris: Desclée De Brouwer; 1998.
3. Rolland B, Karila L, Guardia D, Cottencin O. Pharmaceutical approaches of binge drinking. *Curr. Pharm. Des.* 2011;17(14):1333–42.
4. Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction.* 2004;99(12):1520–8.
5. Nordmann R. Évolution des conduites d'alcoolisation des jeunes: motifs d'inquiétude et propositions d'action. *Bull. Acad. Natl. Med.* 191(6):1175–84.
6. Rigaud Alain. Les conduites d'alcoolisation: Lecture critique des définitions et classifications. *Alcohol use and misuse: critical study of definitions and classifications. Alcoologie et addictologie.* 2003;25(4):6S–12S.
7. Marcelli D. les conduites addictives du préadolescent les consommations de produits du préadolescent. *J. Pediatr. Pueric.* 2002;15(5):270–4.
8. Picherot G, Urbain J, Dreno L, Caldagues E, Caquard M, Pernel A-S. L'alcoolisation des adolescents : une précocité inquiétante ? *Arch. Pediatr.* 2010;17(5):583–7.
9. Deas D, Riggs P, Langenbucher J, Goldman M, Brown S. Adolescents are not adults: developmental considerations in alcohol users. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2000;24(2):232–7.
10. Bailly D. Consommation de substances psycho-actives et toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent. *J. Pediatr. Pueric.* 1999;12(6):337–42.
11. Huerre P, Marty F, Czechowski N. Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse. Paris: Albin Michel; 2007.
12. Code de la santé publique. Protection des mineurs. Disponible en ligne: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=4A642CF6475BAD5E1FB9712DD9A7094F.tpdjo08v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171207&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120908](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=4A642CF6475BAD5E1FB9712DD9A7094F.tpdjo08v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171207&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120908) (consulté le 08.09.2012).
13. Choquet M. Consommation d'alcool parmi les jeunes en France et en Europe. *BEH.* 2006;16(34-35):261–4.
14. Settertobulte W, Bruun Jensen B, Hurrelmann K. La consommation d'alcool parmi les jeunes européens. Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe; 2001.

15. Choquet M, Beck F, Hassler C, Spilka S, Morin D, Legleyes S. Les substances psychoactives chez les collégiens et les lycéens: consommations en 2003 et évolution depuis 10 ans. *Tendances*. 2004;35:6.
16. Picherot G, Le Berre S, Hazart I, Muzlack M, Sarthou L, Ramos E. Place des adolescents dans l'urgence hospitalière. *MTP*. 2005;8(2):81–5.
17. Petit A, Karila L, Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J. Le binge drinking chez les jeunes. "Binge drinking" among the youth. *PSN*. 2009;7(3-4):122–6.
18. Picherot G, Muszlak M, David V, Dufilhol-Dréno L, Alvin P, Armengaud D. Acute alcohol intoxication in adolescent emergencies: prospective multicenter study. *Arch Pediatr*. 2003;10(1):140s–142s.
19. David C, Négaret G, Dezé F, Galle E, Bouget J. Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence. *mt*. 2005;11(1):56–63.
20. Haute Autorité de Santé (HAS). Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Disponible en ligne: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272274/orientations-diagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-dune-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins?xtmc=&xtcr=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272274/orientations-diagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-dune-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins?xtmc=&xtcr=1) (consulté le 10.07.2012).
21. Bouthoorn SH, Van Hoof JJ, Van Der Lely N. Adolescent alcohol intoxication in Dutch hospital centers of pediatrics: characteristics and gender differences. *Eur. J. Pediatr*. 2011;170(8):1023–30.
22. Muscatello DJ, Thackway SV, Belshaw DA, McGrath D. What can public health surveillance of emergency department presentations for acute alcohol problems tell us about social trends in drinking behaviour? *Med. J. Aust*. 2009;191(4):237–8.
23. Haute Autorité de Santé (HAS). Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Disponible en ligne: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_434715/guide-danalyse-de-la-litterature-et-gradation-des-recommandations?xtmc=&xtcr=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434715/guide-danalyse-de-la-litterature-et-gradation-des-recommandations?xtmc=&xtcr=1) (consulté le 17.08.2012).
24. Simons-Morton BG, Farhat T, Ter Bogt TFM, Hublet A, Kuntsche E, Nic Gabhainn S. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *Int J Public Health*. 2009;54(2):199–208.
25. Zaborskis A, Sumskas L, Maser M, Pudule I. Trends in drinking habits among adolescents in the Baltic countries over the period of transition: HBSC survey results, 1993-2002. *BMC Public Health*. 2006;6:67.
26. Simões C, Batista-Foguet JM, Matos MG, Calmeiro L. Alcohol use and abuse in adolescence: proposal of an alternative analysis. *Child.Care.Hlth.Dev*. 2008;34(3):291–301.
27. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A. Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(2):152–8.

28. Melotti R, Heron J, Hickman M, Macleod J, Araya R, Lewis G. Adolescent alcohol and tobacco use and early socioeconomic position: the ALSPAC birth cohort. *Pediatrics*. 2011;127(4):e948–955.
29. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(19):323–8.
30. Hotton T, Haans D. Alcohol and drug use in early adolescence. *Health Rep*. 2004;15(3):9–19.
31. Elgar FJ, Phillips N, Hammond N. Trends in alcohol and drug use among Canadian adolescents, 1990-2006. *Can J Psychiatry*. 2011;56(4):243–7.
32. Woolfenden S, Dossetor D, Williams K. Children and adolescents with acute alcohol intoxication/self-poisoning presenting to the emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(4):345–8.
33. Meyer S, Steiner M, Mueller H, Nunold H, Gottschling S, Gortner L. Recent trends in the burden of alcohol intoxication on pediatric in-patient services in Germany. *Klin Padiatr*. 2008;220(1):6–9.
34. Meyer S, Gottschling S, Gortner L. Heavy alcohol consumption in children and adolescents: characteristics and gender differences. *Eur. J. Pediatr*. 2011;170(7):951–954.
35. Weinberg L, Wyatt JP. Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication. *Emerg Med J*. 2006;23(10):774–6.
36. Kuzelová M, Harárová A, Ondriasová E, Wawruch M, Riedel R, Benedeková M. Alcohol intoxication requiring hospital admission in children and adolescents: retrospective analysis at the University Children's Hospital in the Slovak Republic. *Clin Toxicol*. 2009;47(6):556–61.
37. Bitunjac K, Saraga M. Alcohol intoxication in pediatric age: ten-year retrospective study. *Croat. Med. J*. 2009;50(2):151–6.
38. Lopez-Vergara HI, Colder CR, Hawk LW Jr, Wieczorek WF, Eiden RD, Lengua LJ. Reinforcement sensitivity theory and alcohol outcome expectancies in early adolescence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2012;38(2):130–4.
39. Mason WA, Hitch JE, Kosterman R, McCarty CA, Herrenkohl TI, Hawkins JD. Growth in adolescent delinquency and alcohol use in relation to young adult crime, alcohol use disorders, and risky sex: a comparison of youth from low- versus middle-income backgrounds. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(12):1377–85.
40. Lewis TP, Hession C. Alcohol use: from childhood through adolescence. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(5):e50–58.
41. Foltran F, Gregori D, Franchin L, Verduci E, Giovannini M. Effect of alcohol consumption in prenatal life, childhood, and adolescence on child development. *Nutr. Rev*. 2011;69(11):642–59.

42. Zucker RA, Donovan JE, Masten AS, Mattson ME, Moss HB. Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*. 2008;121(4):S252–272.
43. Guttmanova K, Bailey JA, Hill KG, Lee JO, Hawkins JD, Woods ML. Sensitive periods for adolescent alcohol use initiation: predicting the lifetime occurrence and chronicity of alcohol problems in adulthood. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011;72(2):221–31.
44. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002;59(11):1039–44.
45. Clark DB. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*. 2004;99(2):5–22.
46. Clark DB, Kirisci L, Mezzich A, Chung T. Parental supervision and alcohol use in adolescence: developmentally specific interactions. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(4):285–92.
47. Corte C, Zucker RA. Self-concept disturbances: cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addict Behav*. 2008;33(10):1282–90.
48. Fothergill KE, Ensminger ME. Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2006;82(1):61–76.
49. Alati R, Al Mamun A, Williams GM, O’Callaghan M, Najman JM, Bor W. In utero alcohol exposure and prediction of alcohol disorders in early adulthood: a birth cohort study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2006;63(9):1009–16.
50. Richards MA, Oinonen KA. Age at menarche is associated with divergent alcohol use patterns in early adolescence and early adulthood. *J. Adolescence*. 2011;34(5):1065–76.
51. Crum RM, Storr CL, Ialongo N, Anthony JC. Is depressed mood in childhood associated with an increased risk for initiation of alcohol use during early adolescence? *Addict Behav*. 2008;33(1):24–40.
52. Crum RM, Green KM, Storr CL, Chan Y-F, Ialongo N, Stuart EA. Depressed mood in childhood and subsequent alcohol use through adolescence and young adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008;65(6):702–12.
53. Saraceno L, Heron J, Munafò M, Craddock N, Van Den Bree MBM. The relationship between childhood depressive symptoms and problem alcohol use in early adolescence: findings from a large longitudinal population-based study. *Addiction*. 2012;107(3):567–77.
54. Buchmann AF, Schmid B, Blomeyer D, Zimmermann US, Jennen-Steinmetz C, Schmidt MH. Drinking against unpleasant emotions: possible outcome of early onset of alcohol use? *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2010;34(6):1052–7.

55. Maggs JL, Patrick ME, Feinstein L. Childhood and adolescent predictors of alcohol use and problems in adolescence and adulthood in the National Child Development Study. *Addiction*. 2008;103(1):7–22.
56. Alati R, Najman JM, Kinner SA, Mamun AA, Williams GM, O'Callaghan M. Early predictors of adult drinking: a birth cohort study. *Am. J. Epidemiol.* 2005;162(11):1098–107.
57. Ferrett HL, Cuzen NL, Thomas KGF, Carey PD, Stein DJ, Finn PR. Characterization of South African adolescents with alcohol use disorders but without psychiatric or polysubstance comorbidity. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2011;35(9):1705–15.
58. Wong MM, Brower KJ, Fitzgerald HE, Zucker RA. Sleep problems in early childhood and early onset of alcohol and other drug use in adolescence. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2004;28(4):578–87.
59. Wong MM, Brower KJ, Nigg JT, Zucker RA. Childhood sleep problems, response inhibition, and alcohol and drug outcomes in adolescence and young adulthood. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2010;34(6):1033–44.
60. Rothman EF, Edwards EM, Heeren T, Hingson RW. Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*. 2008;122(2):e298–304.
61. Dube SR, Miller JW, Brown DW, Giles WH, Felitti VJ, Dong M. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J Adolesc Health*. 2006;38(4):444.e1–10.
62. Droomers M, Schrijvers CTM, Casswell S, Mackenbach JP. Occupational level of the father and alcohol consumption during adolescence; patterns and predictors. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(9):704–10.
63. Kuendig H, Kuntsche E. Family bonding and adolescent alcohol use: moderating effect of living with excessive drinking parents. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(4):464–71.
64. Cranford JA, Zucker RA, Jester JM, Puttler LI, Fitzgerald HE. Parental alcohol involvement and adolescent alcohol expectancies predict alcohol involvement in male adolescents. *Psychol Addict Behav*. 2010;24(3):386–96.
65. Latendresse SJ, Rose RJ, Viken RJ, Pulkkinen L, Kaprio J, Dick DM. Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2008;32(2):322–30.
66. Prins JC, Donovan JE, Molina BSG. Parent-child divergence in the development of alcohol use norms from middle childhood into middle adolescence. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011;72(3):438–43.
67. Richter M, Leppin A, Nic Gabhainn S. The relationship between parental socio-economic status and episodes of drunkenness among adolescents: findings from a cross-national survey. *BMC Public Health*. 2006;6:289.

68. Elgar FJ, Roberts C, Parry-Langdon N, Boyce W. Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *Eur J Public Health*. 2005;15(3):245–50.
69. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Bor W, Clavarino A, Alati R. School performance and alcohol use problems in early adulthood: a longitudinal study. *Alcohol*. 2011;45(7):701–9.
70. Englund MM, Egeland B, Oliva EM, Collins WA. Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in early adulthood: a longitudinal developmental analysis. *Addiction*. 2008;103 (1):23–35.
71. Rose RJ, Dick DM, Viken RJ, Pulkkinen L, Kaprio J. Drinking or abstaining at age 14? A genetic epidemiological study. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2001;25(11):1594–604.

## annexe 1: définition de l'abus selon le DSM-IV

### CRITERES DE L'ABUS SELON DSM-IV (1991)

A. L'abus est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusion temporaires ou définitives de l'école, négligence des tâches ménagères courantes).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'un véhicule) ;
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance (arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication chronique).

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

## annexe 2: définition de la dépendance selon le DSM-IV

### **CRITERES DE LA DEPENDANCE SELON DSM-IV**

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1. Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
  - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
2. Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
  - b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents) ;

Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).



## annexe 3: articles du Code de Santé Publique relatifs à la protection des mineurs

### **Code de la Santé Publique, partie législative, première partie, livre premier, titre 4, Chapitre 2 : «Protection des mineurs»**

#### **Article L3342-1**

**Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 93 \(V\)](#)**

«La vente des boissons alcooliques à des mineurs est interdite.L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité.»

#### **Article L3342-3**

«Il est interdit de recevoir dans les débits de boissons des mineurs de moins de seize ans qui ne sont pas accompagnés de 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 1re catégorie.»

#### **Article L3342-4**

**Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 93 \(V\)](#)**

«Une affiche rappelant les dispositions du présent titre est apposée dans les débits de boissons à consommer sur place. Un modèle spécifique doit être apposé dans les débits de boissons à emporter. Les modèles et les lieux d'apposition de ces affiches sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.»

annexe 4: extrait des recommandations concernant les orientations diagnostiques et la prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins

**ANAES / Service des recommandations professionnelles / septembre 2001**

«VI. PROBLÈMES SPÉCIFIQUES LIÉS À LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS

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

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

Cette hospitalisation permet une surveillance somatique initiale, une évaluation médico-psychosociale et une prise en charge adaptée. Outre l'examen somatique, une évaluation psychologique et sociale est effectuée, réunissant les éléments sociaux, familiaux, scolaires, biographiques, les conditions de l'IEA, les autres conduites à risque, la recherche d'épisodes identiques, d'antécédents psychiatriques et d'autres addictions.

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

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

Une des grandes difficultés est d'obtenir de l'adolescent une adhésion à cette consultation de suite. Le maintien d'un contact fort avec le tissu médico-social habituel de l'adolescent, notamment avec le médecin généraliste, constitue un objectif important.

Il est recommandé d'évaluer l'impact des « interventions ultra-brèves » dans ces situations.

La prévention des risques encourus par les adolescents lors des IEA est un objectif majeur de santé publique.»

**AUTEUR : Nom :** BENCE

**Prénom :** Camille

**Date de Soutenance :** 26 Octobre 2012

**Titre de la Thèse :** Evaluation d'un trouble de l'usage d'alcool aux urgences pédiatriques: synthèse des facteurs de vulnérabilité basée sur une revue systématique de la littérature.

**Thèse, Médecine, Lille,**

**Cadre de classement :** *DES de Médecine Générale*

**Mots-clés :** Alcool, ivresse aiguë, usage, mésusage, adolescent, pré-adolescent, facteurs de risque

**Résumé:**

**Introduction:** Les troubles de l'usage d'alcool (TUA) constituent la première cause de mortalité chez les moins de 25 ans. L'expérimentation de l'alcool et de l'ivresse concerne la plupart des adolescents, certains d'entre eux étant amenés à consulter aux urgences. Les critères de vulnérabilité sont peu identifiés par les soignants, ce qui peut nuire à un repérage précoce des sujets à risque.

**Méthode:** Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature, à partir des bases de données *Pubmed* et *Science Direct* selon les patterns de mots clés suivants: 1-[«alcohol use» OR «drinking» OR «drunkenness»] AND [«adolescence» AND «childhood» AND «factors»], 2-[«alcohol use» OR «alcohol misuse»] AND [«adolescence» AND «childhood»], 3-[«alcohol» AND «intoxication»] AND [«adolescents» OR «children»]. Nous avons effectué une sélection individuelle d'articles selon des critères prédéfinis.

**Résultats:** Nous avons 48 articles correspondant aux critères de sélection. Avant 15 ans, l'usage et le mésusage d'alcool touchent majoritairement le sexe masculin, mais les consultations aux urgences à ce sujet concernent les deux sexes de façon équivalente.

Plusieurs facteurs sont associés à un mauvais pronostic: facteurs biologiques (sexe masculin, âge précoce de consommation d'alcool, exposition prénatale à l'alcool, puberté précoce/tardive), facteurs psychiatriques (dépression, troubles du sommeil, psycho-traumatismes, comportements d'«externalisation», polyconsommation), facteurs socio-familiaux (alcoolisme parental, dysfonctionnement de la structure familiale, échec scolaire).

**Conclusion:** L'évaluation des TUA de l'enfant et de l'adolescent doit prendre en compte les facteurs de risque bio-psycho-sociaux retrouvés dans la littérature afin de permettre le repérage de sujets à risques et leur surveillance plus étroite.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Pierre THOMAS  
Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA  
Monsieur le Docteur Renaud JARDRI  
Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND