

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Alcool :
Etat des lieux des connaissances des lycéens de l'Audomarois

Présentée et soutenue publiquement le 30 avril 2020 à 16h
au Pôle Formation
par **Marine VANDENABEELE-POPIEUL**

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :
Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT
Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE
Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Roland RITAINE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	1
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	2
RESUME	4
INTRODUCTION.....	6
MATERIEL ET METHODE	8
I. POPULATION ETUDIEE	8
a. <i>Critères d'inclusion</i>	8
b. <i>Critères de non-inclusion</i>	8
II. METHODE ET DEROULEMENT DE L'ETUDE.....	9
a. <i>Définition de la méthodologie</i>	9
b. <i>Réalisation du questionnaire</i>	9
c. <i>Autorisations recueillies</i>	10
d. <i>Distribution et récupération du questionnaire</i>	10
III. OBJECTIFS DE L'ETUDE	13
a. <i>Objectif principal de l'étude</i>	13
b. <i>Objectifs secondaires de l'étude</i>	13
IV. RECUEIL DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE.....	13
RESULTATS	14
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	14
a. <i>Données sociodémographiques</i>	14
b. <i>Etat des lieux des consommations d'alcool</i>	15
c. <i>Etat des lieux des informations reçues concernant l'alcool</i>	16
II. RESULTATS PRINCIPAUX	19
a. <i>Législation française</i>	19
b. <i>Conséquences sociale et somatique du mésusage d'alcool</i>	20
c. <i>Connaissances du produit alcool</i>	21
d. <i>Idées reçues concernant l'alcool</i>	23
e. <i>Synthèse</i>	25
III. RESULTATS SECONDAIRES	26
a. <i>Influence du sexe</i>	26
b. <i>Influence du type de lycée</i>	27
c. <i>Influence des informations reçues ou du souhait d'information sur l'alcool</i>	28

d. <i>Influence de la consommation d'alcool</i>	29
---	----

DISCUSSION	30
-------------------	-----------

I. COMPARAISON DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA LITTERATURE	30
a. <i>Résultats principaux</i>	30
b. <i>Population étudiée</i>	31
c. <i>Informations reçues</i>	34
II. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	36
a. <i>Les forces</i>	36
b. <i>Les limites</i>	36
III. PERSPECTIVES	36
a. <i>Prévention en milieu scolaire</i>	37
b. <i>Prévention en médecine générale</i>	39

CONCLUSION	41
-------------------	-----------

TRAVAIL DE RECHERCHE	43
-----------------------------	-----------

I. EPIDEMIOLOGIE DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL	46
II. LEGISLATION FRANÇAISE.....	50
III. ALCOOL : LES ENJEUX ECONOMIQUES EN FRANCE	53
IV. CLASSIFICATION DES TROUBLES DE L'USAGE DE L'ALCOOL	54
V. COMPLICATIONS LIEES AU MESUSAGE	59
VI. L'ALCOOL ET LES ADOLESCENTS.....	67
VII. FOCUS SUR LA REGION HAUTS-DE-FRANCE ET L'AUDOMAROIS	77

BIBLIOGRAPHIE	84
----------------------	-----------

ANNEXES	91
----------------	-----------

I. ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DONNE AUX LYCEENS	91
II. ANNEXE 2 : REPONSES AU QUESTIONNAIRE	99
III. ANNEXE 3 : LE QUESTIONNAIRE AUDIT	107
IV. ANNEXE 4 : LE QUESTIONNAIRE DEP-ADO	110
V. ANNEXE 5 : LE QUESTIONNAIRE ADOPSA.....	114

LISTE DES ABREVIATIONS

- CPE : Conseiller (ère) Principal(e) d'Education
- IDE : Infirmier (ière) Diplômé(e) d'Etat
- OH : Alcool
- NA : Non available
- Sd : Déviation Standart
- m : Moyenne
- CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- API : Alcoolisations Ponctuelles Importantes
- COMT : Catéchol-O-Méthyltransférase
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- DSM : Diagnostic and statistical manual
- CIM : Classification internationale des maladies
- HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire
- CSP : Code de Santé Publique
- CM2 : Cours moyen 2ème année
- NPDC : Région Nord-Pas-de-Calais
- ALD : Affections Longue Durée

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude	12
Figure 2 : Répartition des élèves par typologie de lycée	14
Figure 3 : Contextes des consommations d'alcool	15
Figure 4 : Fréquence des consommations d'alcool chez les élèves	16
Figure 5 : Répartition des personnes avec lesquelles les élèves ont déjà évoqué le sujet de l'alcool.....	17
Figure 6 : Niveaux scolaires où les informations d'alcool sont reçues.....	17
Figure 7 : Connaissances de la législation française sur l'alcool	19
Figure 8 : Connaissances des conséquences du mésusage de l'alcool.....	20
Figure 9 : Connaissances du produit alcool	21
Figure 10 : Réponses concernant la quantité d'alcool dans un verre standard	22
Figure 11 : Connaissances sur les idées reçues concernant l'alcool.....	23
Figure 12 : Notes globales sur 20 obtenues par catégorie de réponse au questionnaire	25
Figure 13 : Quantité d'alcool pur par verre de boissons alcoolisées.....	44
Figure 14 : Indicateurs de la consommation d'alcool en France métropolitaine par tranche d'âge et selon le sexe, en 2017	47
Figure 15 : Evolution des indicateurs de la consommation d'alcool entre 1992 et 2017 en France métropolitaine	49
Figure 16 : Consommation totale d'alcool en litres pour chaque pays, et par habitant, en 2016	50
Figure 17 : Logo présent sur les boissons alcoolisées	53
Figure 18 : Pyramide des risques de Skinner	55
Figure 19 : Pyramides des classifications internationales des troubles de l'usage de l'alcool.....	59
Figure 20 : Différentiel de mortalité et d'admission en ALD liées à la consommation d'alcool entre la région Hauts-de-France et le reste de la France métropolitaine, selon le genre	79

Figure 21 : Répartition régionale des troubles liés à l'alcool en médecine, chirurgie et obstétrique.	80
Figure 22 : a. Pourcentage d'expérimentation à 17 ans en 2017 – b. Pourcentage d'API répétées à 17 ans, en 2017.	81
Figure 23 : Arrondissements du Pas-de-Calais	82

Tableau 1 : Influence du sexe sur les différentes variables étudiées	26
Tableau 2 : Influence du type de lycées sur les différentes variables étudiées	27
Tableau 3 : Influence des informations reçues ou du souhait d'informations sur les différentes variables étudiées	28
Tableau 4 : Influence de la consommation d'alcool sur les différentes variables étudiées	29
Tableau 5 : Répartition de l'usage de l'alcool en France métropolitaine en fonction du sexe en 2017	46
Tableau 6 : Coût social de l'alcool en 2010	54
Tableau 7 : Répartition du nombre total de décès chez les plus de 15 ans en France métropolitaine attribuables à l'alcool, par sexe et cause de décès	64
Tableau 8 : Décès de 40 à 64 ans par alcoolisme et cirrhose en 2014	78
Tableau 9 : Indice comparatif de mortalité par arrondissement du Pas-de-Calais	83

RESUME

Contexte : En France, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée chez les adolescents. Cette consommation s'accroît de manière importante de l'entrée au collège jusqu'à l'arrivée au lycée. Or, l'adolescence est une période de grande vulnérabilité vis-à-vis de l'alcool. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances qu'ont les lycéens de la région Audomaroise concernant l'alcool.

Méthode : Notre étude est une étude descriptive, observationnelle et exhaustive dans les lycées du territoire de l'Audomarois (7 au total). Deux classes de seconde de chaque lycée, tirées au sort, ont été sélectionnées pour l'étude. Celle-ci a été menée à l'aide d'un auto-questionnaire papier, anonyme et le recueil des données a eu lieu de mai à juin 2019.

Résultats : 251 lycéens ont répondu au questionnaire qui leur avait été remis. 2 questionnaires ont été exclus de l'étude, de par l'âge des répondants, qui les singularisait. La moyenne d'âge des lycéens était de 15.6 ans. Le taux de bonnes réponses aux questions le plus important a été retrouvé pour les questions qui traitaient de la législation française vis-à-vis de l'alcool et des conséquences d'un mésusage d'alcool, avec respectivement, un score de bonnes réponses de 15.2/20 et 15.7/20. Par contre, la connaissance du produit alcool et les idées reçues sur celui-ci sont beaucoup moins bien maîtrisées par les lycéens avec un score de 12.4/20 et de 9.8/20. Nous avons mis en évidence l'influence du type de lycée et l'importance de l'information reçue sur le niveau de connaissance des lycéens ($p < 0.05$).

Conclusion : La prévention de l'addiction vis-à-vis de l'alcool chez les adolescents est un enjeu majeur de santé publique. Celle-ci passe, entre autres, par la connaissance du produit et la remise en cause des idées reçues, et ce le plus tôt possible dans le milieu scolaire. Il est souhaitable que ces actions de prévention, répétées plusieurs fois pendant la scolarité,

soient délivrées : par des professionnels de l'addictologie ou des étudiants au cours de leur service sanitaire mais aussi par des acteurs de santé au sens large du terme, formés et bénéficiant d'outils adaptés. En dehors du milieu scolaire, la prévention doit s'appuyer de plus en plus sur les médecins généralistes en leur donnant le temps et les moyens de cette pratique. L'objectif de cette prévention est la réduction des risques en retardant l'âge d'expérimentation de l'alcool et les abus.

INTRODUCTION

En France, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée chez les adolescents. Près d'un élève sur deux de 6^{ème} a déjà expérimenté l'alcool (44.3%), 75,3% en 3^{ème} et 81.9% en 2^{nde}. (1) (2)

Or, il a été mis en évidence que la période de l'adolescence, qui s'étend de 10-11 ans chez les filles et 12-13 ans chez les garçons et qui se termine vers 18 ans, est une période facilitatrice et de vulnérabilité vis-à-vis des consommations d'alcool.

Période facilitatrice pour la consommation d'alcool et la recherche d'ivresse d'une part, puisqu'il a été montré que, l'administration répétée d'alcool chez les adolescents entraîne une augmentation de la libération de dopamine, les rendant plus fragiles aux effets physiologiques gratifiants de l'alcool donc plus réceptifs aux effets positifs ressentis et moins sensibles aux effets négatifs. (3) (4)

Période de vulnérabilité d'autre part, puisqu'une consommation d'alcool notamment massive durant l'adolescence est susceptible d'entraîner à court (accidents de la route, violences interpersonnelles, rapports sexuels non désirés, rupture scolaire, coma éthylique,...) et long (développement de troubles du comportement et psychiatriques, dépendance à l'alcool, effets néfastes sur la neurogénèse des adolescents, sur les capacités d'apprentissage et de mémorisation) termes des complications. (4)

Au vu de la prévalence de l'expérimentation et de la consommation d'alcool chez les adolescents, nous avons souhaité comprendre si celle-ci était liée à un manque de connaissances sur l'alcool de leur part, à l'entrée au lycée.

Nous avons sélectionné l'agglomération de Saint-Omer et ses alentours comme point de départ de notre étude, car :

- cette localisation est attractive pour les lycéens avec un taux de scolarisation apparent¹ de plus de 105% ; (5)

- et qu'elle appartient à la région des Hauts-de-France, région qui apparaît particulièrement touchée par les conséquences sanitaires et sociales liées à la consommation d'alcool. Elle est en tête des régions de France en ce qui concerne le taux de mortalité prématuré par alcoolisme, cancers associés à l'alcool et cirrhose. Par ailleurs, le taux d'interpellation pour ivresse sur la voie publique, le nombre d'accidents corporels et d'accidents mortels de la circulation routière avec alcool y est plus élevé que la moyenne de l'ensemble du territoire français tout comme les hospitalisations pour intoxications aiguës d'alcool et celles pour les sevrages d'alcool-dépendance. (6) (7)

Pour développer les arguments exposés en introduction, un **TRAVAIL DE RECHERCHE** a été effectué et disponible en fin de thèse.

¹ *Rapport entre le nombre d'élèves, d'étudiants et d'apprentis en formation initiale d'un âge déterminé, inscrit dans un établissement d'enseignement, et le nombre de jeunes de cet âge.*

MATERIEL ET METHODE

I. Population étudiée

L'étude a été réalisée sur une population d'élèves en classe de seconde, étudiant au sein de lycées de l'agglomération audomaroise, de typologie différente, et listés ci-après :

- Deux lycées professionnels publics (lycée de l'Aa et lycée Jacques Durand),
- Un lycée professionnel privé (lycée Saint-Denis),
- Deux lycées généraux publics (lycée Blaise Pascal et lycée Alexandre Ribot) et,
- Deux lycées généraux privés (lycée La Malassise et Lycée Notre-Dame de Sion).

Au sein de chacun de ces lycées, deux classes de seconde ont été sélectionnées par tirage au sort. Elles constituaient la population étudiée dans le cadre de cette étude : 251 élèves, répartis au sein de 14 classes de seconde, représentatives de 7 lycées de l'Audomarois.

a. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Etudier au sein d'un des lycées de l'Audomarois sélectionné,
- Faire partie d'une des classes tirées au sort.

b. Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus les étudiants suivants :

- Les élèves de moins de 15 ans ou d'un âge nettement supérieur à la moyenne, susceptible de les singulariser.
- Les élèves pour lesquels il y avait eu une opposition des représentants légaux ou du lycéen lui-même à la participation de l'étude.

II. Méthode et déroulement de l'étude

a. Définition de la méthodologie

L'étude réalisée était une étude descriptive, observationnelle et exhaustive sur le territoire de l'Audomarois. Elle a été menée à l'aide d'un auto-questionnaire papier (*feuillelet recto-verso de 3 pages*), anonyme.

b. Réalisation du questionnaire (**Annexe 1 : Questionnaire donné aux lycéens**)

Les questions posées aux lycéens ont été inspirées de questions retrouvées sur des forums internet traitant de la pathologie alcool, ou de questions travaillées en ateliers psychothérapeutiques avec les patients hospitalisés dans le service d'addictologie du centre hospitalier de Saint-Omer. Il en avait résulté un questionnaire de 57 items divisé en deux parties :

- La première partie reprenait les données sociodémographiques de la population étudiée et faisait un état des lieux des consommations d'alcool et des informations reçues par les lycéens ;
- La seconde partie comportait des questions évaluant les connaissances des lycéens sur le sujet alcool. Les connaissances étaient elles-mêmes scindées en sous-parties (*législation, conséquences somatiques du mésusage d'alcool, connaissances du produit alcool et les idées reçues*). Les réponses aux questions étaient classées en catégories « vrai », « faux » et « je ne sais pas » hormis une question portant sur la quantité d'alcool dans un verre standard dont les choix de réponses étaient « vrai », « moins », « plus » et « je ne sais pas ». Toutes les questions étaient fermées et indépendantes les unes des autres. Les réponses n'étaient pas obligatoires, les lycéens pouvaient donc s'abstenir d'y répondre.

Pour s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire, celui-ci a été expérimenté en amont auprès de la fédération régionale de recherche en santé mentale et auprès de lycéens non pris en compte lors de la réalisation de l'étude.

c. Autorisations recueillies

Le questionnaire a été jugé conforme à la loi Informatique et Libertés.

Un avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) a été pris, concluant que l'étude ne nécessitait par leur approbation, n'entrant pas dans le cadre de l'article L.1121-1 du Code de la Santé Publique.

L'étude avait reçu, au préalable, l'approbation de Madame Delphine Bellynck, infirmière Conseillère Technique Départementale et de Madame le Docteur Annick Caron, médecin Conseiller Technique du Département du Pas-De-Calais.

Une autorisation a également été demandée auprès des différents responsables d'établissement, conseillers d'orientation et infirmières scolaires des lycées participant à l'enquête. Aucun refus de participation n'a été prononcé par ces derniers.

d. Distribution et récupération du questionnaire

Avant la remise du questionnaire aux lycéens, une lettre d'information (papier ou courriel) a été transmise aux représentants légaux des élèves par le biais des CPE ou des infirmières scolaires. Sur cette lettre, étaient inscrites nos coordonnées en cas de souhait d'informations complémentaires des représentants légaux. Un numéro vert, gratuit, était également renseigné, en cas de problématique alcool présente.

Il était prévu d'exclure les élèves pour lesquels une opposition des élèves eux-mêmes, ou de leurs représentants légaux, aurait été exprimée. Cependant, et comme indiqué en **Figure 1**, aucun refus n'a été constaté.

Un temps avait été prévu dans chaque classe pour la distribution et le remplissage du questionnaire, soit lors d'une permanence obligatoire ou lors d'une période de cours avec le professeur principal. La distribution et la récupération de celui-ci ont été réalisées en main propre avec le lycéen, pour éviter que le questionnaire ne soit lu par le professeur, ou que ce dernier influence les réponses des lycéens, notamment celles de la première partie.

Le temps relatif au remplissage du questionnaire a été évalué entre 10 et 15 minutes.

Un temps d'échange, avec des explications supplémentaires ou des informations orales, a été prévu après la réception de tous les questionnaires. Les réponses aux questions posées (**Annexe 2**: Réponses au questionnaire) ont également été remises sur un double feuillet à tous les lycéens, ainsi qu'aux professeurs, dans un but pédagogique. Notre adresse mail était jointe aux réponses pour des questions éventuelles faisant suite à notre intervention.

Le diagramme de flux de l'étude est présenté en page suivante.

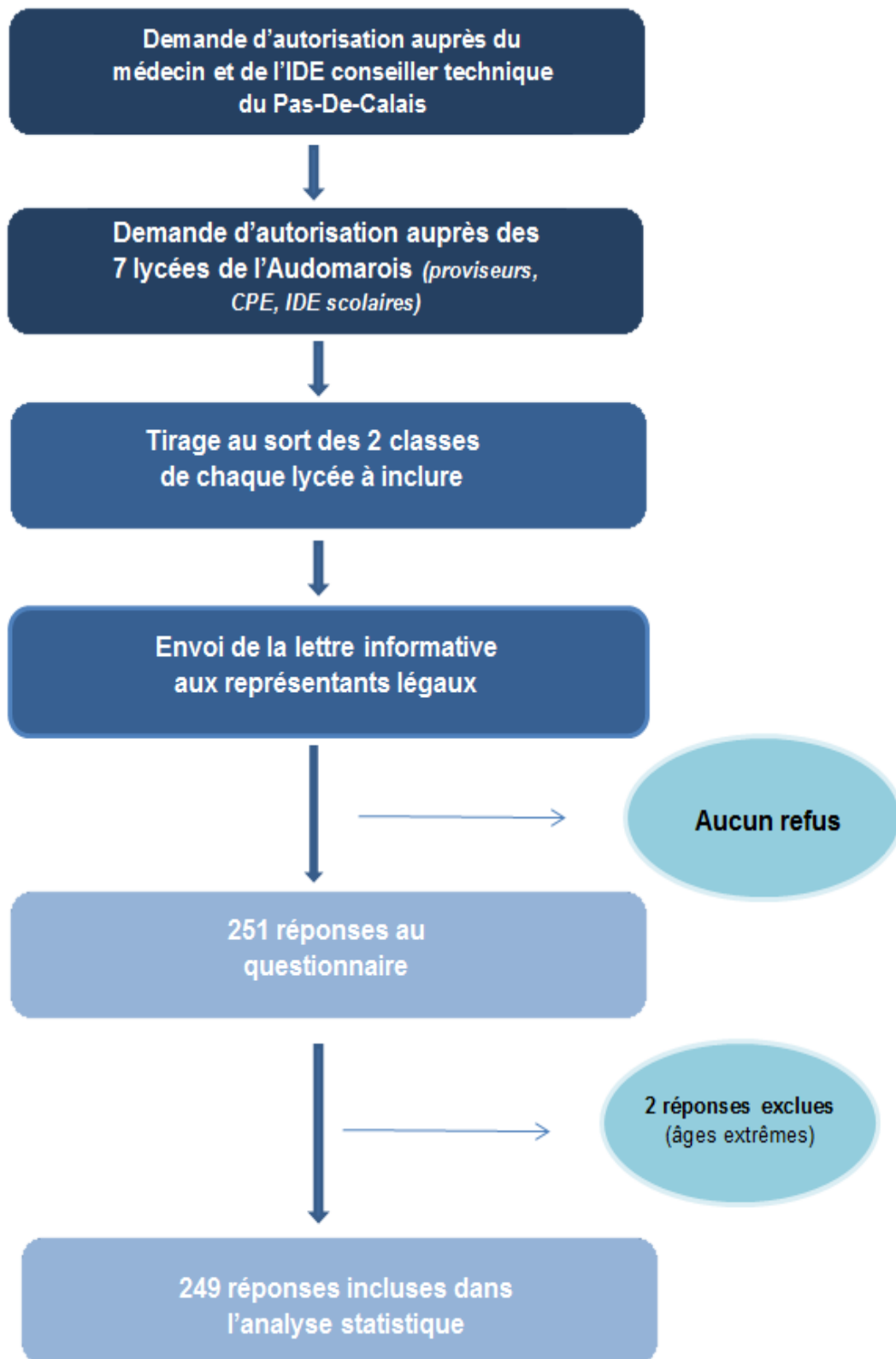


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

III. Objectifs de l'étude

a. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les connaissances des lycéens de l'Audomarois sur l'alcool. Le critère de jugement principal étant le taux de bonnes réponses aux questions.

b. Objectifs secondaires de l'étude

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de déterminer si certains facteurs (*comme le sexe, le type de lycées, les informations reçues ...*), pouvaient influencer le taux de bonnes réponses au questionnaire ou la consommation d'alcool.

IV. Recueil des données et analyse statistique

Le recueil des données a été réalisé de mai à juin 2019. Les données ont été saisies dans un tableur informatique (logiciel Microsoft Excel 2010).

Les analyses ont été effectuées grâce au logiciel R.

Pour évaluer les connaissances des lycéens, la note globale de chaque sous-partie a été reportée sur 20 pour plus de lisibilité. Chaque réponse étant pondérée du même coefficient.

Pour les analyses descriptives, les variables quantitatives ont été décrites au moyen des moyennes et de leurs écart-types en cas de distribution normale, ou au moyen des médianes et leurs interquartiles en cas de distribution non normale. Les variables qualitatives ont quant à elles été décrites au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Pour les analyses comparatives, un test de Student a été utilisé pour la comparaison de deux moyennes, la comparaison de deux proportions a été réalisée à l'aide d'un test du khi2, et d'une Anova lorsqu'il y avait plus de deux moyennes à comparer.

Le seuil de significativité correspond à $p \leq 0.05$.

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée

a. Données sociodémographiques

Au total, 251 questionnaires ont été distribués.

Parmi ceux-ci, 2 ont été exclus : un questionnaire exclu car le répondant avait moins de 15 ans, et un autre questionnaire car l'âge du lycéen était nettement supérieur à la moyenne des âges des autres participants (19 ans), soit 249 questionnaires retenus pour l'analyse statistique.

Sur les 249 questionnaires remplis, 54.6% l'ont été par des filles (n = 136) et 45.4% par des garçons (n=113).

La moyenne d'âge était de 15.6 +/- 0.6 ans.

La répartition entre les différents types de lycée était la suivante :

- 33.7% des lycéens étudiaient dans un lycée privé général (n=84),
- 15.7% des lycéens étudiaient dans un lycée privé professionnel (n=39),
- 38.2% des lycéens étudiaient dans un lycée public général (n=95),
- 12.4% des lycéens étudiaient dans un lycée public professionnel (n=31).

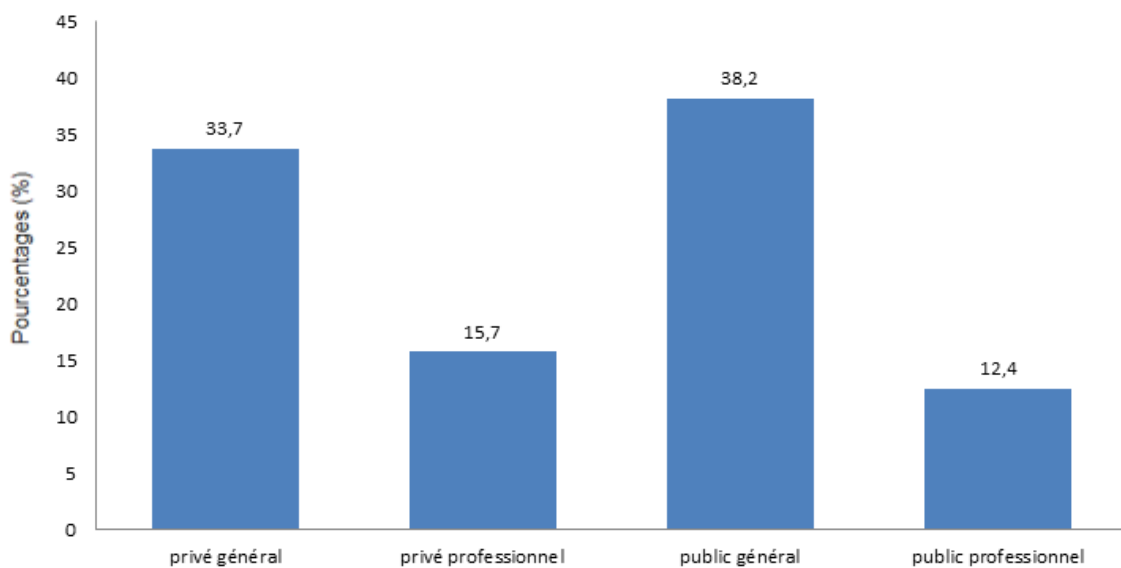


Figure 2 : Répartition des élèves par typologie de lycée

b. Etat des lieux des consommations d'alcool

Sur les 249 lycéens participant à l'enquête, 88% (n=219) déclaraient avoir déjà consommé de l'alcool.

Les consommations d'alcool pour ces 219 lycéens s'effectuaient à 83.1% (n=182) en famille, à 74% (n=162) entre amis et à 15.5% (n=34) de manière solitaire.

L'âge moyen du premier verre était de 12.9 +/- 2.3 ans.

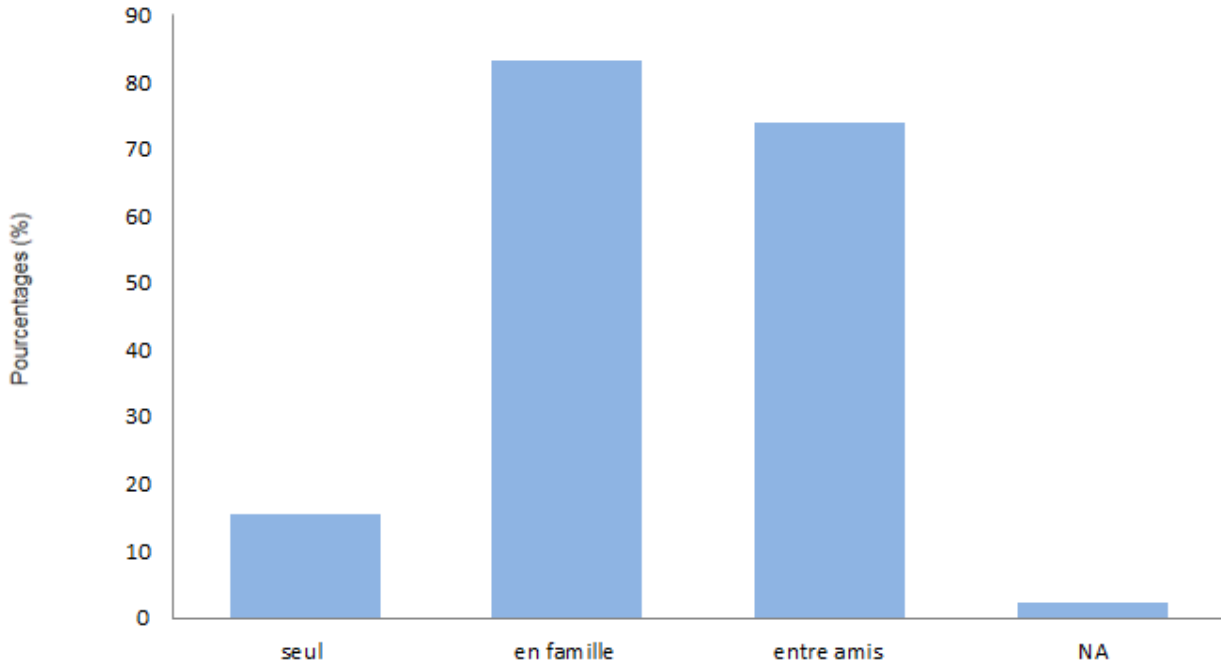


Figure 3 : Contextes des consommations d'alcool

Parmi ces 249 lycéens, 19.3% (n=48) d'entre eux ne consommaient jamais d'alcool, 38.6% (n=96) consommaient de l'alcool au maximum une fois par mois, 20.5% (n=51) consommaient de l'alcool 2 à 3 fois mensuellement, 13.3% consommaient de l'alcool de manière hebdomadaire, 6% (n=15) consommaient 2 à 3 fois par semaine et un lycéen évoquait une consommation d'alcool quotidienne.

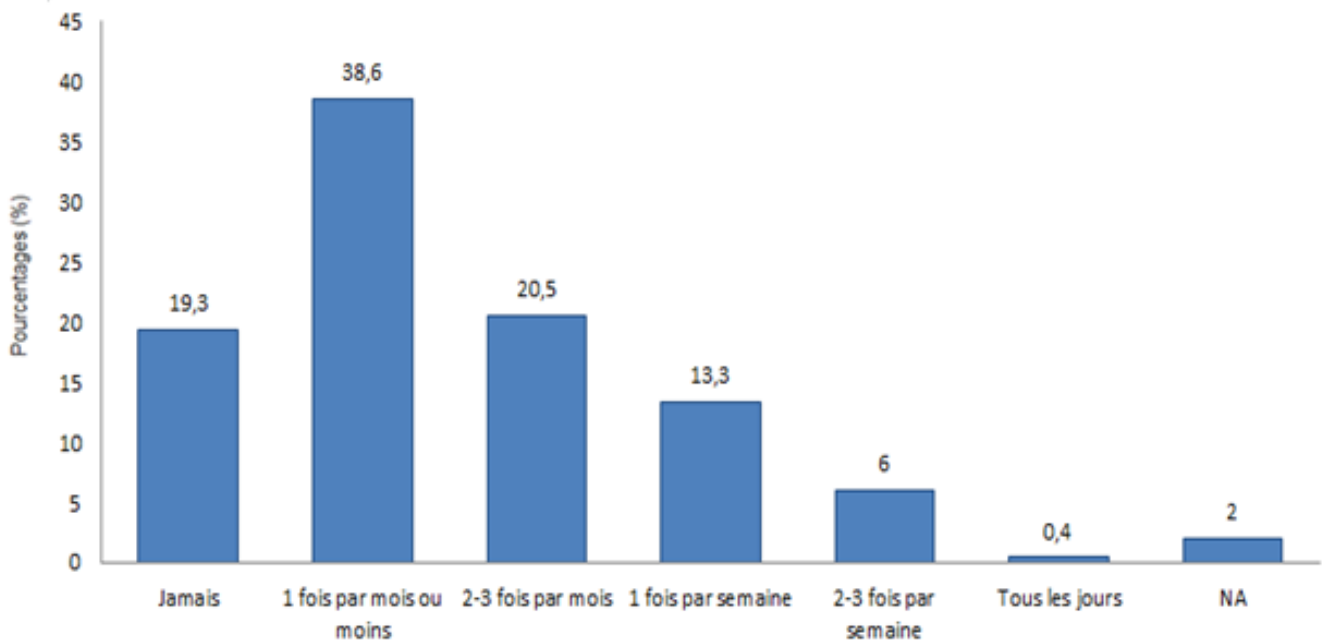


Figure 4 : Fréquence des consommations d'alcool chez les élèves

c. Etat des lieux des informations reçues concernant l'alcool

Le sujet alcool a été évoqué chez 85.9% (n=214) des lycéens interrogés contre 12.4% (n=31) qui affirmaient ne l'avoir jamais évoqué [absence de réponse dans 4 questionnaires].

Le sujet alcool a été abordé principalement avec les parents (78.5%, n=168), avec les amis (78%, n=167) et avec la famille (61.7%, n=132). Seuls 17.8% des lycéens (n=38) en avaient déjà discuté avec leurs professeurs, 3,7% (n=8) avec une infirmière scolaire et 1.9% (n=4) avec leur médecin généraliste.

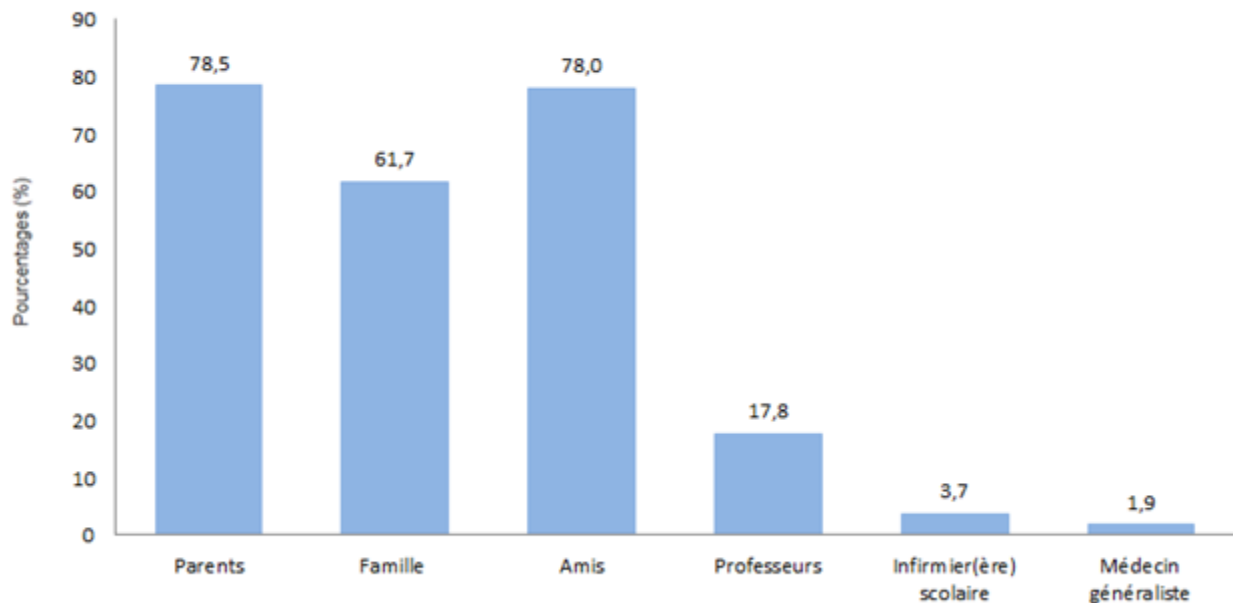


Figure 5 : Répartition des personnes avec lesquelles les élèves ont déjà évoqué le sujet de l'alcool

Les élèves avaient reçu à 87.1% (n=217) des informations sur l'alcool au cours de leur parcours scolaire, majoritairement au collège (75.1%, n= 163) dont 54% d'entre-eux en 3^{ème} (n = 81).

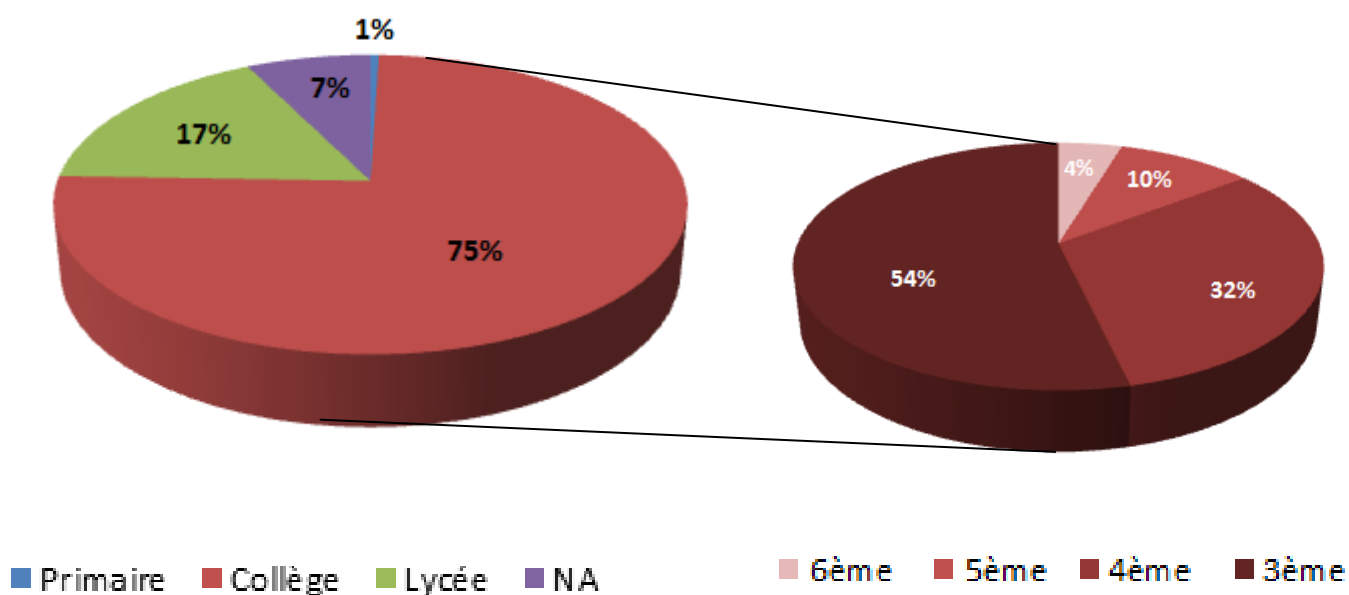


Figure 6 : Niveaux scolaires où les informations d'alcool sont reçues

73.1% des lycéens de l'enquête jugeaient utile de recevoir des informations complémentaires sur l'alcool dans leur lycée.

II. Résultats principaux

Pour l'analyse des résultats, les réponses à chaque question ont été reportées sur un graphique représentant en pourcentage le taux de bonnes réponses (*bleu*), de mauvaises réponses (*rouge*), le taux de réponses par « je ne sais pas » (*vert*) et l'absence de réponse (NA) à la question posée (*violet*).

Il en a résulté une note globale sur 20, représentant les bonnes réponses aux questions. Les mauvaises réponses et les « je ne sais pas » n'apportaient pas de point à la note finale.

a. Législation française



Figure 7 : *Connaissances de la législation française sur l'alcool*

Cette partie semblait globalement bien maîtrisée par les élèves avec un taux de bonnes réponses de 3.81 +/- 1.22 sur 5, soit une note globale de 15.2 +/- 4.9 sur 20.

On note, cependant, des disparités entre certains élèves qui n'avaient fait aucune faute sur cette partie, et certains qui, au contraire, n'avaient eu aucune bonne réponse.

b. Conséquences sociale et somatique du mésusage d'alcool

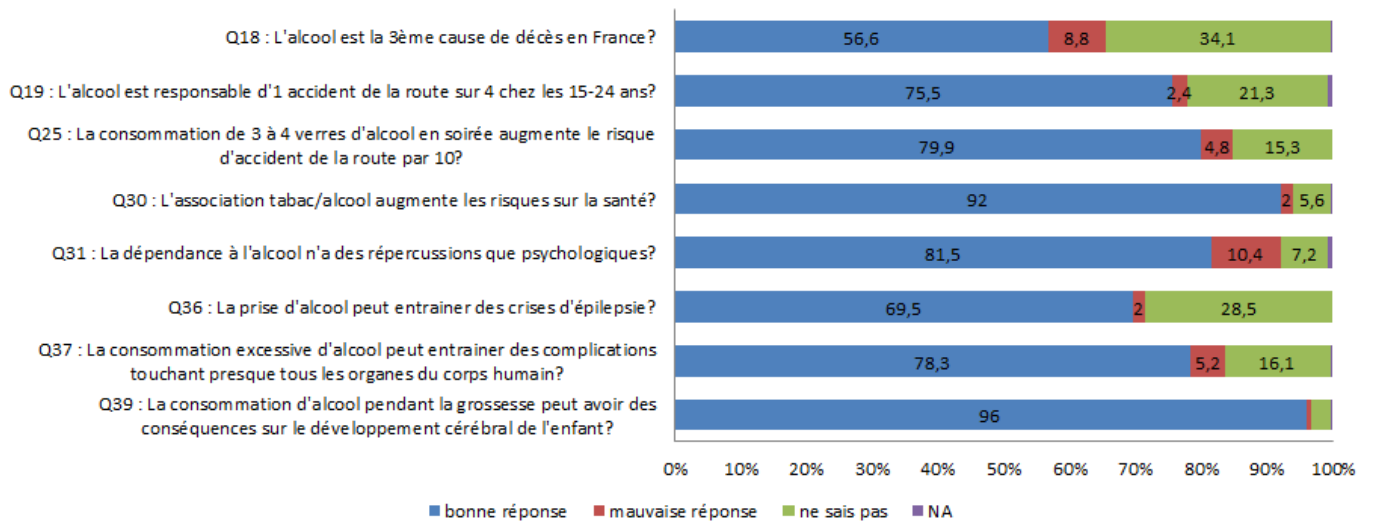


Figure 8 : *Connaissances des conséquences du mésusage de l'alcool*

De nouveau, cette partie traitant des conséquences du mésusage de l'alcool semblait bien maîtrisée par les lycéens avec un taux de bonnes réponses de 6.29 +/- 1.49 sur 8, soit une note globale de 15.7 +/- 3.7 sur 20.

Cependant, on notait que seulement 56.6% (n=141) des élèves avaient conscience de l'impact important de l'alcool sur la mortalité en France.

c. Connaissances du produit alcool

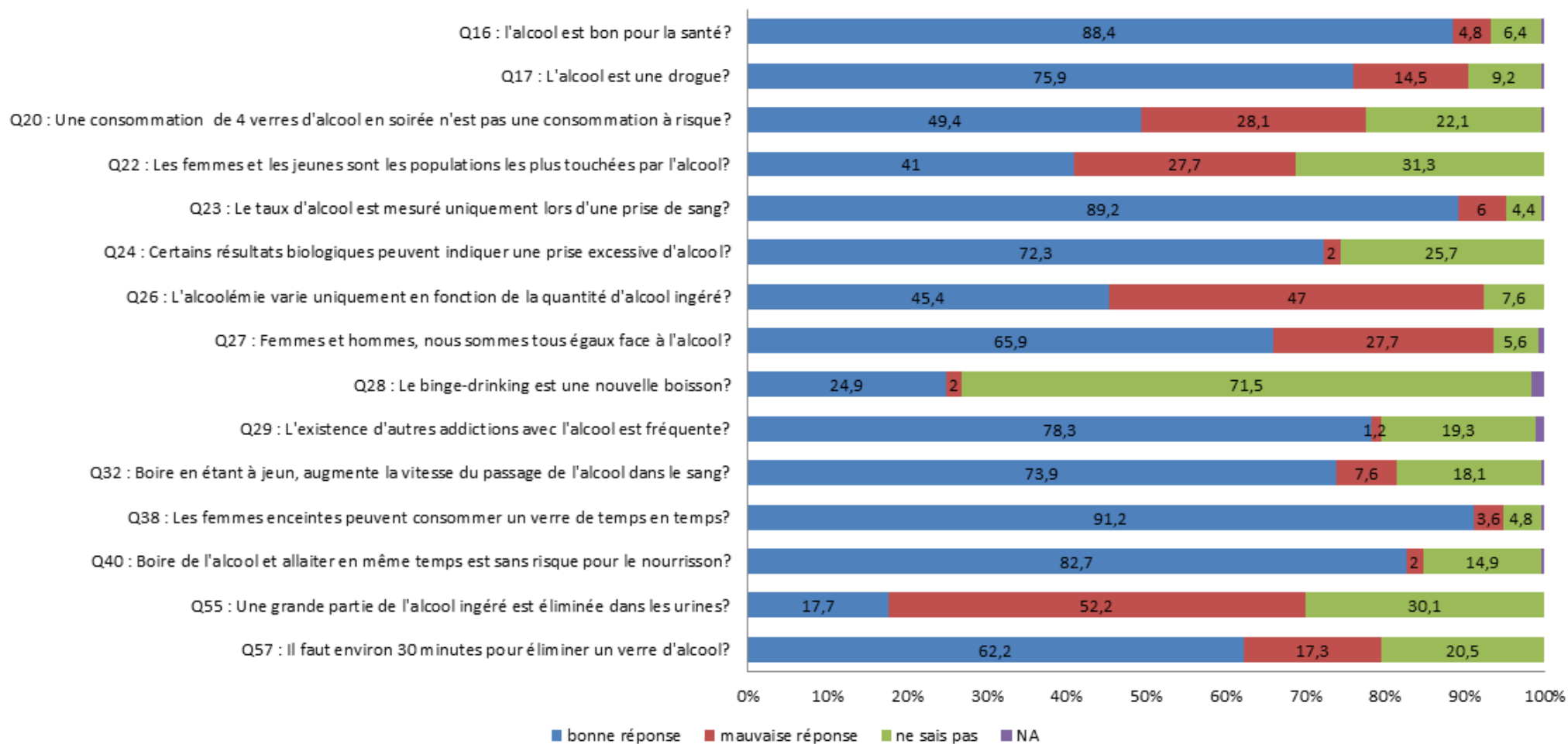


Figure 9 : *Connaissances du produit alcool*

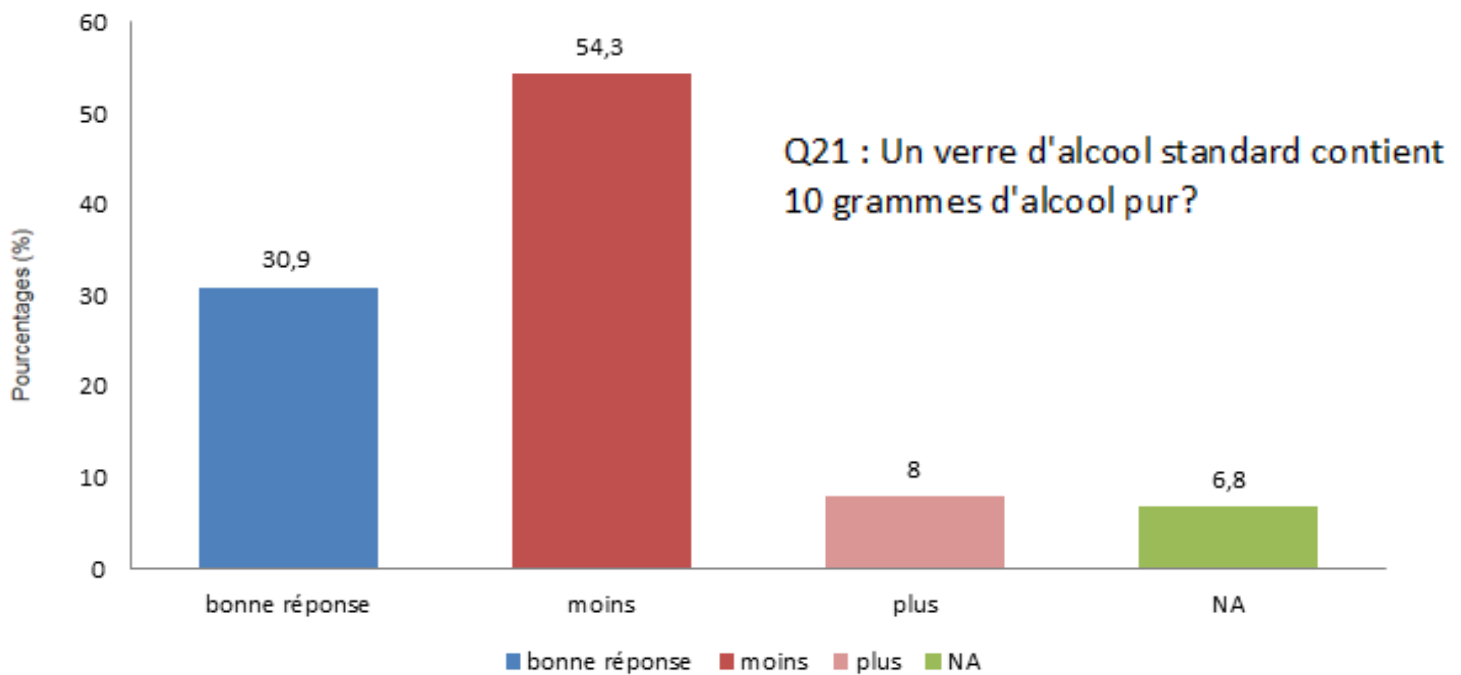


Figure 10 : Réponses concernant la quantité d'alcool dans un verre standard

La note moyenne sur cette partie était de 9.89 +/- 2.5 bonnes réponses sur 16, soit une note globale de 12.4 +/- 3.1 sur 20. Les connaissances vis-à-vis de l'alcool semblaient bien moins maîtrisées par les lycéens que les deux précédentes parties. Cependant 75.9% étaient conscients que l'alcool est une drogue.

On notait un taux de bonnes réponses faible sur plusieurs questions :

- 50,2% (n=125) des lycéens interrogés ne connaissaient pas le seuil d'une consommation à risque en soirée ;
- 73.5% (n=183) des lycéens interrogés ignoraient ce qu'est le « binge-drinking » ;
- 82.3% (n=205) des lycéens interrogés méconnaissaient le mode d'élimination de l'alcool ;
- seulement 30.9% (n=77) des lycéens interrogés connaissaient la quantité d'alcool pur dans un verre standard, contre 62.2% qui l'ignoraient. Sur ces 62.2%, 54.2% (n=135) d'entre eux pensaient qu'il y avait moins d'alcool pur dans un verre que la réalité et 8% (n=20) pensaient qu'il y en avait plus.

d. Idées reçues concernant l'alcool

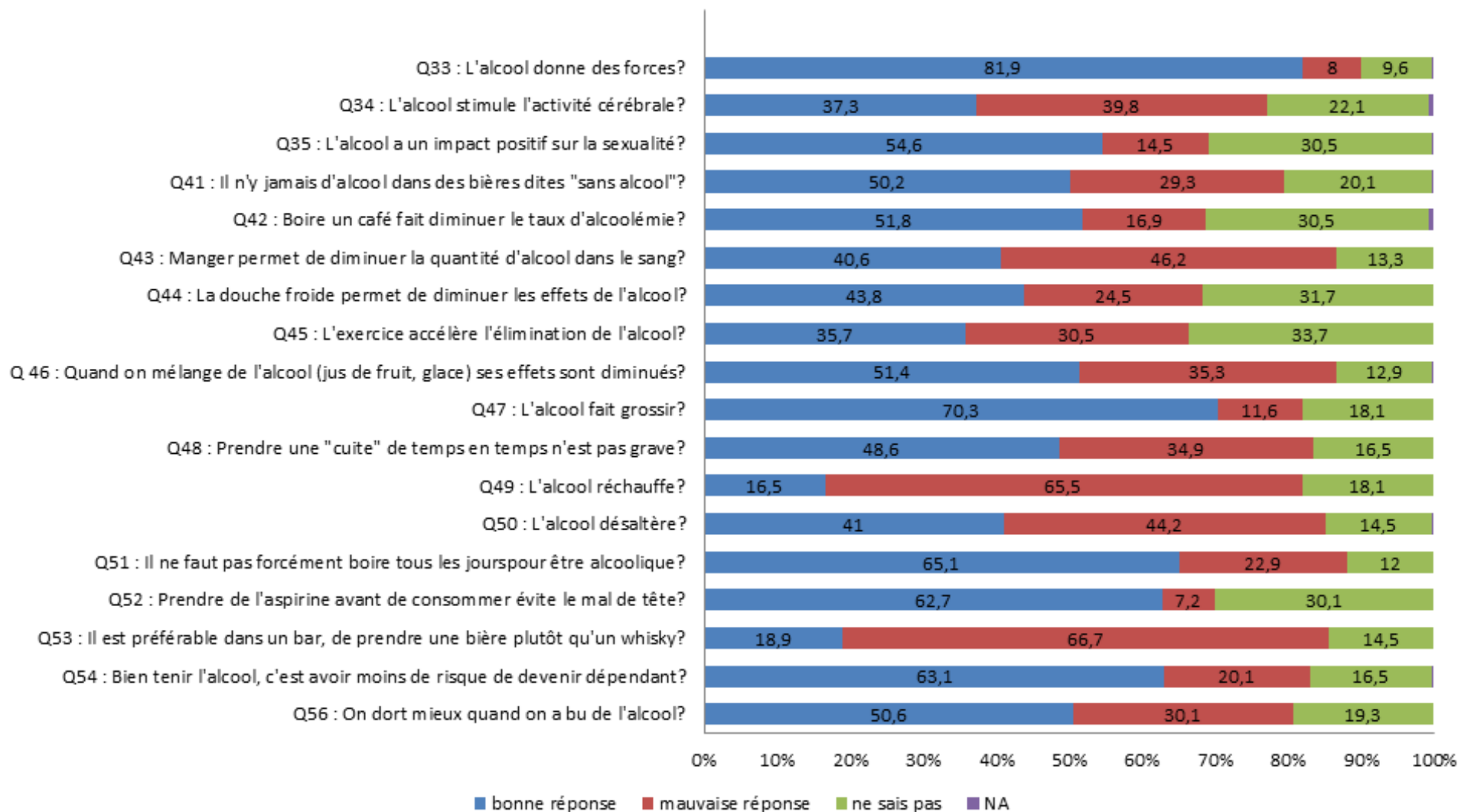


Figure 11 : *Connaissances sur les idées reçues concernant l'alcool*

Cette partie était la moins bien maîtrisée par les élèves avec 8.84 +/- 3.81 bonnes réponses sur 18, soit note globale inférieure à la moyenne de 9.8 +/- 4.2 sur 20. Elle marquait également une forte disparité entre les lycéens. De nombreuses idées reçues en lien avec les consommations d'alcool restaient majoritaires dans l'esprit des élèves interrogés.

Par exemple,

- 61.9% des lycéens pensaient que l'alcool donnait des forces ou ignoraient si c'était le cas ;
- 54.6% des lycéens pensaient que la consommation d'alcool avait un impact positif sur leur sexualité ;
- Seuls 40.6% des lycéens participant à l'étude savaient que manger ne permettait pas de diminuer plus rapidement la quantité d'alcool dans le sang, et seulement 35.7% des lycéens savaient qu'une activité physique n'avait pas d'impact non plus sur cette quantité d'alcool ;
- 65.5% des lycéens pensaient que l'alcool réchauffait et 18.1% ne savaient pas répondre à cette question,
- Et seuls 18.9% des lycéens savaient que dans un débit de boissons, il y avait approximativement la même quantité d'alcool pur dans un verre de bière que dans un verre de whisky. 66.7% pensaient qu'il était préférable de prendre une bière plutôt qu'un whisky ; 14.5% ne se prononçaient pas sur la question.

e. Synthèse

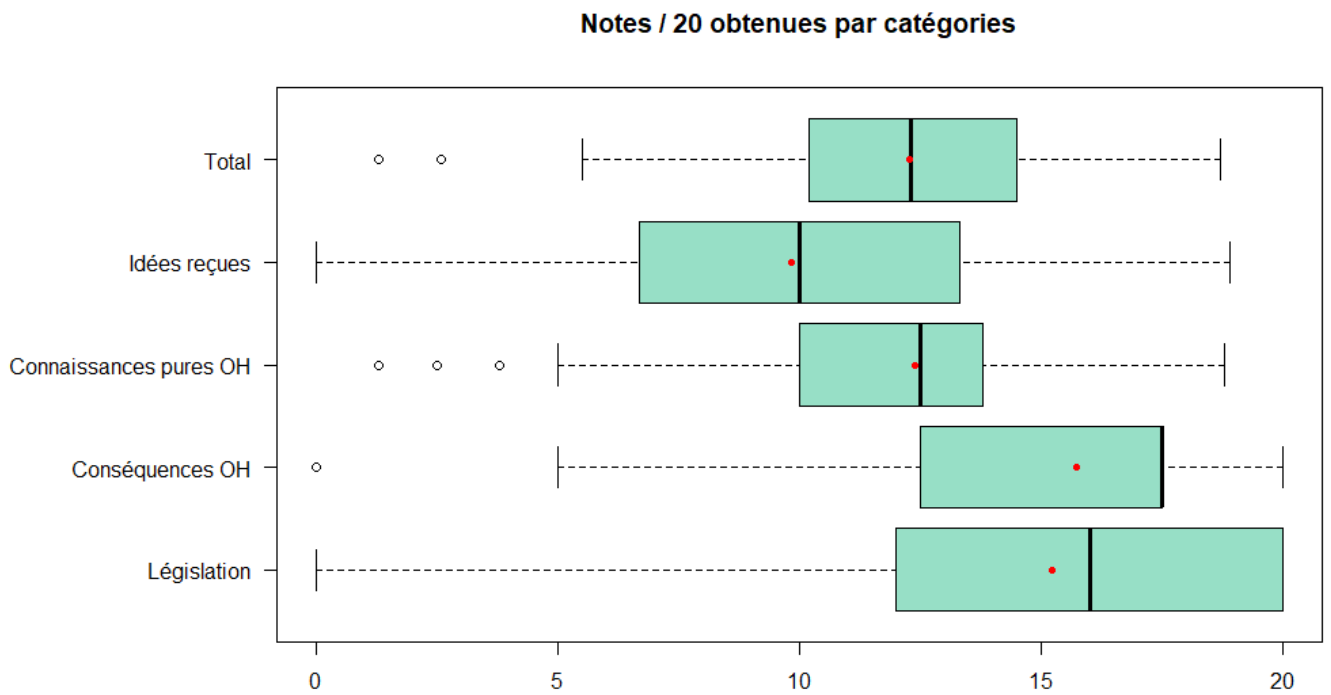


Figure 12 : Notes globales sur 20 obtenues par catégorie de réponse au questionnaire, le point rouge représentant la moyenne, le trait vertical la médiane

III. Résultats secondaires

Dans ce chapitre, nous avons cherché si certaines variables pouvaient influencer le taux de bonnes réponses au questionnaire ou les consommations d'alcool.

a. Influence du sexe

	Masculin	Féminin	Total	<i>p</i>
	113	136	249	
Consommation antérieure d'alcool, n (%)				1
Oui	99 (87.6)	120 (88.2)	219	
Non	14 (12.4)	16 (11.8)	30	
Age du premier verre, m (sd)	12.5 (2.5)	13.2 (2.1)		0.027*
Fréquence de consommation, n (%)				0.492
Jamais	22 (20.0)	26 (19.4)	48	
1 fois par mois	37 (33.6)	59 (44.0)	96	
2-3 fois par mois	26 (23.6)	25 (18.7)	51	
1 fois par semaine	18 (16.4)	15 (11.2)	33	
2-3 fois par semaine	7 (6.4)	8 (6.0)	16	
Tous les jours	0 (0.0)	1 (0.7)	1	
Questionnaire (note/20), m (sd)				
Législation	14.9 (5.2)	15.5 (4.6)		0.399
Conséquences OH	15.7 (3.8)	15.8 (3.7)		0.856
Connaissances pures OH	12.2 (3.4)	12.6 (2.8)		0.346
Idées reçues	9.5 (4.2)	10.1 (4.3)		0.315
Total	12.0 (3.2)	12.5 (2.9)		0.365

*Résultats significatifs

Tableau 1 : Influence du sexe sur les différentes variables étudiées

Nous avons trouvé une différence significative entre les filles et les garçons ($p=0.027$) concernant l'âge de la première consommation d'alcool. En effet, en moyenne, les garçons avaient un contact avec l'alcool plus jeune ($m=12.5 \pm 2.5$ ans) que les filles ($m=13.2 \pm 2.1$ ans).

Cependant, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en ce qui concerne le taux de consommation antérieure d'alcool, la fréquence de la consommation d'alcool ainsi que les notes au questionnaire en fonction du sexe.

b. Influence du type de lycée

	Public général	Public professionne l	Privé général	Privé professionne l	Tota l	p
	95	31	84	39	249	
Consommation antérieure d'alcool, n (%)						0.288
Oui	80 (84.2)	26 (83.9)	78 (92.9)	35 (89.7)	219	
Non	15 (15.8)	5 (16.1)	6 (7.1)	4 (10.2)	30	
Age du 1er verre, m (sd)	12.7 (2.8)	13.9 (1.8)	12.6 (2.0)	13.3 (1.8)		0.061
Fréquence de Consommation, n (%)						0.118
Jamais	20 (21.7)	6 (20.0)	14 (16.9)	8 (20.5)	48	
1 fois par mois	42 (45.7)	15 (50.0)	28 (33.7)	11 (28.2)	96	
2-3 fois par mois	14 (15.2)	5 (16.7)	24 (28.9)	8 (20.5)	51	
1 fois par semaine	11 (12.0)	3 (10.0)	14 (16.9)	5 (12.8)	33	
2-3 fois par semaine	5 (5.4)	1 (3.3)	3 (3.6)	6 (15.4)	15	
Tous les jours	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.6)	1	
Questionnaire (note/20), m (sd)						
Législation	15.2 (5.0)	13.0 (4.9)	16.3 (4.1)	14.8 (5.5)		0.012*
Conséquences OH	15.2 (3.6)	14.4 (4.1)	16.7 (3.4)	15.9 (4.0)		0.007*
Connaissances pures OH	12.2 (3.0)	10.4 (2.9)	13.8 (2.9)	11.3 (2.8)		< 0.001*
Idées reçues	9.6 (4.0)	8.3 (3.5)	11.3 (4.0)	8.3 (4.2)		< 0.001*
Total	12.0 (2.8)	10.5 (2.7)	13.6 (2.8)	11.3 (2.9)		< 0.001*

*Résultats significatifs

Tableau 2 : Influence du type de lycées sur les différentes variables étudiées

Une différence statistiquement significative entre les lycées a été retrouvée concernant les notes au questionnaire. Le classement des lycées en fonction de leur note moyenne au questionnaire et par ordre décroissant était le suivant : les lycées privés généraux, les lycées généraux publics, le lycée privé professionnel et enfin les lycées publics professionnels ($p < 0.05$).

En revanche, aucune différence significative entre les élèves des différents types de lycéens participant à l'étude n'a été mise en évidence par rapport au pourcentage de consommation antérieure d'alcool, l'âge du premier verre d'alcool et la fréquence de consommation d'alcool.

c. Influence des informations reçues ou du souhait d'information sur l'alcool

	Sujet de l'alcool déjà évoqué	Sujet de l'alcool jamais évoqué	<i>p</i>
	214	31	
Questionnaire (note/20), m (sd)			
Législation	15.3 (4.8)	14.6 (5.5)	0.417
Conséquences OH	15.7 (3.6)	16.0 (4.7)	0.699
Connaissances pures OH	12.3 (3.1)	12.7 (3.4)	0.529
Idées reçues	10.1 (4.1)	8.2 (4.4)	0.019*
Total	12.3 (2.9)	11.7 (3.5)	0.297

	Elèves souhaitant recevoir des informations concernant l'alcool	Elèves ne souhaitant pas recevoir des informations concernant l'alcool	<i>p</i>
	187	67	
Questionnaire (note/20), m (sd)			
Législation	15.2 (4.9)	15.2 (4.8)	0.992
Conséquences OH	15.8 (3.7)	15.6 (3.8)	0.727
Connaissances pures OH	12.6 (3.2)	11.8 (2.8)	0.069
Idées reçues	10.0 (4.5)	9.3 (3.5)	0.230
Total	12.4 (3.2)	11.8 (2.4)	0.194

*Résultats significatifs

Tableau 3 : Influence des informations reçues ou du souhait d'informations sur les différentes variables étudiées

Il n'existait pas de différence statistiquement significative des moyennes de chaque partie du questionnaire entre les lycéens qui avaient déjà évoqué le sujet alcool et ceux qui ne l'avaient pas évoqué, ainsi que ceux qui souhaitaient recevoir des informations dans leur lycée et ceux qui ne le souhaitaient pas.

Seule la moyenne des notes de la partie « idées reçues » était meilleure chez les lycéens qui avaient déjà évoqué le sujet alcool avec des tierces personnes (m=10.1 +/- 4.1) comparé à ceux qui ne l'avaient jamais évoqué (m=8.2 +/- 4.4) avec $p = 0.019$.

d. Influence de la consommation d'alcool

	Jamais	Un peu	Souvent	p
	49	147	48	
Sexe, n (%)				0.536
Masculin	22 (44.9)	63 (42.9)	25 (52.1)	
Féminin	27 (55.1)	84 (57.1)	23 (47.9)	
Age du premier verre, m (sd)	13 (1.9)	13.1 (2.4)	12.3 (2.4)	0.115
Sujet de l'alcool déjà évoqué, n (%)				0.016*
Oui	41 (85.4)	123 (84.8)	48 (100)	
Non	7 (14.6)	22 (15.2)	0 (0.0)	
Type de lycée, n (%)				0.649
Public général	20 (40.8)	56 (38.1)	16 (33.3)	
Public professionnel	6 (12.2)	4 (8.3)	20 (13.6)	
Privé général	14 (28.6)	17 (35.4)	52 (35.4)	
Privé professionnel	9 (18.4)	11 (22.9)	19 (12.9)	
Questionnaire (note/20), m (sd)				
Législation	14.0 (5.7)	15.3 (4.7)	16 (4.4)	0.103
Conséquences OH	15.4 (4.4)	15.6 (3.6)	16.4 (3.5)	0.4
Connaissances pures OH	12.0 (3.4)	12.4 (3.0)	12.6 (3.3)	0.583
Idées reçues	9.8 (4.6)	9.8 (4.1)	9.9 (4.3)	0.985
Total	11.9 (3.6)	12.2 (2.8)	12.4 (2.9)	0.716

**Résultats significatifs*

Tableau 4 : Influence de la consommation d'alcool sur les différentes variables étudiées

Pour évaluer l'influence de la consommation d'alcool sur différentes variables, nous avons regroupé dans la catégorie « un peu », les élèves consommant de l'alcool une fois par mois et 2-3 fois par mois, et, dans la catégorie « souvent », les élèves consommant de l'alcool une fois par semaine, 2-3 fois par semaine et tous les jours.

Nous avons constaté qu'il y avait significativement plus d'élèves qui avaient déjà évoqué le sujet alcool parmi ceux qui consommaient « souvent » (100%), contrairement à ceux qui consommaient un peu (84.8%), et ceux qui ne consommaient jamais (85.4%) avec $p=0.016$.

Concernant le sexe, l'âge du premier verre, le type de lycée et les notes au questionnaire, aucune différence significative n'a été mise en évidence par rapport à la fréquence des consommations.

DISCUSSION

I. Comparaison des résultats par rapport à la littérature

a. Résultats principaux

Le but de notre étude était d'évaluer les connaissances des lycéens de l'Audomarois sur le sujet alcool et dans un second temps, d'observer l'influence de certains facteurs sur le niveau de celles-ci. Aucune étude antérieure n'a déjà évalué les connaissances des lycéens sur ce sujet, il serait donc intéressant de reproduire cette étude dans d'autres régions afin d'en comparer les résultats.

Les réponses au questionnaire ont montré que les lycéens de l'Audomarois avaient globalement une bonne connaissance de la législation française vis-à-vis de l'alcool et des conséquences possibles d'une intoxication éthylique, avec respectivement une note globale moyenne de 15.2 et 15.7 sur 20. Cela peut s'expliquer, par la présence des messages de prévention routière relayés par les médias ou par l'apprentissage du code de la route chez certains lycéens réalisant la conduite accompagnée, dès l'âge de 15 ans.

Par contre, la partie concernant le produit alcool et surtout la partie traitant des idées reçues a été source de nombreuses erreurs chez les lycéens avec une moyenne de 12.4 pour la partie théorique et 9.8 pour la partie idées reçues, sur 20.

Cependant, on observe de fortes disparités entre les lycéens par rapport à leurs connaissances dans toutes les sous-parties du questionnaire notamment concernant la législation française et les idées reçues avec une dispersion allant de, respectivement 4.9 et 4.2 points sur 20.

Dans notre étude, deux facteurs ont influencé le taux de bonnes réponses au questionnaire :

- Le type de lycées fréquenté par les élèves, avec des connaissances sur l'alcool plus

importantes dans la filière générale que la filière professionnelle ; et, au sein d'une même filière, dans le secteur privé que le secteur public. Les 2 lycées où les élèves avaient obtenu un taux de bonnes réponses supérieur étaient des lycées où avait été données, en début d'année scolaire, des informations de prévention des conduites addictives au cours d'un forum mené par l'équipe d'addictologie du CSAPA de Saint-Omer, des associations néphalistes et des acteurs de prévention routière.

Ces informations reçues n'ont, cependant, pas permis de modifier le comportement face à l'alcool des lycéens (aucune différence au niveau de l'expérimentation et de la fréquence des consommations d'alcool entre les élèves de tous les lycées).

Cela pourrait être lié au fait que les idées reçues n'ont pas été évoquées lors de ce forum, comme l'ont précisé les lycéens après la remise du questionnaire. Se pose alors la question des messages que l'on souhaite transmettre auprès des adolescents, la façon de les transmettre et l'impact attendu.

- L'évocation préalable du sujet alcool par les lycéens L'étude a mis en évidence que les lycéens ayant déjà abordé le sujet de l'alcool, que ce soit en famille, entre amis, en milieu scolaire ou avec leur médecin traitant, avaient une meilleure connaissance sur les idées reçues concernant l'alcool, même si cette connaissance restait encore limitée ($m=10.1 \pm 4.1$ versus $m = 8.2 \pm 4.4$).

b. Population étudiée

Dans notre étude, la population était composée majoritairement de filles, à 54.6%. Cette proportion s'avérait un peu plus importante que la moyenne nationale des lycéens français qui se compose à 50.4% de filles dans les lycées généraux, technologiques et professionnels. (8) Alors que dans toutes les études réalisées auprès des adolescents

(ESPAD 2015², ESCAPAD 2017³ et projet EnClass⁴), une différence dans la consommation d'alcool a été mise en évidence entre les filles et garçons (les garçons expérimentant et consommant plus d'alcool que les filles), aucune n'a été retrouvée dans notre étude aussi bien en termes d'expérimentation, de consommation régulière ou non d'alcool. La seule différence significative concernant le sexe a porté sur l'âge de la première consommation d'alcool, plus jeune chez les garçons (12.5 ans versus 13.2 ans chez les filles). (1) (2) (9) (10)

L'âge moyen des lycéens interrogés était de 15.6 ans, ce qui correspondait effectivement à l'âge théorique atteint en fin de seconde.

Concernant la répartition entre la filière générale/technologique et la filière professionnelle, notre population se situait dans le même ordre de grandeur que le reste de la population lycéenne française avec 71.9% de lycéens de l'étude dans la filière générale et 28.1% dans la filière professionnelle contre respectivement 71.4% et 28.6% pour le reste de la France. (8) Dans les études ESPAD 2015 et ESCAPAD 2017, il a été observé que les élèves de filière professionnelle consommaient moins fréquemment de l'alcool que ceux de filière générale. Or, aucune différence statistique n'a été mise en évidence dans notre étude en termes de consommation d'alcool entre ces deux types de lycées. (9) (10)

Concernant la répartition entre les secteurs privé et public, on observait une différence non négligeable entre notre population étudiée et la population lycéenne de

² Enquête quadriennale en milieu scolaire, depuis 1999, qui se déroule au même moment dans une quarantaine de pays en Europe et qui permet de comparer la santé et les comportements à risque (consommations de substances psychoactives par exemple) des jeunes adolescents européens.

³ Enquête nationale qui interroge depuis 2000 (9^{ème} édition en 2017), les français de 17 ans sur leur santé et leurs consommations de produits psychoactifs lors de la Journée Défense et Citoyenneté.

⁴ Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents (20 000 collégiens et lycéens de 11 à 18 ans) sur la santé et les substances, réalisée en 2018.

France. En effet, dans notre étude, 49.4% des lycéens interrogés appartenait au secteur privé alors qu'ils ne représentent que 21.1% en France et 23.7% dans les hauts-de-France. (8) Cette différence pourrait être attribuée au fait que lors de notre sélection, nous avons fait le choix de sélectionner deux classes de seconde dans les lycées sans prendre en compte l'effectif total de chaque lycée et que lors de la remise du questionnaire, le taux d'absentéisme était plus important dans les classes de section publique, notamment dans la filière professionnelle.

Au vu du nombre de lycéens de seconde ayant déjà expérimenté les consommations d'alcool dans notre étude (88%) comparé à la population étudiée lors du projet EnClass (81,9% d'expérimentation en seconde), nous pouvons nous poser la question de savoir si une proportion plus importante de lycéens du secteur privé dans notre étude n'était pas un facteur d'augmentation de cette expérimentation d'alcool. (2)

De plus, nous avons fait le choix de nous intéresser uniquement à la population lycéenne de l'Audomarois et d'exclure les apprentis et les adolescents sortis du système scolaire. En comparant le taux d'expérimentation de notre étude, à l'âge moyen de 15,6 ans et le taux d'expérimentation de 85.7% à l'âge de 17 ans dans l'étude ESCAPAD 2017, on peut se poser la question sur le fait que le lycée soit un facteur de risque d'expérimentation d'alcool. Cette hypothèse semble être validée par cette dernière enquête qui, met en évidence, en 2017, que les adolescents exclus du système scolaire et les apprentis expérimentent moins l'alcool mais que, par contre, les consommations régulières d'alcool les concernent davantage. (9)

La consommation d'alcool chez les lycéens de notre étude, au cours de l'année, se situait dans le même ordre de grandeur que celle de l'enquête ESPAD 2015 (78.8% des lycéens de l'étude relataient au moins un usage d'alcool dans l'année contre 77.7% dans l'étude ESPAD 2015). Cependant, les lycéens de l'Audomarois déclaraient un usage d'alcool

moins fréquent ; 40.2% relataient un usage d'alcool mensuel contre 54.3% des lycéens du projet EnClass et 6.4% consommaient de manière régulière de l'alcool⁵ comparé à 10.9% des lycées du projet EnClass. (2) (10)

Nous avons remarqué lors de l'analyse des réponses, que les consommations des lycéens s'effectuaient principalement en famille (83.1%) et entre amis (74%) mais qu'une part non négligeable de consommation s'effectuait de manière solitaire (15.5%) ; cette proportion semble beaucoup plus importante que lors de l'évaluation du contexte de la consommation d'alcool la plus récente dans l'étude ESCAPAD 2017 où seul 2.5% des adolescents évoquaient une consommation solitaire (29.8% avec les parents et 90.1% avec des amis). (9)

c. Informations reçues

Notre étude mettait en évidence le manque d'informations reçues sur l'alcool de la part des acteurs de l'éducation nationale ainsi que de la part du médecin généraliste, avec respectivement 17.8% d'informations délivrées par les professeurs, 3.7% par les infirmières scolaires et 1.9% par le médecin généraliste.

Ces résultats peuvent s'expliquer dans le milieu scolaire, d'une part, par le manque d'intervenants définis par l'Éducation Nationale pour la prévention des conduites addictives et d'autre part, par le peu de temps accordé par celle-ci à cette prévention. En effet, l'article L312-18 du Code de l'éducation dispose qu'une « *information soit délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âges homogènes. Ces séances pourront*

⁵ Au moins 10 consommations d'alcool dans le mois.

associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs ». Ce texte ne donne aucune information quant à l'âge d'initiation des informations préventives ni sur les « intervenants extérieurs » qui peuvent y participer, laissant les directeurs d'établissement, seuls, face à leur propre jugement. De plus, une heure d'informations minimum préconisée pour balayer des informations sur le tabac/l'alcool/les drogues illicites, leurs effets, la législation en vigueur, les informations sur les aides et soutien possibles dans et à l'extérieur de leur établissement semble non adaptée aux problématiques qu'engendrent ces conduites addictives chez les adolescents et dans notre société en général.

En ce qui concerne le manque d'information délivré par le médecin généraliste, cela pourrait s'expliquer par la diminution de la fréquence des consultations en période d'adolescence et du peu de temps imparti en médecine générale pour réaliser de la prévention hors consultation dédiée (manque d'effectif médical).

Enfin, 76.8% des lycéens évoquaient majoritairement avoir reçus des informations après la classe de 4^{ème} (c'est-à-dire après 13-14 ans) alors que l'âge moyen du premier verre est de 12.9 ans. Le questionnaire montrait également qu'ils n'étaient pas contre le fait de recevoir des informations sur l'alcool puisque 73.1% des lycéens de l'enquête jugeaient utile de recevoir des informations complémentaires dans leur lycée.

II. Forces et limites de l'étude

a. Les forces

- Nous avons reçu l'accord de tous les lycées du secteur de Saint-Omer.
- Aucun refus n'a été constaté de la part des lycéens et de leurs représentants légaux.
- Aucun questionnaire n'a été retourné partiellement ou non rempli.
- Nous avons prévu, en amont, de programmer un temps de réponses aux éventuelles questions des lycéens après le remplissage du questionnaire et de remettre à chaque participant une fiche réponse.

b. Les limites

- Il existe un biais de recrutement car, comme nous l'avons vu précédemment, la population étudiée n'était pas totalement représentative de la population française lycéenne surtout concernant la répartition secteur privé/secteur public. Nous avons également fait le choix de nous intéresser qu'à un seul territoire des Hauts-de-France. Il serait intéressant de reproduire ce même questionnaire dans d'autres territoires de la région pour savoir si le taux de bonnes réponses varie en fonction de ceux-ci.
- La méthode de l'auto-questionnaire notamment sur ce sujet sensible qu'est l'alcool, a pu amener à un biais de prévarication, c'est-à-dire, à une exagération ou une diminution de l'exposition au produit, des informations reçues et des réponses de la 2^{ème} partie du questionnaire.

III. Perspectives

Lors de nos recherches, nous avons vu que de nombreux facteurs influençaient la consommation d'alcool chez les adolescents. Cependant, nous avons remarqué que le manque de connaissances et la persistance de nombreuses idées reçues erronées, étaient importants. C'est un point sur lequel nous pourrions agir en adaptant notre discours de prévention auprès du public jeune.

a. Prévention en milieu scolaire

Le projet MILDECA 2018-2025, nouveau plan gouvernemental de mobilisation contre les conduites addictives, coordonné par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives, a placé l'école comme acteur de premier plan dans la politique de prévention des conduites addictives. (11) Dans ce sens, il serait intéressant d'aborder la notion d'addiction notamment à l'alcool avant le début des consommations avérées. En effet, comme vu en introduction, au sein de l'Education Nationale, 44.3% des élèves de 6^{ème} ont déjà expérimenté l'alcool, 66.7% en 4^{ème} et 75.3% en 3^{ème}. (2)

Or, lors de notre étude, nous avons constaté que la majeure partie des lycéens avait reçu une information sur l'alcool qu'après la classe de 4^{ème}.

Réaliser des programmes de prévention et donc d'information sur le produit et sur les comportements à risques à partir de la 6^{ème}, voire déjà en primaire, puis tout au long du parcours des collégiens, pourrait permettre à ces derniers de mieux comprendre les addictions, d'en avoir une meilleure connaissance ainsi que de leurs conséquences. Cela pourrait permettre de retarder l'initiation aux premières consommations d'alcool et l'entrée dans des consommations régulières ou excessives.

Il serait très important de s'attaquer au problème des idées reçues concernant l'alcool puisqu'il s'agit du domaine qui a posé le plus de difficultés aux lycéens. Ainsi, introduire des questions relatives à ces idées reçues sous forme de jeux ou en utilisant les nouvelles technologies, permettrait de rendre cet aspect plus attractif.

Il est très important d'adapter les discours et les outils en fonction de l'âge des élèves pour attirer leur attention et pour permettre une bonne compréhension des informations délivrées.

Dans ce sens, les IDE scolaires peuvent s'appuyer, dans leur action d'information et de sensibilisation, d'outils pédagogiques et ludiques. Dans le cadre de l'Association Nationale

de Prévention en Alcoologie et Addictologie, les équipes nordistes ont conçu un outil, qui malgré ses 20 ans, reste très performant. Cet outil se nomme Kottabos⁶. Il s'agit d'un jeu pédagogique proposant neuf activités ayant pour objectif : (12) (13)

- de développer la compréhension des mécanismes de l'alcoolémie, des effets et des risques immédiats liés à l'alcool ;
- de susciter la réflexion individuelle et collective sur les modes d'alcoolisation, et
- d'augmenter les compétences individuelles à faire des choix de comportements adaptés aux risques.

Malheureusement, cet outil est peu demandé par les lycées de l'Audomarois alors qu'un exemplaire est présent au CSAPA de Saint-Omer. Il serait intéressant de prévoir, comme cela est réalisé avec les IDE libéraux (ales), des réunions d'informations entre le CSAPA et les IDE scolaires.

Enfin, il serait intéressant de proposer, d'avantage, aux IDE et notamment aux IDE scolaires durant leurs études, des formations dispensées par le personnel addictologique (ayant une expérience clinique), pour leur permettre d'acquérir les connaissances nécessaires sur les diverses addictions, entre autres, l'alcool, et ainsi les aider à communiquer les messages de prévention auprès des élèves. Consacrer exclusivement une unité d'enseignement à l'addictologie dans le référentiel de formation aux IDE pourrait permettre une meilleure lisibilité du programme et des objectifs d'apprentissage dans ce domaine.

⁶ *Tire son nom d'un jeu grec qui se pratiquait lors des banquets et qui consistait à jeter le reste de la coupe de vin que l'on venait de boire dans un bassin de métal en invoquant le nom d'un être aimé. Si le jet produisait un son vibrant, c'était le signe d'un amour partagé.*

b. Prévention en médecine générale

Concernant la prévention de l'addiction alcool en médecine générale et même, de toutes addictions, il serait intéressant de proposer, comme cela a été fait pour la première prescription de contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les filles, une consultation dédiée à ce sujet, avec une cotation valorisée. Cela pourrait permettre aux praticiens d'informer plus longuement les adolescents sur ce sujet et répondre aux éventuelles questions avec l'objectif de contribuer à la réduction des conduites à risque chez ces derniers.

Cette consultation pourrait avoir lieu au moment du rappel vaccinal entre 11 et 13 ans.

Une autre alternative a été amenée le 26 février 2018 par Agnès Buzyn, alors, ministre des Solidarités et de la Santé et Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'Innovation avec la mise en place d'un service sanitaire destiné aux étudiants des formations en santé. Celui-ci a été généralisé à toute la France depuis la rentrée 2019. Il a pour but de former des futurs médecins, notamment généralistes, aux interventions de prévention et de promotion de la santé auprès de jeunes, entre autres. Pour ce faire, les étudiants bénéficient d'un temps de formation théorique et pratique puis d'un temps d'intervention concrète auprès du public prédéfini et enfin d'un temps d'évaluation de l'action menée. Il serait profitable, aussi bien aux élèves, à qui, les interventions sont dédiées qu'aux futurs professionnels de santé que ce service se pérennise et que l'impact sur les connaissances et la consommation des élèves soit évalué dans les suites de leur intervention.

De même, encore récemment, l'addictologie était principalement enseignée aux étudiants de médecine en première année. Il serait intéressant d'organiser, dans nos universités des Hauts-de-France, des rappels d'addictologie tout au long des 6 premières années de

médecine ainsi qu'au cours de l'internat de Médecine Générale, en insistant sur le volet préventif. Cela pourrait permettre d'aider les futurs médecins généralistes à assurer, au mieux, leur futur rôle d'acteur de prévention primaire individuelle et collective.

CONCLUSION

La prévention des conduites addictives chez les adolescents passe, entre autres, par une connaissance du produit alcool, des risques qui découlent d'une consommation abusive et par la remise en cause des nombreuses idées reçues erronées.

À ce jour, des actions de prévention sont menées dans certains lycées permettant de relayer des informations sur l'alcool. Dans notre étude, certains lycéens avaient bénéficié de l'intervention d'acteurs de prévention extérieurs (équipe d'addictologie, associations néphalistes, prévention routière) ce qui leur avaient permis d'obtenir des résultats plus probants au questionnaire par rapport à ceux n'ayant pas bénéficié de ces interventions (même-ci ces résultats sont encore perfectibles).

Se met également en place, grâce à la mobilisation d'étudiants de santé, dans le cadre du service sanitaire, une autre forme de prévention, auprès des adolescents. Malheureusement, les lycéens de l'Audomarois interrogés dans notre étude n'en avaient pas encore bénéficié.

En dehors du milieu scolaire, les messages de prévention sont dispensés :

- À travers les médias, à titre informatif ou publicitaire ;
- À l'occasion d'apprentissages particuliers : code de la route pour le permis de conduire, par exemple ;
- Dans certains lieux de vie et lieux festifs ;
- Sous forme de plaquettes informatives délivrées dans de nombreux lieux publics ou privés.

Cependant, au terme de notre travail, pour améliorer la prévention et les connaissances du jeune public, nous pensons que:

- Les informations de prévention doivent être délivrées plus précocement et de façon répétée ;

- Les moyens doivent être donnés aux acteurs de « terrain » ayant une mission de prévention (IDE scolaires, Médecins Généralistes, CSAPA, associations notamment néphalistes, maisons des adolescents,...) :

- Moyens en termes d'accès à la formation en addictologie des professionnels de santé, en insistant sur le volet préventif ;
- Moyens pour la Médecine Générale avec la mise en place de consultations préventives, valorisées et,
- Moyens en termes d'outils adaptés, ludiques, attractifs pour les adolescents et visant à remettre en cause les idées reçues.

Au vu de l'impact sanitaire et social qu'à l'alcool dans notre société, notamment dans notre région des Hauts-de-France, la prévention des conduites addictives représente un enjeu majeur de santé publique pour notre génération et les futures. L'objectif est la réduction des risques liés à l'alcool.

TRAVAIL DE RECHERCHE

L'alcool est une substance liquide d'origine naturelle obtenue par fermentation de végétaux riches en sucre, ou par distillation. (14) C'est une substance dite psychoactive.

Selon l'OMS, une substance psychoactive est une substance qui « *lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect* ». Depuis 1988, elle classe l'alcool comme molécule cancérigène avérée. (15) C'est une drogue légale en France, ce qui diffère d'autres substances illicites, même si son utilisation est limitée par la loi dans certaines circonstances, que nous développerons ultérieurement.

L'absorption de l'alcool par le système digestif s'effectue par simple diffusion et est complète en deux heures environ. Après absorption, l'éthanol, principe actif de l'alcool, est éliminé à plus de 80% par le foie, car il ne peut être stocké par l'organisme. Son élimination s'effectue via deux enzymes principales : (16)

- D'abord l'**alcool déshydrogénase** qui transforme l'éthanol en acétaldéhyde, substance très toxique pour l'organisme ;
- Puis l'**aldéhyde déshydrogénase** qui oxyde l'acétaldéhyde en acide acétique, transformé après, en une coenzyme, l'acétylcoenzyme A, qui joue un rôle important dans le cycle de Krebs, le cycle des citrates, des acides gras et dans la synthèse du cholestérol.

Jusqu'à 10% de l'alcool absorbé peut-être éliminé par les voies urinaires, sudorales ou par le système respiratoire, sous forme inchangée.

De manière générale, la concentration maximale d'alcool dans le sang est atteinte au bout de 30 à 45 minutes si l'alcool est consommé à jeun, et au bout de 90 minutes s'il est consommé au cours d'un repas. Son ratio d'élimination est d'environ 0,15g/L/heure, variant

d'une personne à une autre, notamment entre les hommes et les femmes, ces dernières métabolisant plus lentement l'alcool. (17)

De même, la concentration d'alcool dans le sang diffère en fonction du sexe et du poids de la personne, suivant la formule suivante : (16)

$$\text{Taux d'alcoolémie}(g/L) = \frac{\text{alcool ingéré (g)}}{\text{Poids (kg)} \times k}$$

avec $k = 0,6$ pour les femmes; $k = 0,7$ pour les hommes

Pour rappel, dans un verre d'alcool dit standard, les quantités d'alcool pur sont quasiment identiques malgré les différentes boissons alcoolisées⁷, à savoir qu'elles oscillent entre 9 et 12 grammes d'alcool pur par verre.



Figure 13 : Quantité d'alcool pur par verre de boissons alcoolisées (14)

⁷ Nous avons utilisé dans notre étude le terme de boissons alcoolisées pour parler de toutes boissons contenant de l'alcool (terme plus populaire au sein de notre population étudiée). Il convient cependant de distinguer les boissons alcooliques (qui contiennent naturellement de l'alcool) et les boissons alcoolisées (liquide additionné avec d'alcool).

L'éthanol joue un rôle dans les processus addictifs en perturbant différents systèmes de neurotransmission, notamment les systèmes cholinergique, sérotoninergique, dopaminergique, GABAergique, glutamatergique et opioïdique.

La consommation d'alcool joue un rôle important dans les phénomènes d'appétence, de motivation et de décision puisqu'il agit sur le système de récompense et sur la libération de dopamine. (18)

De ce fait, l'OMS a émis des seuils de consommation d'alcool afin d'éviter toutes complications liées à la consommation de boissons alcoolisées, ou l'apparition de phénomènes de dépendance. Les seuils retenus sont :

- Pas plus de 4 verres par occasion pour un usage ponctuel ;
- Pas plus de 21 verres par semaine pour un usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne) ;
- Pas plus de 14 verres par semaine pour un usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne).
- Un jour sans alcool par semaine. (19)

Un travail d'expertise scientifique publié en mai 2017 par Santé publique France et l'Institut national du cancer a estimé, après avoir analysé les risques, qu'il fallait trouver un compromis entre les risques attribuables à l'alcool au sein d'une population, et le risque acceptable pour un individu qui choisit d'en consommer connaissant les dangers. Ils ont donc fixé des repères pour la consommation d'alcool et recommandent aux personnes choisissant d'en consommer, de ne pas dépasser deux verres par jour avec au moins deux jours par semaine sans alcool, résumé avec ce slogan « *Pour votre santé, maximum deux verres par jour, et pas tous les jours* ». (20) (21)

I. Epidémiologie des consommations d'alcool

a. Constat en France en 2017

	Ensemble	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois				
Abstinent vie	5,4%	3,9%	6,9%	0,6
Abstinent année	8,1%	6,7%	9,4%	0,7
Moins d'une fois par mois	27,2%	17,7%	36,2%	0,5
Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	19,3%	19,1%	19,5%	1,0
Une à trois fois par semaine	25,0%	29,8%	20,3%	1,5
Quatre à six fois par semaine	5,1%	7,6%	2,6%	2,9
Tous les jours	10,0%	15,2%	5,1%	3,0
Nombre de verres consommés un jour de consommation*	2,3	2,8	1,8	1,6
Nombre de jours de consommation d'alcool / an*	98	129	66	2,0
Fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes**				
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	35,2%	49,6%	21,4%	2,3
Au moins une fois par mois	16,2%	25,2%	7,6%	3,3
Au moins une fois par semaine	4,6%	7,6%	1,6%	4,7
Ivresses**				
Au moins une fois au cours la vie	63,4%	78,5%	49,1%	1,6
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	20,7%	28,6%	13,2%	2,2
Au moins trois fois au cours des 12 derniers mois	9,7%	14,5%	5,1%	2,8
Au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois	4,1%	6,5%	1,8%	3,6

* Parmi les consommateurs d'alcool dans l'année.

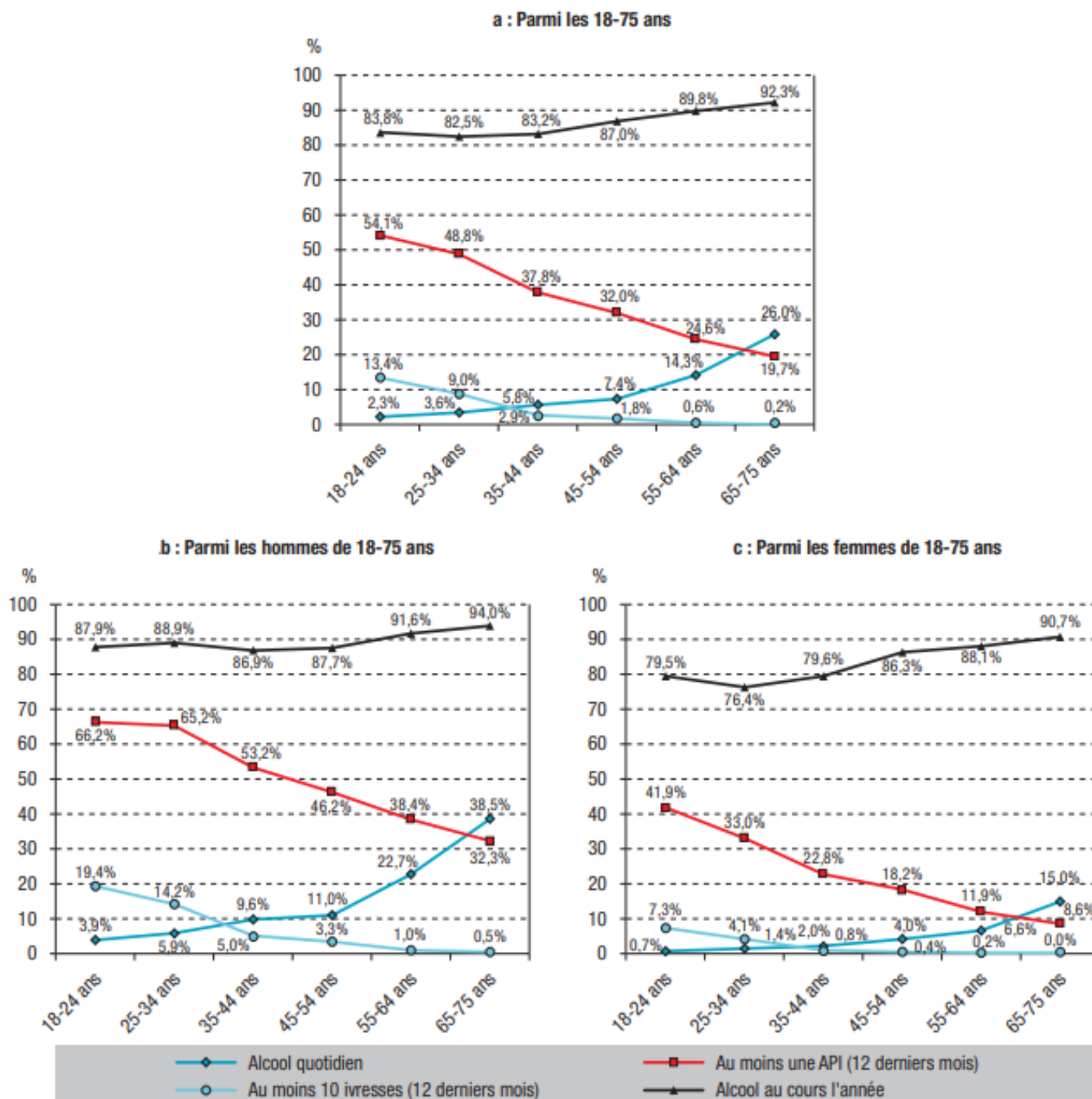
** Les modalités ne sont pas exclusives : 35,2% des 18-75 ans ont connu une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année, incluant les 16,2% qui en ont connu tous les mois.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Tableau 5 : Répartition de l'usage de l'alcool en France métropolitaine en fonction du sexe en 2017 (20)

En 2017, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France, que ce soit en termes de consommation occasionnelle (46.9 millions de personnes) ou d'usage quotidien (4.6 millions de personnes).

Selon le baromètre de Santé Publique France, en 2017, 86.5% des 18-75 ans évoquent une consommation d'alcool au cours de l'année écoulée et 40.1% au moins une fois par semaine. La consommation d'alcool s'avère plus courante chez les hommes et la différence de consommation entre les hommes et les femmes est d'autant plus marquée que la fréquence de consommation augmente. (22)



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.
 API : alcoolisation ponctuelle importante.

Figure 14 : Indicateurs de la consommation d'alcool en France métropolitaine par tranche d'âge et selon le sexe, en 2017 (22)

Ce sont chez les 65-75 ans que les consommations d'alcool quotidiennes s'observent le plus (26%) alors qu'elles ne représentent que 2,3% chez les 18-24 ans contrairement aux

ivresses « régulières »⁸ qui concernent principalement les 18-24 ans (13.4% d'entre eux en 2017 versus moins de 1% chez les plus de 55 ans). (20)

De manière générale, les 18-75 ans déclarent en grande majorité, une consommation d'alcool au cours de l'année (83.8% à 92.3%) ; cependant les jeunes ont une consommation plutôt massive et ponctuelle (54.1% des 18-24 ans déclarent au moins une API dans l'année) et les personnes plus âgées, une consommation plus fréquente, mais moins massive. (22)

Quels que soient les indicateurs, les hommes déclarent une consommation d'alcool plus importante que les femmes, tout âge confondu.

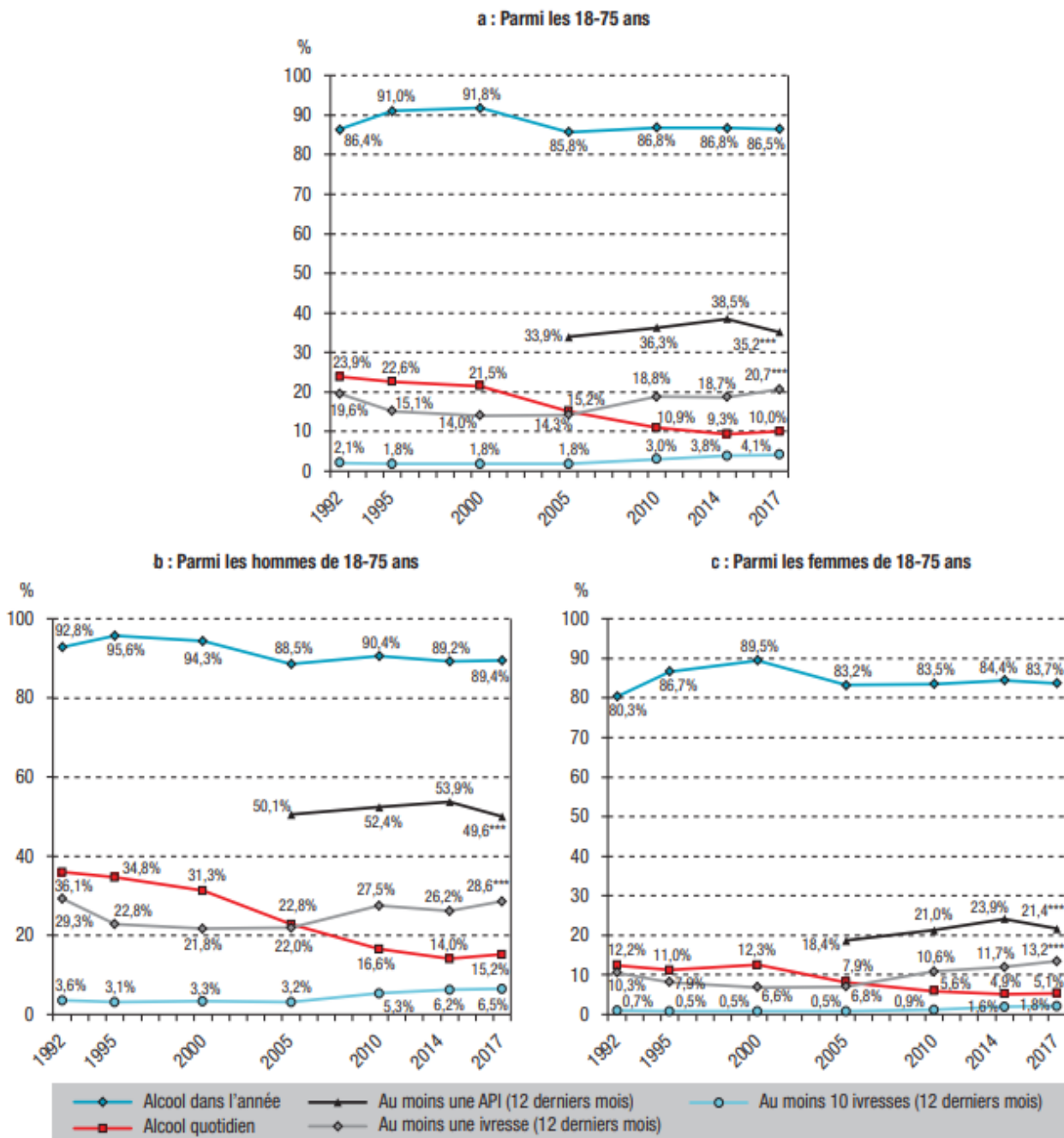
b. Evolution temporelle en France de la consommation d'alcool

Des années 50 aux années 90, la consommation d'alcool en France a baissé de manière régulière (26 litres d'alcool pur par an et par habitant en 1961), par modification des habitudes quotidiennes (diminution de l'usage du vin ou de la bière de table,...).

Depuis le milieu des années 90, la baisse a ralenti. La consommation d'alcool a même tendance à se stabiliser depuis quelques années (2013), avec une consommation atteignant 11.7 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans en 2017, équivalant en moyenne à 2,56 verres « standard » (26 grammes) d'alcool pur consommés chaque jour par habitant selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (23)

En 2017, la part de consommation quotidienne d'alcool chez les 18-75 ans atteint 10% de cette population comparée à 23.9% en 1992 et concerne majoritairement les hommes (trois fois plus que les femmes). (20)

⁸ *Au moins dix ivresses au cours des 12 derniers mois*



*, **, *** : évolution significative entre 2014 et 2017, aux seuils de 5%, 1% et 0,1%.
 Sources : Baromètres de Santé publique France 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017.
 API : alcoolisation ponctuelle importante.

Figure 15 : Evolution des indicateurs de la consommation d'alcool entre 1992 et 2017 en France métropolitaine (22)

c. Consommation mondiale : constat en 2016

Petit aparté sur la place qu'occupe la France par rapport aux autres pays, en termes de consommation d'alcool.

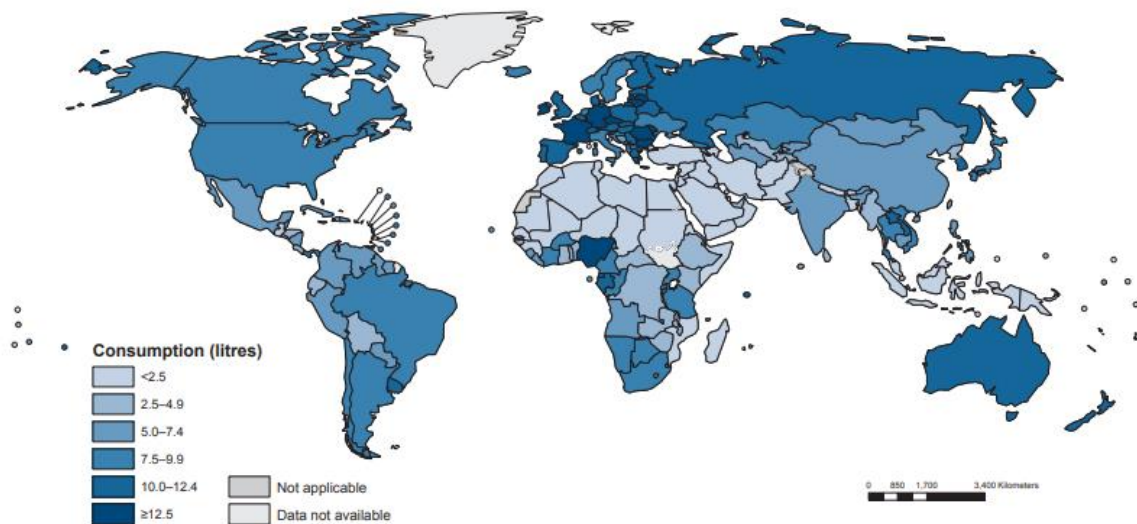


Figure 16 : Consommation totale d'alcool en litres pour chaque pays, et par habitant, en 2016 (24)

La France reste parmi les pays les plus consommateurs d'alcool au monde. Elle se situe au 6^{ème} rang des pays les plus consommateurs d'alcool parmi les 34 pays de l'OCDE chez les plus de 15 ans. (24)

II. Législation française

Le commerce et la distribution d'alcool sont réglementés en France depuis plusieurs siècles. L'alcool est une des principales préoccupations de santé publique, d'où la mise en place d'un cadre juridique qui a évolué au fil du temps (ordonnance de 1960 sur la lutte contre l'alcoolisme, la loi Evin du 10 janvier 1991, la réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009). (25) On observe notamment au cours des dernières décennies, un renforcement des mesures de protection vis-à-vis des mineurs par l'adoption de dispositions réglementaires visant à leur restreindre l'accès à l'alcool.

a. Pour les mineurs

L'article 93 de la loi n°2009-87 du 21 juillet 2009 interdit la vente de boissons alcoolisées

à tous mineurs (auparavant le seuil était fixé à 16 ans), ainsi que le fait de leur offrir ces boissons à titre gratuit dans des débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. (26) La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est venue renforcer l'interdiction de cette vente d'alcool aux mineurs. En effet, elle oblige toute personne qui délivre une boisson alcoolisée à exiger du demandeur qu'il établisse la preuve de sa majorité.

De plus, le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d'alcool ou d'inciter un mineur à la consommation chronique d'alcool, est passible d'une peine de prison et d'amendes.

Enfin, l'exploitation d'un débit de boissons est interdite au niveau de zones dites « zones protégées » comme les établissements scolaires, les espaces de loisirs ou sportifs, les lieux de culte et les hôpitaux sous peine de sanctions pénales.

b. L'alcool et la sécurité routière

Depuis le décret du 29 août 1995, la conduite d'un véhicule est interdite pour une alcoolémie égale ou supérieure à 0,5 grammes d'alcool par litre de sang (soit 0,25 mg/l d'air expiré). Le cadre juridique est le même pour l'ensemble des conducteurs, hormis concernant le taux limite légal d'alcoolémie qui est fixé à 0,2 grammes d'alcool par litre de sang pour les conducteurs en situation d'apprentissage, détenteurs d'un permis probatoire et les conducteurs de transports en commun (décret du 24 juin 2015 et R. 234-1 du Code de la route). La conduite en état d'ébriété est une infraction pouvant donner droit à une peine d'amende, un retrait de points, la suspension ou le retrait du permis de conduire voire une peine de prison.

Le décret du 28 février 2012 impose, depuis le 1^{er} juillet 2012, à tout conducteur de véhicule d'être en possession d'un éthylotest, valide.

c. L'alcool et la voie publique

L'ivresse sur la voie publique constitue une infraction d'après les deux articles suivants :

- L'article L3341-1 du Code de la Santé Publique qui dit qu'une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues ou lieux publics, doit être, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus proche ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvert la raison ;
- L'article R 3353-1 du Code de la Santé Publique qui dit que le fait de se trouver en état d'ivresse manifeste dans les rues ou des lieux publics est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2^{ème} classe.

d. L'alcool et la publicité

La loi du 10 janvier 1991, dite loi Evin, ne prohibe pas la publicité de l'alcool mais l'encadre, même si celle-ci, au cours du temps, a subi la pression des différents lobbies liés à l'alcool, entraînant de nombreux amendements. Ainsi, la propagande ou la publicité en faveur des boissons alcoolisées sont interdites à la télévision et au cinéma tandis que cette dernière est autorisée :

- Dans la presse écrite à l'exception des publications destinées à la jeunesse,
- À la radio, pour des catégories de radios et dans les tranches horaires déterminées par décret en Conseil d'Etat,
- Sous forme d'affiches, d'objets et d'enseignes à l'intérieur de lieux de vente spécialisés.

En 2009, la loi HPST statue en faveur de la publicité en ligne pour les boissons alcoolisées, sauf sur des « sites destinés à la jeunesse ».

Les messages publicitaires doivent mentionner obligatoirement que « *l'abus d'alcool est dangereux pour la santé* » (article L3323-4 du CSP), en appelant le public à le « *consommer avec modération* ».

e. L'alcool et les femmes enceintes

L'arrêté du 3 octobre 2006 au Journal Officiel précise qu'il doit être présent de manière visible, lisible, compréhensible et indélébile sur les bouteilles de boissons alcoolisées soit un logo soit une mention écrite prévenant les femmes des risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse.



Figure 17 : Logo présent sur les boissons alcoolisées

f. L'alcool et son financement

Une cotisation sociale a été instaurée en 2009 pour les boissons alcooliques titrant à plus de 25 degrés. Depuis la loi du 21 décembre 2011, la mesure a été étendue aux boissons titrant à plus de 18 degrés. Cette cotisation a entraîné une augmentation des prix des boissons alcoolisées en France (inférieurs de 10 % à la moyenne de l'Union européenne).
(25)

III. Alcool : les enjeux économiques en France

La consommation excessive d'alcool est l'un des premiers motifs d'hospitalisation en France en 2012. Le coût des séjours hospitaliers liés à l'alcool est estimé à environ 2.64 milliards d'euros en 2012, soit près de 3.6% de l'ensemble des dépenses hospitalières de cette même année. (6)

	Alcool
Nombre de décès	49 051
Nombre de malades	1 418 237
Nombre de « consommateurs à problèmes »	3 800 000
1. Coût externe (2+3+4)(M€)	-114 399
2. Coût des vies perdues	-66 218
3. Coût de la perte de qualité de vie	-39 167
4. Pertes de production	- 9 014
5. Coût pour les finances publiques (M€) (6+7+8+9)	-3 049
6. Coût des soins	-7 696
7. Économie de retraites	1 726
8. Prévention et répression	-283
9. Taxation	3 204
10. Effet sur le bien-être *(M€)	- 3 658
11. Coût social (1+10) (M€)	- 118 057
12. Finances publiques /PIB (%)	0,15 %
13. Coût social/ « consommateurs à problèmes » (€)	31 068

Note : * la ligne 10 est égale au produit de la ligne 5 par 1,2, soit le coût d'opportunité des fonds publics.

7. Donnée non publiée calculée par l'OFDT.

Tableau 6 : Coût social de l'alcool en 2010 (27)

En 2010, le coût social de l'alcool⁹ est évalué à 118 milliards d'euros. (25) Ce coût est concentré sur les 3.8 millions de consommateurs dits à risque (11). Soit environ 31 000 euros par consommateur à risque.

Les recettes des taxes sur l'alcool ne représentent que 42% du coût des soins liés aux complications de l'alcool soit 3.5 milliards d'euros sur 8.5 milliards d'euros. (28)

IV. Classification des troubles de l'usage de l'alcool

Il existe deux grandes classifications internationales des troubles mentaux : la 10^{ème}

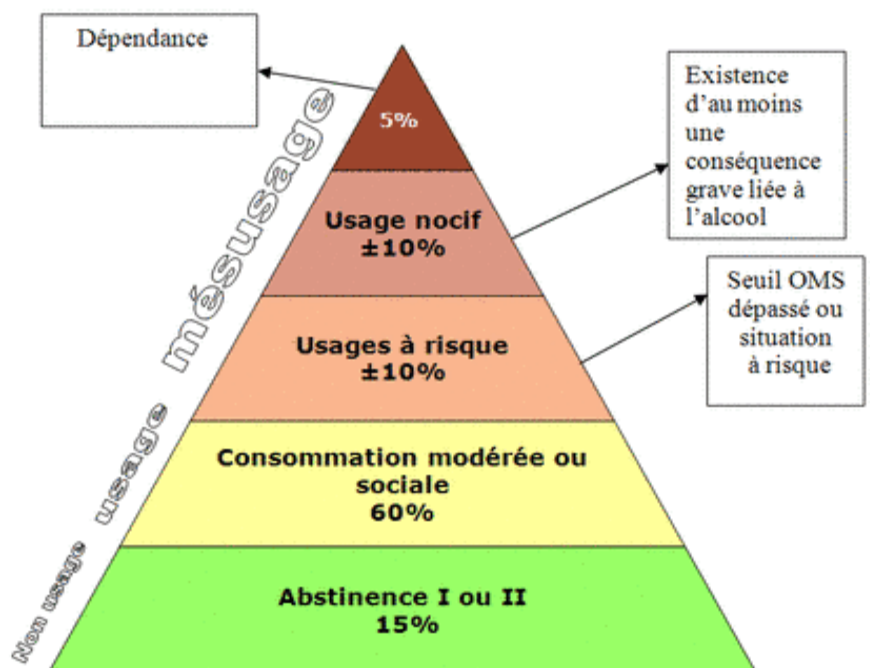
⁹ Le coût social de l'alcool est la prise en compte de la valeur des vies humaines perdues, la perte de la qualité de vie, la perte de productivité, les dépenses liées pour la prévention, la répression, les économies de retraites non versées et les recettes des taxes prélevées sur l'alcool.

version de la Classification internationale des maladies (CIM-10) publiée par l’OMS, datant de 1992 et la 5^{ème} version du DSM (DSM-5), publiée par l’American Psychiatric Association en 2013.

La CIM-10 est une classification dite « catégorielle binaire » puisqu’elle divise les troubles de l’usage d’alcool en 2 catégories. C’était également le cas de la précédente classification de l’American Psychiatric Association, le DSM-IV-TR. Quant à la DSM-5, elle correspond à une approche dimensionnelle des troubles de l’usage de l’alcool, avec la présence de critères permettant de catégoriser un diagnostic unique en fonction du nombre de critères présents chez un individu. (29)

Le **non-usage** ou abstinence est défini par l’absence de consommation d’alcool qu’elle soit primaire ou secondaire (survenant après une période de consommation d’alcool), tandis que l’**usage simple** d’alcool, correspond à une consommation asymptotique et inférieure aux seuils recommandés par l’OMS. (19)

Figure 18 :
Pyramide des risques
de Skinner (30)



Le mésusage regroupe l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool : (19) (29)

- L'**usage à risque** est la forme la moins sévère du mésusage. Il correspond à une consommation dépassant les seuils de risque de consommation d'alcool dictés par l'OMS. Il est asymptomatique mais susceptible d'entraîner à plus¹⁰ ou moins¹¹ long terme des complications. Cette notion d'usage à risque a été proposée par l'OMS mais est non présente dans les classifications DSM et CIM.
- Les **troubles de l'usage de l'alcool** sont définis par la présence de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques liés à la consommation d'alcool. Ce terme est retrouvé dans les classifications CIM-10, DSM-IV et DSM-5, détaillées ci-après.

Dans la *CIM-10*, les troubles de l'usage de l'alcool sont divisés en 2 catégories : (29)

- L'usage **nocif** d'alcool, définit par :
 - L'utilisation continue d'alcool pendant au moins un mois ou de façon répétée au cours des 12 derniers mois ;
 - Lien prouvé que l'utilisation d'alcool a entraîné l'apparition de troubles psychologiques, une altération du jugement ou des troubles du comportement pouvant être à l'origine d'une incapacité ou d'une altération des relations interpersonnelles.
- La **dépendance**, qui correspond à la présence d'au moins 3 manifestations cliniques pendant au moins 12 mois parmi les suivantes :
 - Désir puissant ou compulsif d'utiliser de l'alcool ;
 - Difficultés à contrôler l'utilisation d'alcool ;

¹⁰ Augmentation de la morbi-mortalité

¹¹ Risque immédiat d'une consommation excessive ou associé à une situation à risque

- Présence d'un syndrome de sevrage physiologique quand la personne diminue ou arrête sa consommation d'alcool ;
- Tolérance aux effets de l'alcool ;
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'alcool et,
- Poursuite des consommations d'alcool malgré la survenue de conséquences nocives que la personne sait en lien avec l'utilisation d'alcool.

Dans le *DSM-IV-TR*, les troubles de l'usage de l'alcool sont également divisés en 2 catégories : l'abus et la dépendance.

L'**abus** correspond à la présence d'au moins une des manifestations citées en dessous pendant au moins 12 mois :

- Usage répété d'alcool conduisant à une incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
- Usage répété d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- Présence de problèmes judiciaires liés aux consommations d'alcool, et
- Usage persistant d'alcool malgré la présence de problèmes interpersonnels ou sociaux prolongés ou récurrents.

La **dépendance** dans le *DSM-IV-TR* est définie quant à elle, comme la présence d'au moins trois manifestations pendant 12 mois minimum parmi :

- Une tolérance ;
- La présence de symptômes de sevrage de l'alcool ou la nécessité de prendre de l'alcool pour les éviter ;

- Une augmentation des quantités d'alcool ou de la durée de la consommation par rapport à ce qui était prévu initialement ;
- Un désir persistant ou la présence d'efforts infructueux pour contrôler ou réduire la consommation d'alcool ;
- Un temps considérable passé à se procurer, à consommer de l'alcool ou à récupérer de ses effets ;
- Une réduction ou un abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs liés aux consommations d'alcool et ;
- La poursuite de la consommation d'alcool malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent liés à l'alcool.

Dans le *DSM-5*, il existe 11 critères permettant de classifier le **trouble de l'usage d'alcool** en 3 niveaux de sévérité : **léger** (présence d'au moins 2 critères sur 11 pendant au moins 12 mois), **modéré** (au moins 4 critères sur 11) et **sévère** (au moins 6 critères sur 11).

Ces 11 critères sont :

- La tolérance vis-à-vis de l'alcool ;
- La présence de symptômes de sevrage d'alcool ou la nécessité de prendre de l'alcool pour éviter ces symptômes ;
- L'augmentation des quantités d'alcool ou de la durée de la consommation par rapport à ce qui était prévu initialement ;
- La présence d'un désir persistant ou d'efforts infructueux pour contrôler ou réduire la consommation d'alcool ;
- Un temps considérable passé à se procurer, à consommer de l'alcool ou à récupérer de ses effets ;
- La réduction ou l'abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs en raison de l'usage de l'alcool,

- La poursuite de la consommation d'alcool malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent liés à l'alcool ;
- L'usage répété d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
- L'usage répété d'alcool dans des situations où cela peut être dangereux physiquement ;
- La présence de « craving » et ;
- L'usage persistant d'alcool malgré la survenue de problèmes interpersonnels ou sociaux, prolongés ou récurrents.

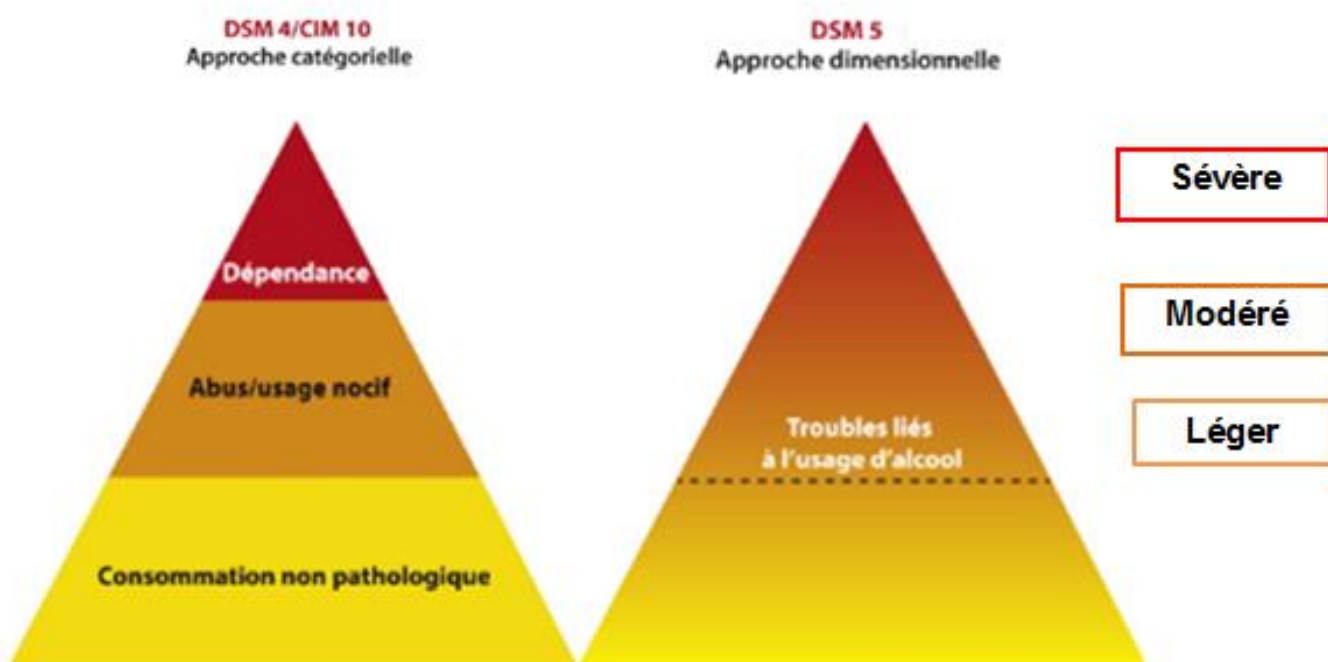


Figure 19 : Pyramides des classifications internationales des troubles de l'usage de l'alcool (31)

V. Complications liées au mésusage

a. Complications somatiques (14, 18, 25, 28)

En 2015, 41 000 décès ont été liés à l'alcool chez les plus de 15 ans (30 000 chez les

hommes et 11 000 chez les femmes) soit 7% de la mortalité française annuelle. (32)

C'est la deuxième cause de décès prématuré et évitable en France après le tabagisme, et la première cause de mortalité chez les 18-25 ans. (27)

En fonction de la dose d'alcool ingérée par jour, la part de décès attribuable à l'alcool est modifiée. En effet, on observe chez les hommes que, plus la quantité d'alcool consommée par jour est importante, plus la mortalité qui en résulte s'accroît. Elle passe de 0.2% pour une consommation de 7 à 18 grammes d'alcool pur par jour chez les hommes, à 33.8% pour une consommation supérieure à 53 grammes par jour. Ce phénomène se retrouve également dans la population féminine, avec une fraction de décès attribuable à l'alcool passant de 0.8% à 41.5% pour ces mêmes valeurs de consommations. (32)

La répartition de la mortalité liée à l'alcool est la suivante : (32)

- 16 000 décès par cancers,
- 9 900 par maladies cardio-vasculaires,
- 6 800 par pathologie digestive,
- 5 400 par accidents, suicides, chutes ou homicides et,
- 3 000 par pathologies mentales et comportementales.

On peut différencier les décès entièrement attribuables à l'alcool et ceux dont l'alcool est une cause contributive. Le mésusage d'alcool peut avoir des répercussions sur la majorité des organes et leur fonctionnement. Une liste non-exhaustive de ces complications, est présentée ci-dessous :

- **Cancers** : Il existe 28 000 cancers directement attribués à la consommation abusive d'alcool. L'alcool augmente le risque de cancers des voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage), ainsi que le cancer colorectal, hépatique et le cancer du sein. (33)

- Complications **cardio-vasculaires** : hypertension artérielle, troubles du rythme et cardiomyopathie alcoolique.

- Complications **digestives** :
 - *Au niveau du haut de l'appareil digestif* : varices œsophagiennes, œsophagite et gastrite.
 - *Au niveau de l'appareil hépato-pancréatique* : pancréatite, stéatose hépatique, fibrose hépatique, hépatite alcoolique aiguë et cirrhose ;
 - *Au niveau du bas de l'appareil digestif* : diarrhée.

- Complications **neurologiques** : (34)
 - Complications des alcoolisations aiguës : perturbation de la vision (dès le premier verre), diminution du temps de réaction, troubles de la coordination des gestes et de la concentration, troubles du comportement (hétéro ou auto-agressivité), idées délirantes, hallucinations, chutes pouvant entraîner des hématomes cérébraux, convulsions (par abaissement du seuil épileptogène), coma éthylique (à partir de 3 g/L d'alcoolémie et ce en fonction du niveau d'accoutumance) et parfois décès lors d'alcoolémie supérieure à 5g/L.
 - Complications des alcoolisations chroniques :
 - Troubles du sommeil à type d'insomnies d'endormissement et/ou de maintien ;
 - Troubles neurocognitifs avec atteinte des fonctions exécutives (ralentissement, syndrome dysexécutif, perte des capacités de catégorisation, de mise en place de stratégies, de flexibilité mentale, de planification et inhibition du comportement), pouvant amener à une démence (syndrome de Korsakoff ou démence alcoolique) ;

- Encéphalopathies carentielles : encéphalopathies de Gayet Wernicke (carence en vitamine B1) et encéphalopathie pellagreuse (carence en vitamine PP) ;
 - AVC ischémique (pour des doses supérieures à 60 grammes d'alcool pur par jour) et hémorragique (pour des doses supérieures d'alcool de 12 grammes par jour) ;
 - Epilepsie (25% des épilepsies tardives de l'adulte sont attribuées à l'alcool) ;
 - Encéphalopathies démyélinisantes : encéphalopathies de Marchiafava-Bignami (démyélinisation du corps calleux) et myélinose centro-pontique (survient après une correction trop rapide d'une hyponatrémie retrouvée fréquemment chez les patients alcoolodépendants) ;
 - Encéphalopathie hépatique ;
 - Atrophie cérébelleuse ;
 - Névrite optique rétrobulbaire ;
 - Augmentation de la sensibilité aux méningites et aux encéphalites ;
 - Polyneuropathies alcooliques ;
 - Myopathie alcoolique.
- Complications du sevrage alcoolique (lié à une hyperexcitabilité neuronale et une activation des systèmes du stress) : tremblements, sueurs, tachycardie, hypertension artérielle, céphalées, nausées, anxiété, irritabilité, insomnie... voire hallucinations, crises convulsives et delirium tremens.
- Complications **psychiatriques** : troubles psychiatriques secondaires au mésusage d'alcool tels que la dépression, le trouble bipolaire, les troubles anxieux, la

schizophrénie, les troubles de la personnalité et le suicide. (35) On compte 900 000 hospitalisations annuelles répertoriées en raison de troubles mentaux ou de comportements liés à la consommation d'alcool. (11)

- Complications **rhumatologiques** : nécrose aseptique de la tête fémorale, ostéoporose et ostéomalacie.
- Complications **hématologiques** : macrocytose, anémie, leuconéutropénie par toxicité directe liées à l'hépatopathie alcoolique ou liées aux carences nutritionnelles.
- Complications **métaboliques** : diabète de type 2 pour une consommation supérieure à 50 grammes d'alcool pur chez la femme et 60 grammes chez l'homme (32), hypoglycémie, hypertriglycéridémie, dénutrition, hyperuricémie et goutte.
- Complications **traumatologiques** liées aux chutes lors des alcoolisations aiguës : traumatisme crânien et fractures.
- Complications **dermatologiques** : aggravation d'un psoriasis et rhynophyma.
- Complications **immunitaires** : majoration de la vulnérabilité face à certaines maladies comme la tuberculose, la pneumonie et l'infection par le VIH. (25)
- Complications **génitales** : dysfonctions sexuelles.

- Complications **obstétricales** : augmentation du risque de faible poids de naissance, de naissance prématurée, de fausse couche et syndrome d'alcoolisation fœtale qui concerne au moins 1% des naissances (environ 8000 par an). (36)

Cause de décès	Hommes			Femmes			Total		
	Décès	Fraction attribuable (%)	Décès attribuable	Décès	Fraction attribuable (%)	Décès attribuable	Décès	Fraction attribuable (%)	Décès attribuable
Cancer	91 133	13,6	12 358	67 532	5,3	3 573	158 665	10,0	15 931
Bouche	1 188	78,1	927	547	37,1	203	1 735	65,1	1 130
Pharynx	1 764	78,2	1 380	367	39,0	143	2 131	71,5	1 523
Œsophage	2 970	75,6	2 245	871	39,3	342	3 841	67,4	2 587
Côlon et rectum	9 178	30,4	2 791	7 828	8,2	645	17 006	20,2	3 436
Foie	6 100	73,7	4 499	2 300	17,1	394	8 400	58,2	4 893
Larynx	918	56,2	516	157	21,7	34	1 075	51,2	550
Sein	–	–	–	12 294	14,7	1 812	–	–	–
Maladie cardiovasculaire	65 651	8,9	5 872	76 232	5,3	4 025	141 883	7,0	9 897
Maladie hypertensive	3 643	30,3	1 105	6 700	13,8	924	10 343	19,6	2 029
Cardiopathie ischémique	19 798	1,3	257	13 620	2,3	314	33 418	1,7	571
Cardiomyopathie alcoolique	77	100	77	18	100	18	95	100	95
Arythmie cardiaque	2 749	51,9	1 426	3 120	21,1	659	5 869	35,5	2 085
Accident vasculaire cérébral hémorragique	6 466	32,8	2 124	8 499	21,5	1 830	14 965	26,4	3 954
Accident vasculaire cérébral ischémique	5 981	13,4	801	9 486	2,7	254	15 467	6,8	1 055
Varices œsophagiennes	82	100	82	26	100	26	108	100	108
Maladie digestive	12 464	39,7	4 951	10 935	16,7	1 829	23 399	29,0	6 780
Gastrite alcoolique	1	100	1	0	100	0	1	100	1
Maladie alcoolique du foie	3 164	100	3 164	1 053	100	1 053	4 217	100	4 217
Hépatite chronique sans précision	14	100	14	6	100	6	20	100	20
Fibrose et cirrhose du foie	1 781	100	1 781	785	100	785	2566	100	2566
Cholélithiase	147	– 45,6	– 67	223	– 9,0	– 20	370	– 23,5	– 87
Pancréatite	83	69,9	58	23	21,7	5	106	59,4	63
Externes (accidents et suicides)	22 219	20,5	4 562	15 518	6	870	37 737	14	5 432
Autres maladies	82 993	3,1	2 607	107 090	0,4	433	190 083	1,6	3 040
Diabète de type 2	3 877	2,9	114	3 921	– 5,6	– 221	7 798	– 1,4	– 107
Encéphalopathie de Wernicke	7	100	7	5	100	5	12	100	12
Maladie mentale due à l'alcool	1 994	100	1 994	496	100	496	2 490	100	2 490
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	44	100	44	11	100	11	55	100	55
Épilepsie et mal épileptique	818	53,2	435	786	17,7	139	1 604	35,8	574
Polynévrite alcoolique	13	100	13	3	100	3	16	100	16
Total	287 198	10,6	30 350	288 844	3,7	10 730	576 042	7,1	41 080

Tableau 7 : Répartition du nombre total de décès chez les plus de 15 ans en France métropolitaine attribuables à l'alcool, par sexe et cause de décès (32)

b. Complications sociales

Le mésusage d'alcool peut avoir de nombreux retentissements notamment des retentissements **familiaux** : (19) (29)

- Séparation ;
- Violences familiales psychologiques ou physiques (40% des violences familiales et conjugales sont liées à la présence d'alcool) ;
- Mise en danger d'un enfant (25% des faits de maltraitance à enfants sont en rapport avec l'alcool) ;
- Retentissement sur la santé mentale des proches (1 français sur 5 se dit affecté par les dommages subis liés à l'alcoolisation d'un tiers).

Des retentissements **professionnels** peuvent également être mis en évidence avec une consommation excessive d'alcool :

- Avertissement ;
- Absentéisme ;
- Licenciement ;
- Chômage.

Ces retentissements professionnels peuvent eux-mêmes amener à des problèmes **financiers**, tels que :

- La présence de dettes ;
- Des négligences ou un abandon des obligations administratives ou sociales ;
- Une précarité ;
- Des problèmes de logement.

Enfin, l'alcool peut également être responsable de retentissement **judiciaire**. L'alcool représente 25% de toutes les condamnations prononcées en France. Il représente également, (11)

- 30% des condamnations pour violence (environ 200 000 personnes chaque année) ;
- 30% des viols et agressions sexuelles ;
- 75 000 ivresses publiques et,
- 137 400 condamnations pour conduite en état d'ébriété en 2013.

On retrouve un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5g/l dans 29% des accidents mortels de la route, équivalant à 819 décès en 2016 (conducteurs alcoolisés et victimes). L'alcool augmente le risque d'accidents de la voie publique par 2, 10 et 35 pour des alcoolémies respectives de 0.5, 0.8 et 1.2 g/L. (11)

VI. L'alcool et les adolescents

a. Adolescence : période de vulnérabilité vis-à-vis de l'effet de l'alcool et du risque d'abus/dépendance

L'adolescence est définie par l'OMS comme « *la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence* ». (37)

En France, on considère que l'adolescence débute vers l'âge de 10-11 ans chez les filles, 12-13 ans chez les garçons et se termine vers 18 ans. C'est une période privilégiée pour l'expérimentation de la consommation d'alcool et notamment la recherche de l'ivresse. Cependant, plus la consommation d'alcool démarre tôt dans la vie, plus elle est susceptible d'entraîner des dommages spécifiques sur les processus de maturation cérébrale de l'adolescent, plus fragiles, ainsi que sur son développement neuropsychologique. (3)

Des études ont révélé une augmentation de la libération de dopamine lors de l'administration répétée d'alcool chez les adolescents, les rendant plus fragiles aux effets physiologiques gratifiants de l'alcool. (3) Ils seraient donc plus réceptifs aux effets positifs ressentis de l'alcool, tels que la désinhibition et la facilité des interactions sociales et moins sensibles aux effets négatifs de l'alcool, tels que l'hypothermie et l'incoordination motrice.

Des recherches axées sur les effets neurotoxiques de la consommation d'alcool ont mis en évidence la vulnérabilité de certaines régions cérébrales vis-à-vis de l'alcool, c'est le

cas notamment du cortex cérébral, du système limbique¹² et du cervelet. Or, chez l'adolescent, le cortex préfrontal et le système limbique, subissent une réorganisation importante. Les régions corticales frontales¹³ sont encore immatures à l'adolescence. À l'inverse, la région de l'amygdale¹⁴ est mature précocement à l'adolescence sous le fait des hormones. Il en résulterait pour les adolescents des capacités diminuées par rapport aux adultes dans le traitement et l'évaluation de la valeur des récompenses. (3)

On retrouve d'ailleurs ces niveaux d'activité caractéristiques de l'adolescent également dans l'addiction, ce qui lui confère une vulnérabilité accrue à la consommation de substances psychoactives avec un cerveau, beaucoup plus sensible aux effets de ces mêmes produits. (3)

La consommation chronique d'alcool chez les adolescents peut engendrer des atteintes au niveau du flux sanguin cérébral, des déficits dans les processus métaboliques, ainsi qu'une atrophie de différentes régions cérébrales. (4) Il a été mis en évidence que le volume des hippocampes chez les adolescents présentant un trouble de l'usage de l'alcool, était plus faible que celui de ceux qui ne présentaient pas de problématique alcool et que ce volume, était corrélé avec l'âge de début et la durée des consommations d'alcool¹⁵. Il a été démontré également l'influence négative des consommations d'alcool sur le volume du cortex préfrontal et les volumes de substance blanche. (3)

Il s'avère donc qu'une consommation d'alcool notamment massive durant l'adolescence, exerce des effets néfastes sur les capacités d'apprentissage, de mémorisation (*mémoire verbale ou non-verbale et mémoire de travail spatiale*) et sur la

¹² *Comprenant l'hippocampe, l'amygdale, le noyau accumbens et l'hypothalamus*

¹³ *Impliquées dans la planification, les fonctions exécutives, le contrôle, la capacité à juger la conséquence de ses actes et le jugement*

¹⁴ *Impliquée dans les émotions, le stress et le conditionnement*

¹⁵ *Volume plus petit si âge de début des consommations d'alcool plus jeune et volume plus important si durée de consommation d'alcool plus courte*

neurogénèse des adolescents. (4)

b. Caractéristiques et modalités des consommations d'alcool chez les adolescents

La consommation d'alcool des jeunes s'observe surtout le week-end. Les jours de semaine sont rarement des jours de forte consommation. La première expérience de consommation se fait généralement dans un contexte familial. Vers 15-16 ans, les adolescents consomment davantage chez des amis ou au café, et à 19-20 ans, la majorité de la consommation est effectuée à l'extérieur. (38)

Les modalités de consommation d'alcool sont multiples au cours de l'adolescence. La majorité des adolescents va expérimenter la consommation d'alcool sans installer une conduite addictive. L'alcool se consomme alors prioritairement en groupe, dans un contexte festif et de manière occasionnelle. (19) Les consommations strictement solitaires sont rares à l'adolescence. (4)

La consommation peut parfois être :

- à visée auto-thérapeutique (*effet anxiolytique, antidépresseur*),
- cumulée à d'autres substances psychoactives,
- dans une recherche d'excès, de « défonce » ou,
- dans un cadre de répétition des consommations,

qu'il est nécessaire de repérer précocement, car à risque de développer un trouble lié à l'usage de l'alcool. (39)

c. Facteurs de risque d'un mésusage d'alcool chez les adolescents

Plusieurs facteurs de risque de consommation problématique d'alcool chez les adolescents ont été mis en évidence. (40)

Les premiers facteurs sont des **facteurs de risque individuels de vulnérabilité et de résistance** vis-à-vis de l'alcool comme :

- La présence de traits de personnalité ou d'un tempérament de type défaut d'assertivité¹⁶, recherche de nouveautés et de sensation, faible évitement du danger, faible estime de soi, timidité, autodépréciation, manque de confiance en soi, réactions émotionnelles excessives (impulsivité, difficultés relationnelles stables) ; (41)
- Des perturbations du comportement (caractère agressif, arrêt d'activités auparavant investies, retrait social) ;
- Le sexe masculin ;
- La présence d'une comorbidité psychiatrique (un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, un trouble de l'humeur, un trouble anxieux, la présence de plaintes psychosomatiques, des troubles des conduites ou des troubles du comportement alimentaire, une schizophrénie). (4) (39)

Il existe également des **facteurs environnementaux**, influençant à raison de 55-80% l'initiation de la consommation d'alcool chez les adolescents. (4) (38) (40)

Ces facteurs sont :

- L'environnement familial avec les habitudes de consommation des membres de la famille, la présence de troubles parentaux psychiatriques, le style d'éducation parentale (négligence, rejet, permissivité), un faible niveau socio-économique, la tolérance familiale vis-à-vis de la consommation d'alcool ;
- Le rôle des pairs qui jouent un rôle dans l'initiation d'une consommation, une consommation en groupe, une désocialisation voire une marginalisation, une

¹⁶ *Capacité d'exprimer ses sentiments et d'affirmer ses droits, tout en respectant les sentiments et les droits des autres.*

délinquance ;

- La perte de repères sociaux ;
- Les événements de vie négatifs (deuil, rupture, maltraitance, abus sexuels...)
- Le marketing et la communication publicitaire des industriels qui jouent sur le contenu des publicités à destination des adolescents notamment grâce à l'humour, la musique, la séduction et l'ironie ainsi que sur les lieux de publication type internet, parrainage d'événement culturels/sportifs...,
- Les produits et le packaging qui touchent spécifiquement les adolescents comme les prémix, les cadeaux offerts lors d'achats de boissons alcoolisées et les soirées « open-bar » ;
- L'environnement scolaire (instabilité ou déscolarisation).

Enfin, les **facteurs génétiques** jouent un rôle dans la sensibilité aux effets plaisants, la tolérance et le métabolisme de l'alcool. De nombreuses études ont démontré qu'avoir un parent alcoolo-dépendant multiplie par 4 à 5 le risque de développer cette pathologie. Le poids des facteurs génétiques dans l'alcoolo-dépendance est estimé entre 40 et 70% chez les hommes. Ces études ont également démontré l'association de certains gènes intervenant dans le métabolisme de l'éthanol¹⁷ ou dans les voies de la neurotransmission avec l'alcoolo-dépendance, notamment sur le type de consommation (*début précoce et abus sévère*). (4) (42) (43)

La susceptibilité génétique à l'alcoolo-dépendance est régie par plusieurs gènes, on parle de susceptibilité polygénique. La présence ou la mutation d'un seul gène ne suffit pas à elle seule à induire une alcoolo-dépendance.

Par exemple, concernant les voies de la neurotransmission intervenant dans les

¹⁷ Par le biais de mutations génétiques de l'alcool déshydrogénase et de l'aldéhyde déshydrogénase

phénomènes d'addiction à l'alcool, il semble exister un rapport étroit entre l'alcoolodépendance et :

- Le chromosome 4p¹⁸ ;
- La présence de l'allèle A1 du gène codant pour le récepteur dopaminergique D2 localisé sur le chromosome 11 ;
- La présence d'une mutation au niveau du gène codant le récepteur *mu* des opioïdes endogènes et ;
- La présence du gène du récepteur sérotoninergiques 5-HT_{1B}.

Il semble également que la présence de l'allèle court (S) du gène du transporteur de la sérotonine (5-HTT) situé sur le chromosome 17q11 pourrait jouer un rôle dans la tolérance initiale à l'alcool.

Le chromosome 7 est porteur d'un locus semblant influencer le nombre maximal de verres d'alcool consommés en 24 heures chez l'homme.

Une fois la consommation initiée, les facteurs génétiques expliqueraient pour une large part la variation dans la fréquence de l'usage d'alcool (34-72%), spécialement avec l'avancée en âge des adolescents.

d. Risques de la consommation d'alcool chez les adolescents (4, 38)

Il faut différencier les risques d'une consommation aiguë d'alcool à l'adolescence avec ceux d'une consommation précoce et chronique.

Les risques possibles d'une consommation aiguë sont :

- Les accidents de la route lors de la conduite de véhicules de type scooter,... (les accidents de la route sont la première cause de mortalité chez les 15-24 ans) (4) ;

¹⁸ Où se situe la région du gène codant pour le récepteur GABAA β 1

- Les violences interpersonnelles (que ce soit en tant que victime ou auteur) ;
- Les rapports sexuels non désirés (avec risque de grossesse non désirée, violences sexuelles, infections sexuellement transmises...) ;
- Le coma éthylique.

Les risques possibles d'une consommation précoce d'alcool sont :

- Une dépendance à l'alcool et aux autres troubles addictologiques ;
- La rupture des liens scolaires et sociaux ;
- Le développement de troubles du comportement et de troubles psychiatriques ;
- Incidence négative sur le niveau d'étude atteint ultérieurement.

e. Diagnostic du mésusage des consommations d'alcool chez l'adolescent

Le diagnostic du mésusage d'alcool chez l'adolescent peut s'effectuer au regard de : (39)

- La prise d'alcool dans des situations à risque (type conduite d'un véhicule...) ;
- Des quantités d'alcool consommées ;
- Des conséquences qui résultent des consommations ;
- De la fréquence des « binge-drinking¹⁹ » ;
- De la persistance des consommations dans le temps avec l'apparition de phénomènes de tolérance et de syndrome de sevrage ;
- De la précocité du premier usage d'alcool ;
- De l'association à d'autres drogues (tabac, cannabis...) ;
- Du passage à d'autres produits psychoactifs.

¹⁹ Consommation épisodique massive amenant à une teneur en alcool dans le sang supérieure ou égale à 0.8 g/L, ce qui équivaut, pour un homme à une consommation d'au moins 5 verres et pour une femme d'au moins 4 verres, en deux heures environ (source : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2004)

Pour aider à évaluer la consommation d'alcool chez les adolescents, il est possible de s'appuyer sur différents questionnaires tel que :

- l'AUDIT (**Annexe 3** : Le Questionnaire AUDIT **(53)**) qui constitue la référence pour le dépistage du mésusage de l'alcool chez l'adolescent et un entretien structuré,
- le « DEP-ADO » (**Annexe 4** : le questionnaire DEP-ADO **(53)**) qui reprend, en plus, l'utilisation d'autres substances psychoactives.

Il existe également un questionnaire plus court, utile pour un diagnostic rapide des consommations d'alcool et d'autres produits, lorsque peu de temps est disponible, le CRAFFT-ADOSPA (**Annexe 5** : le questionnaire ADOPSA **(54)**). (19) (44)

f. L'étude ESCAPAD de 2017

Les usages de produits psychoactifs chez les adolescents sont documentés en France depuis la fin des années 1990 à l'aide de trois enquêtes : (10) (44)

- **ESPAD** (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs),
- **ESCAPAD** (Enquête sur la Santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense), mise en place par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies en partenariat avec la Direction du Service national et de la jeunesse et,
- **HBSC** (Health Behaviour in School-aged Children), enquête internationale réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide de l'OMS et qui collecte des données sur la santé, le vécu scolaire et les comportements favorables ou préjudiciables à la santé des élèves du CM2 à la 2^{nde} (11, 13 et 15 ans).

Les derniers résultats recueillis lors de la dernière enquête ESCAPAD de 2017 sont résumés ci-après.

Elle montre un recul significatif de l'expérimentation et des usages réguliers d'alcool

entre 2014 et 2017 chez les jeunes de 17 ans, aussi bien chez les garçons que chez les filles. Cependant, l'alcool reste la substance psychoactive la plus expérimentée par les adolescents français.

En 2017, 85,7% des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool, d'avantage les garçons que les filles (86,6% versus 84,6% ; $p < 0,001$). On observe déjà des consommations régulières (chez 8.4% des jeunes) et des API (mode privilégié de consommation à l'adolescence) à 17 ans.

Que ce soit en termes d'API ou de simples usages, le différentiel entre les deux sexes s'accroît avec la fréquence de consommation. Les garçons sont 2,62 fois plus souvent usagers réguliers que les filles, les API sont 2 fois plus souvent pratiquées de manière répétée et 4 fois plus souvent de manière régulière par les garçons que par les filles.

Chez les garçons, la consommation régulière d'alcool à 17 ans se différencie selon le statut scolaire :

- 10.7% chez les élèves de l'enseignement secondaire ;
- 22.0% chez les apprentis et ;
- 15.1% chez les adolescents sortis du système scolaire.

Cette différence était moins marquée chez les filles.

Selon l'enquête, la dernière consommation d'alcool avant la réponse au questionnaire avait eu lieu, dans 90.5% des cas un week-end, et une fois sur deux lors d'un événement particulier type fête ou anniversaire.

90.1% des consommations d'alcool ont lieu avec des amis et 29.8% avec la présence des parents. Seuls 2.5% des jeunes déclarent une consommation solitaire.

Une question a été posée lors de l'enquête sur l'âge légal d'achat d'alcool en France, en 2017. Sur la totalité des réponses, 10,2% des jeunes de 17 ans continuent de penser qu'il peut être légal d'acheter de l'alcool avant 18 ans, 2,4% déclarent un âge supérieur à 18 ans et 5,7% admettent ne pas savoir.

g. Le projet EnClass

Le projet EnClass est une enquête nationale qui a concerné 20 000 adolescents de 11 à 18 ans, présents au collège ou au lycée. Il s'est intéressé à leur santé et leur prise potentielle de substances. Ce projet a regroupé deux enquêtes internationales, HBSC et ESPAD, réalisées pour la première fois simultanément, en 2018. Ce projet a confirmé la première place de l'alcool en termes d'usage chez les adolescents français (81.9% d'expérimentation, 54.3% d'usage mensuel d'alcool et 10.9% d'usage régulier chez les élèves de seconde).

Entre, 2015 et 2018, on a noté une stabilisation des comportements vis-à-vis de l'alcool chez ces lycéens aussi bien en ce qui concerne l'expérimentation que l'usage plus ou moins régulier. (2)

VII. Focus sur la région Hauts-de-France et l'Audomarois

La région Hauts-de-France est née le 1^{er} janvier 2016 de la fusion des régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie. Elle comporte 5 départements (le Pas-de-Calais, le Nord, la Somme, l'Aisne et l'Oise) et compte 5 978 300 habitants en 2019, ce qui la place au 3^{ème} rang des régions françaises en termes de population. C'est également la région la plus jeune de France métropolitaine. (45)

a. Consommation d'alcool et conséquences dans la région Hauts-de-France

- Consommation d'alcool :

En 2017, 23.2% des 18 – 30 ans de la région Hauts-de-France consommaient de l'alcool de manière hebdomadaire (prévalence significativement plus faible que la moyenne des autres régions de France métropolitaine), 6.7% des 18 – 30 ans et 15% des 18 - 75 ans consommaient de l'alcool ponctuellement mais de manière importante (plus de 6 verres en une seule occasion) et 11.5% des 18 - 75 ans consommaient de manière quotidienne de l'alcool (prévalence significativement plus élevée que la moyenne des autres régions de France métropolitaine). Cette consommation s'avérait plus élevée chez les hommes que chez les femmes. (46)

- Conséquences sanitaires et somatiques :

Les Hauts-de-France apparaissent particulièrement touchés par les conséquences sanitaires liées à la consommation d'alcool. (7) Entre 2006 et 2013, on dénombrait dans la région, plus de 2 800 décès liés aux principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque (cirrhose, cancers VADS et troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool). La région est en tête des régions de France en ce qui concerne le taux de mortalité avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose (5 habitants sur

10 000 alors que la moyenne nationale est à 2.6/10 000).

C'est le département du Pas-de-Calais qui semble le plus touché par ce phénomène avec 6 décès prématurés chez les moins de 65 ans sur 10 000 habitants. (46) (47)

FRANCE	2,6/10 000 habitants
REGION HAUTS DE FRANCE	5/10 000 habitants
NORD	5,5/10 000 habitants
PAS-DE-CALAIS	6/10 000 habitants
AISNE	4,9/10 000 habitants
SOMME	3,7/10 000 habitants
OISE	2,6/10 000 habitants

Tableau 8 : *Décès de 40 à 64 ans par alcoolisme et cirrhose en 2014 (47)*

Il est également observé qu'en 2012, les hospitalisations pour intoxications aiguës d'alcool ont concerné préférentiellement les Hauts-de France (et l'ouest de la France), avec un taux deux fois supérieur à la moyenne nationale dans le NPDC tout comme les hospitalisations pour sevrage d'alcool-dépendance, plus nombreuses dans les Hauts-de-France. (6)

Entre 2007 et 2014, les admissions annuelles en ALD pour des pathologies liées à la consommation d'alcool, ont été de 4 400 personnes soit 36% de plus que la moyenne nationale. (46)

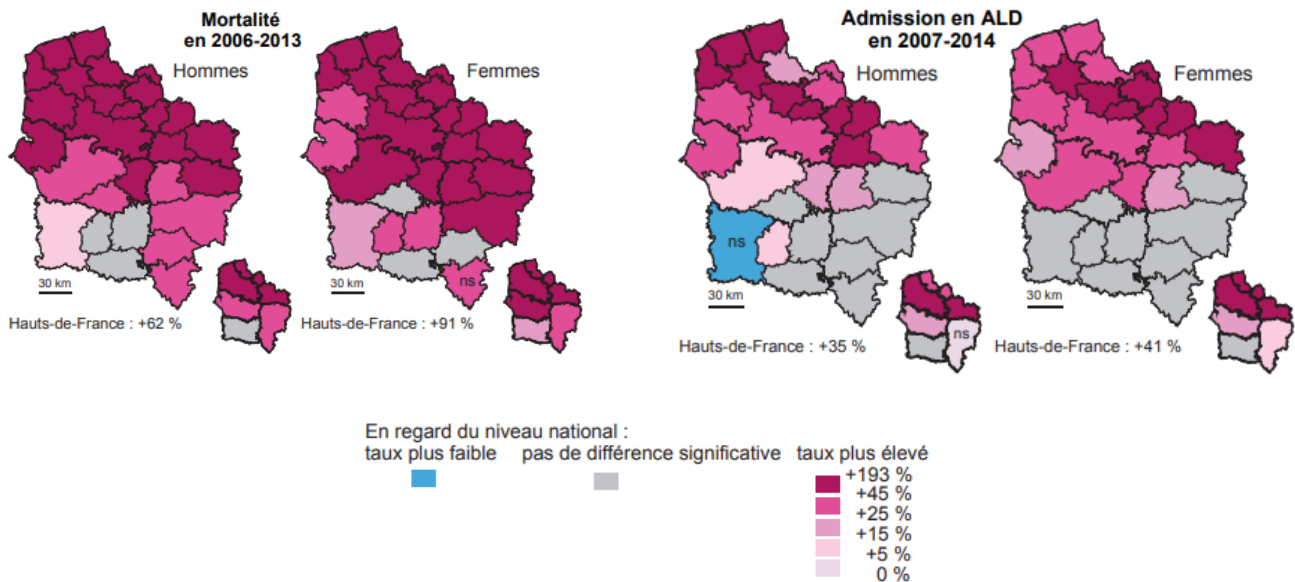


Figure 20 : Différentiel de mortalité et d'admission en ALD liées à la consommation d'alcool entre la région Hauts-de-France et le reste de la France métropolitaine, selon le genre (48)

En 2017, le taux de mortalité cumulée des Hauts-de-France lié à la consommation d'alcool, était supérieur à celui des autres régions (22.5 pour 100 000 habitants chez les femmes et 77.0 chez les hommes) (47) et on dénombrait 22 363 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool (soit 1.86% des passages aux urgences, tous motifs confondus). (48)

Ces chiffres pourraient s'expliquer par la présence de disparités sociales de santé dans le territoire (8,5% de la population perçoit le Revenu de Solidarité Active et 9% bénéficie de la Couverture Médicale Universelle), par la prévalence plus importante de la consommation quotidienne d'alcool chez les habitants de la région ainsi que par le manque de précocité dans la prise en charge addictologique. (49)

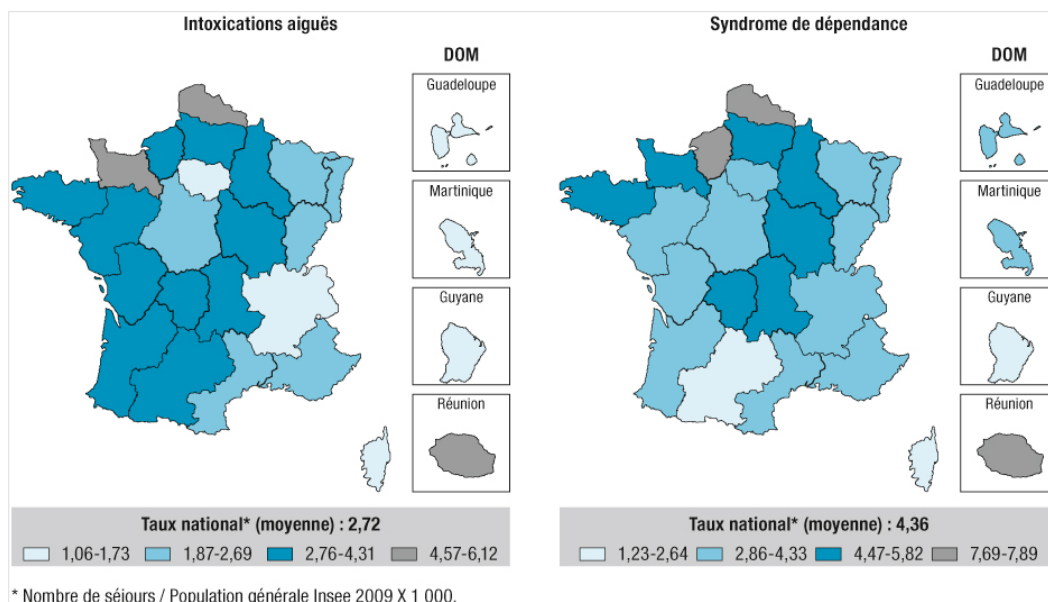


Figure 21 : Répartition régionale des troubles liés à l'alcool en médecine, chirurgie et obstétrique (6)

- Conséquences sociales :

En 2015, le taux d'interpellation pour ivresse sur la voie publique, la part des accidents corporels de la circulation routière avec alcool dans l'ensemble des accidents corporels, et la part des accidents mortels de la circulation routière avec alcool dans l'ensemble des accidents mortels étaient plus élevés dans la région Hauts-de-France que la moyenne de l'ensemble du territoire français : (47)

- Les interpellations pour ivresse sur la voie publique représentaient 19.8 habitants de 20 à 69 ans sur 10 000, alors que la moyenne nationale se situait aux alentours de 14.6/10 000 habitants ;
- La part des accidents corporels de la circulation routière en présence d'alcool dans l'ensemble des accidents corporels, représentait 15.6 habitants sur 10 000 (moyenne nationale à 10.7/10 000), ce qui plaçait la région en 1^{ère} position au niveau national ;
- La part des accidents mortels de la route avec alcool dans l'ensemble des accidents mortels représentait 35.1/10 000 habitants, contre 30.7/10 000 au niveau national soit la 2^{ème} région de France la plus mortelle sur la route en lien avec l'alcool.

D'après ces trois études, c'est le département du Pas-de-Calais qui présente les chiffres

les plus élevés. (47)

b. Consommation d'alcool chez les jeunes des Hauts-de-France

Lors de l'enquête ESCAPAD de 2017, il s'est avéré que les jeunes de 17 ans des Hauts-de-France enregistraient : (9)

- Des niveaux d'expérimentation d'alcool statistiquement inférieurs à la moyenne nationale (respectivement 83,7 % contre 85,7% au niveau national) et ;
- Des API répétées (*au moins 3 fois dans le mois*) également moins importantes (14,3% versus 16,4%).

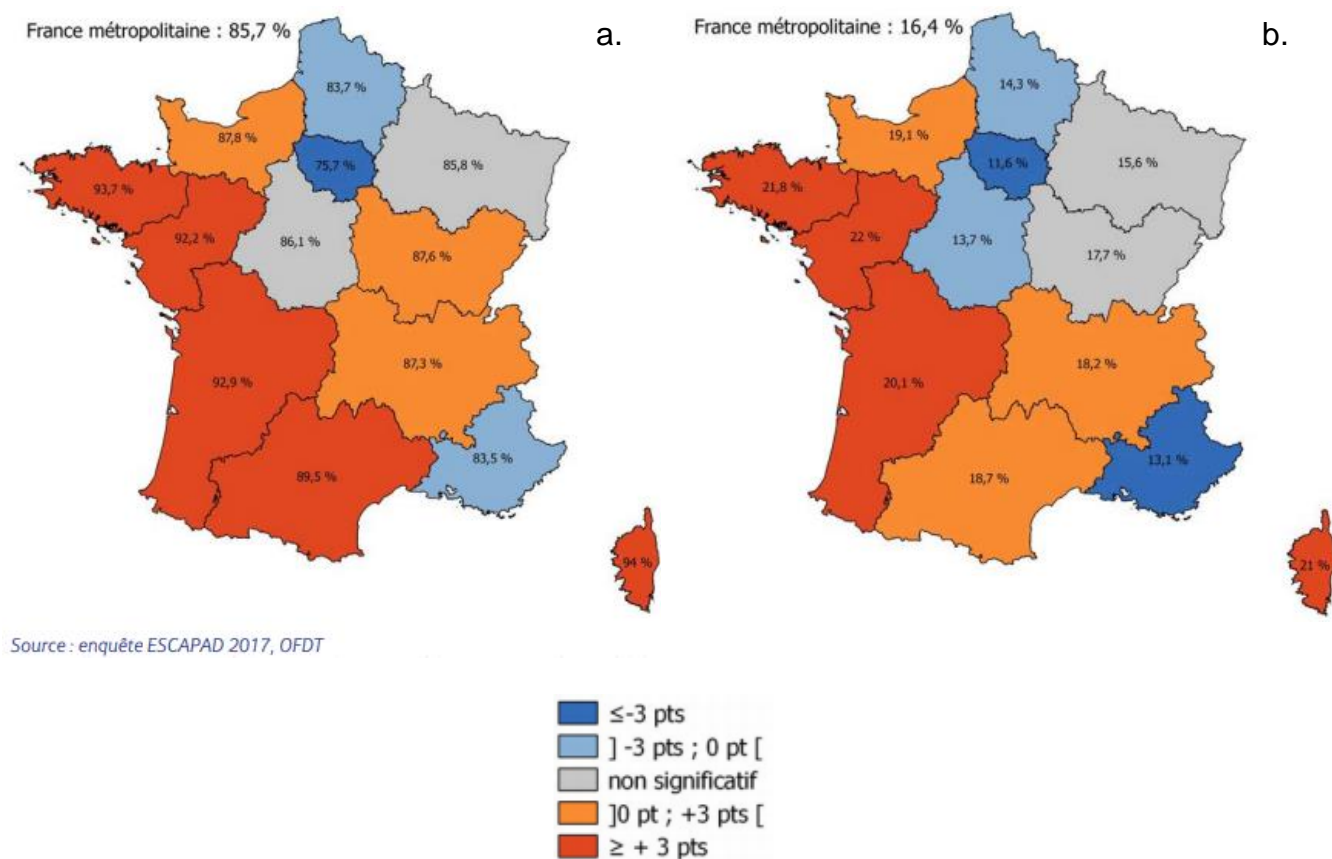


Figure 22 : a. Pourcentage d'expérimentation à 17 ans en 2017 – b. Pourcentage d'API répétées à 17 ans, en 2017. (9)

7.8% des adolescents de 17 ans de la région Hauts-de-France évoquaient une consommation régulière d'alcool contre 12.2% des adolescents de France.

c. Cas particulier de la région Audomaroise



Figure 23 : Arrondissements du Pas-de-Calais (50)

La région audomaroise ou communauté d'agglomération du Pays de Saint-Omer est délimitée par le Calais et la Flandre au Nord, le Boulonnais à l'Ouest, la Flandre intérieure à l'Est et la plaine de la Lys au Sud. Elle regroupe 53 communes et comporte 136 819 habitants au dernier recensement de 2016.

18,9% de sa population a entre 0 et 14 ans et 16,6% de sa population a entre 15 et 29

ans. On compte 9,2% d'élèves, d'étudiants et de stagiaires. (51)

indice comparatif de mortalité (base 100) sur Mortalité Prematurée	ALCOOL
ARRAS	182,42
BETHUNE	223,28
BOULOGNE-SUR-MER	199,05
CALAIS	238,92
LENS	289,06
MONTREUIL	178,25
SAINT OMER	206,8

Tableau 9 : *Indice comparatif de mortalité²⁰ par arrondissement du Pas-de-Calais (47)*

En ce qui concerne la consommation d'alcool, l'arrondissement de Saint-Omer occupe la 4^{ème} position du Pas-de-Calais, derrière Lens, Calais et Béthune avec un indice comparatif de mortalité de 206.8.

²⁰ Rapport (multiplié par 102) d'un nombre observé de décès à un nombre attendu

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Spilka S., Le Nézet O., Pacoricona D., Ngantcha M. et Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège » », *Tendances*, OFDT, n°106, Décembre 2015, 6p.
- (2) Spilka S., Godeau E., Le Nézet O., Ehlinger V., Janssen E., Brissot A., Philippon A. et Chyderiotis S. « Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018 », *Tendances*, OFDT, n°132, Juin 2019, 4p.
- (3) Jacobus J, Tapert SF. "Neurotoxic effects of alcohol in adolescence". *Annual Review Of Clinical Psychology*. 2013 ; 9 : 703-721
- (4) INSERM. Beck F., Dervaux A., Du Roscoat E., Gallopel-Morvan K., Grall-Bronnec M., Kern L., Krebs M.O., Legleye S., Melchior M., Naassila M., Peretti-Watel P., Phan O., Romo L., Spilka S. Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement. *Collection Expertise collective*, Paris, INSERM, 2014. 482 p.
- (5) INSEE. « Progression temporaire des effectifs lycéens et apprentis », INSEE Analyses, Dossier n°18, Juin 2015.
- (6) Paille F., Reynaud M. « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°24-25, 7 Juillet 2015. p440-449.
- (7) Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S. « Atlas régional des consommations d'alcool 2005 ». *Données INPES/OFTD* ; octobre 2008. p190-195
- (8) Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. « L'éducation nationale en chiffres 2019 ». *Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance*. Disponible : education.gouv.fr/l-education-nationale-en-chiffres-2019-6551
- (9) Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J. et Chyderiotis S., « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 », *Tendances*, OFDT, n°123, février 2018, 8p.

- (10) Spilka S., Le Nézet O., Mutatayi C. et Janssen E., « Les drogues durant les « années lycée », résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France », *Tendances*, OFDT, n°112, Septembre 2016, 4p.
- (11) Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. « Alcool, Tabac, Drogues, Ecrans : Plan National de Mobilisation contre les Addictions 2018-2022 », 19 décembre 2018. 132p.
- (12) Santé Réduction des Risques Usages de Drogues. « Le Kottabos : un outil pédagogique pour réfléchir sur l'alcool ». [internet]. Disponible : https://www.pistes.fr/swaps/29_284.htm
- (13) PIPSa. 3Formation à l'outil de prévention Kottabos 2 ». Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé. [internet]. Disponible : <http://www.pipsa.be/actualite/formation-a-l-outil-de-prevention-kottabos-2.html>
- (14) INSERM. « Alcool et Santé, lutter contre un fardeau à multiples visages », *Collection Expertise Collective INSERM*. 13 Mars 2016. Disponible : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
- (15) Ministère des Solidarités et de la Santé. « L'addiction à l'alcool ». [Mise à jour : janvier 2020]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
- (16) INSERM. « Alcool : Effets sur la santé ». Paris : *Collection Expertise collective INSERM* ; 2001, p10-49. Disponible : <http://hdl.handle.net/10608/169>
- (17) R.Nordmann. « Métabolisme de l'alcool ». *Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS* ; 1997
- (18) Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie. « Item 74 : Addictions à l'alcool », p407-421
- (19) Société Française d'Alcoologie SFA, Association Nationale de la Prévention en Alcoologie et Addictologie, European Federation of Addiction Societies EUFAS

« Recommandation de bonne pratique. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement », *Alcoologie et Addictologie*, n°37 (1) SFA, ANPAA et EUFAS, 2015 ; p5-84

- (20) Bourdillon F. Éditorial. « Alcool et réduction des risques ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, N°5-6, 19 février 2019, p88-89. Disponible : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019_5-6_0.pdf
- (21) Santé publique France & Institut national du cancer. « Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France ». Saint-Maurice; 2017. p150. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
- (22) Richard JB., Andler R., Cogordan C., Spilka S., Nguyen-Thanh V. et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. « La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017 ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, N°5-6, 2019, p 89-97. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/>
- (23) OFDT. « Ventes d'alcool ». Observatoire français des drogues et toxicomanies ; Novembre 2018. Disponible: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/ventes-d-alcool/>
- (24) World Health Organization. Poznyak V, Rekve D, eds. Geneva. « Global status report on alcohol and health 2018 ». *World Health Organization*; 2019. 450 p.
- (25) OFDT. « Synthèse thématiques : alcool ». Observatoire français des drogues et toxicomanies. Dernière mise à jour : mai 2018. Disponible : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
- (26) Ministère des Solidarités et de la Santé. « Alcool : cadre légal ». [internet] Publié le 25/11/2015, Mise à jour : 26/12/2018. Disponible : <https://solidarités-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/alcool-cadre-legal>

- (27) Kopp P. « Le coût social des drogues en France ». Saint-Denis : *Observatoire français des drogues et toxicomanies*, 2015. 10p.
- (28) Reynaud M., Karila L., Aubin HJ., Benyamina A. « Traité d'addictologie 2^{ème} édition », *Lavoisier Médecine Sciences*, Chapitre 1 Comprendre les addictions : l'état de l'art, 2016. p4-27
- (29) Reynaud M., Karila L., Aubin HJ., Benyamina A. « Traité d'addictologie 2^{ème} édition », *Lavoisier Médecine Sciences*, chapitre 57 définitions et classifications des troubles de l'usage d'alcool, 2016, p440-443
- (30) Batel P. « Pour en finir avec l'alcoolisme: réalités scientifiques contre idées reçues ». *la Découverte*; 2006.
- (31) Chavagnat JJ., Lévy-Chavagnat D. « Conduites d'alcoolisation ». *Actualités pharmaceutiques*, volume 54, N°543, février 2015, p16-21.
- (32) Bonaldi C, Hill C. « La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015 ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, N°5-6, 2019, p97-108, Disponible : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html
- (33) Santé Publique France. « Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé » [internet], mis à jour le 04 juillet 2019. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>
- (34) Dematteis M., Pennel L., Mallaret M., « Traité d'addictologie 2^{ème} édition », *Lavoisier Médecine Sciences*, chapitre 64 Complications neurologiques des conduites d'alcoolisation, 2016, p476-481
- (35) Tremey A., Brousse G., « Traité d'addictologie 2^{ème} édition, *Lavoisier Médecine Sciences*, chapitre 63 conduites d'alcoolisation et pathologies psychiatriques, 2016, p470-475

- (36) Académie Nationale de médecine. « Alcoolisation foetale. De nouveaux outils efficaces au service des mères et des enfants en danger » *Communiqué de presse*, le 24 mars 2016
- (37) OMS. « Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent » [internet], Disponible : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- (38) Choquet M., Com-Ruelle L., Lengagne P., Le Guen N., Leymarie N., Neveu X. « Les 13-24 ans et l'alcool : comportements, contextes, facteurs de risque et de modération – Analyses complémentaires de l'enquête IREB de novembre 2007 », Irdes, Septembre 2011, 298p
- (39) Société Française d'Alcoologie, « Jeunes et alcool : Recherche d'excès, Recherche d'anesthésie, de «défonce », Société Française d'Alcoologie, 2009, p16/26
- (40) Lafaye G. « Traité d'addictologie 2^e édition », *Lavoisier Médecine Sciences*, chapitre 14 Adolescence et addictions : clinique et prise en charge, 2016, p132-138
- (41) Karila L., Reynaud M., « Traité d'addictologie 2^e édition », *Lavoisier Médecine Sciences*, chapitre 7 facteurs de risque et de vulnérabilité, 2016, p84-86
- (42) Pinto E., Anseau M. « Facteurs génétiques de l'alcool-dépendance Revue des principales données de la littérature », *L'Encéphale*, volume 35 N°5, octobre 2009, p461-469
- (43) INSERM (expertise collective). « Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance ». Paris. *Les éditions Inserm*, volume XXII, 2003, p339-349. Disponible : <http://hdl.handle.net/10608/154>
- (44) Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, et al. « Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017 ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N°5-6*, 2019,

p109-15. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_3.html

- (45) La Préfecture des Hauts de France. « Portrait de la région Hauts-de-France » mis à jour le 17 décembre 2019. Disponible : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/Region-et-institutions/Portrait-de-la-region>
- (46) Santé publique France. « Bulletin de santé publique alcool dans les Hauts-de-France », internet, 13 janvier 2020, Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2020>
- (47) « Diagnostic territorial des addictions département du Pas-de-Calais », [internet]. Disponible : <http://www.pas-de-calais.gouv.fr/content/download/24710/172673/file/diagnostic.pdf>
- (48) ARS. « Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France – Territoires de Proximité » Agence Régionale de la Santé, 2017. Disponible : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ORS-Diagnostic_part_1_0.pdf
- (49) « Observatoire de la Régionalisation », [internet]. Disponible : <http://observatoire-regionalisation.fr/nord-pas-de-calais/>
- (50) Préfet du Pas-De-Calais. « Arrondissement de Saint-Omer ». Mise à jour : 02/09/2019. Disponible sur : <http://www.pas-de-calais.gouv.fr/Services-de-l-Etat/Sous-prefectures/Arrondissement-de-St-Omer>
- (51) INSEE. « métadonnées Intercommunalité – Métropole de CA du Pays de Saint-Omer », Disponible : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cog/epci/EPCI200069037-ca-du-pays-de-saint-omer>
- (52) Saunders JB., Aasland OG., Babor TF., De la Fuente JR., Grant M.,
“Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO

Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol

Consumption-II". *Addiction*, Vol.88, N°6, 1993, p.791-804

- (53) Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J.
« DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de
drogues chez les adolescents et les adolescentes ». Version 3.2, septembre 2007.
- (54) Karila L, Legleye S, et al. « Validation d'un questionnaire de repérage de
l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-
ADOPSPA » *La Presse Médicale*, volume 36, N°4 – C1, avril 2007, p582-590

ANNEXES

I. Annexe 1 : Questionnaire donné aux lycéens

1) Quel âge as-tu?

2) De quel sexe es-tu ?

- Féminin
- Masculin

3) As-tu déjà consommé de l'alcool ?

- Oui
- Non

3 bis) Si oui, avec qui ?

- Seul(e)
- En famille
- Avec des ami(e)s

4) Si oui, à quel âge as-tu consommé ton premier verre :

4 bis) À quelle fréquence consommes-tu de l'alcool :

- Jamais
- Une fois par mois ou moins
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

5) As-tu déjà évoqué le sujet alcool ?

- Oui
- Non

6) Si oui, avec qui l'as-tu déjà évoqué? *Plusieurs choix possibles*

- Parents
- Famille
- Ami(e)s
- Professeur(e)s
- Infirmières scolaires
- Médecin généraliste
- Sujet jamais évoqué

7) As-tu déjà reçu des informations sur les consommations d'alcool et leurs conséquences au cours de ton parcours scolaire ?

- Oui
- Non

8) Si oui, en quelle(s) classe(s) ?

9) Estimes-tu avoir reçu assez d'informations à l'école concernant ce sujet ?

- Oui
- Non

10) Penses-tu qu'il serait utile de recevoir des informations sur ce sujet au sein du lycée ?

- Oui
- Non

11) À ton avis, un serveur a le droit de servir un verre d'alcool à un lycéen de 17 ans :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

12) En France, l'alcoolémie maximale autorisée pour conduire un véhicule est de 0.8g/L :

- Vrai
- Moins
- Plus

13) En France, l'alcoolémie maximale autorisée pour les jeunes conducteurs est la même que pour les conducteurs avérés :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

14) Jeune conducteur, je peux prendre le volant après n'avoir consommé qu'un verre d'alcool :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

15) Jeune conducteur depuis 6 mois, mon permis me sera retiré si je suis contrôlé positif lors d'un contrôle routier :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

16) L'alcool est bon pour la santé :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

17) L'alcool est une drogue :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

18) L'alcool est la 3^{ème} cause de décès en France :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

19) L'alcool est responsable d'un accident de la route sur quatre chez les 15-24 ans :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

20) Une consommation occasionnelle de 4 verres en soirée d'alcool n'est pas définie comme une consommation d'alcool à risque :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

21) Un verre standard d'alcool contient environ 10 grammes d'alcool pur :

- Vrai
- Moins
- Plus

22) Les femmes et les jeunes sont les populations les plus touchées par l'alcool :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

23) Le taux d'alcool est mesuré uniquement lors d'une prise de sang :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

24) Certains résultats biologiques peuvent indiquer une prise excessive d'alcool :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

25) La consommation de 3 à 4 verres d'alcool en soirée augmente le risque d'accident de la route par 10 :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

26) Le taux d'alcoolémie varie uniquement en fonction de la quantité d'alcool ingéré ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

27) Femmes et hommes, nous sommes tous égaux face à l'alcool :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

28) Le binge-drinking est une nouvelle boisson :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

29) L'existence d'autres addictions avec l'alcool est fréquente :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

30) L'association tabac/alcool augmente les risques sur la santé :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

31) La dépendance à l'alcool n'a des répercussions que psychologiques :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

32) Boire en étant à jeun, augmente la vitesse du passage de l'alcool dans le sang :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

33) L'alcool donne des forces :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

34) L'alcool stimule l'activité cérébrale :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

35) L'alcool a un impact positif sur la sexualité :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

36) La prise d'alcool peut entraîner des crises d'épilepsie :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

37) La consommation excessive d'alcool peut entraîner des complications touchant presque tous les organes du corps humains :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

38) Les femmes enceintes peuvent consommer un verre de temps en temps :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

39) La consommation d'alcool pendant la grossesse peut avoir des conséquences sur le développement cérébral de l'enfant :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

40) Une femme peut boire de l'alcool et allaiter en même temps sans risque pour le nourrisson :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

41) Il n'y a jamais d'alcool dans des bières dites « sans alcool » :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

42) Boire un café fait diminuer le taux d'alcoolémie :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

43) Manger permet de diminuer la quantité d'alcool dans le sang :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

44) La douche froide permet de diminuer les effets de l'alcool :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

45) L'exercice accélère l'élimination de l'alcool :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

46) Quand on mélange de l'alcool avec un jus de fruit ou de la glace, ses effets sont diminués :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

47) L'alcool fait grossir :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

48) Prendre une « cuite » de temps en temps n'est pas grave :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

49) L'alcool réchauffe :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

50) L'alcool désaltère :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

51) Il ne faut pas forcément boire tous les jours pour être alcoolique :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

52) Prendre de l'aspirine avant de consommer de l'alcool évite le mal de tête le lendemain :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

53) Dans un bar, il est préférable de prendre une bière plutôt qu'un whisky :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

54) Bien tenir l'alcool, c'est avoir moins de risque de devenir dépendant vis-à-vis de l'alcool :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

55) Une grande partie de l'alcool ingéré est éliminée dans les urines :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

56) On dort mieux quand on a bu de l'alcool ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

57) Il faut environ 30 minutes pour éliminer un verre d'alcool :

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

II. Annexe 2 : Réponses au questionnaire

11) À ton avis, un serveur a-t-il le droit de servir un verre d'alcool à un lycéen de 17 ans :

→ **Faux**, la loi du 21 juillet 2009 interdit de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans dans les bars, restaurants, commerces et lieux publics. En cas de doute sur l'âge de l'acheteur, le vendeur est en droit de lui refuser la vente et peut exiger que l'acheteur fasse la preuve de sa majorité.

12) En France, l'alcoolémie maximale autorisée pour conduire un véhicule est de 0.8g/L :

→ **Faux**, elle est de 0.5 g/L de sang

13) En France, l'alcoolémie maximale autorisée pour les jeunes conducteurs est la même que pour les conducteurs avérés :

→ **Faux**, elle est de 0.2 g/L de sang

14) Jeune conducteur, je peux prendre le volant après avoir consommé un verre d'alcool :

→ **Faux**, après un verre le taux d'alcoolémie est supérieur à 0.2 g/L chez une personne de moins de 70 kg (homme ou femme)

15) Jeune conducteur depuis 6 mois, mon permis me sera retiré si je suis contrôlé positif lors d'un contrôle routier :

→ **Vrai**, un jeune conducteur de moins d'un an de permis n'a que 6 point sur celui-ci, or :

- Pour un taux d'alcoolémie compris entre 0.2 et 0.8 g/L, 6 points sont retirés du permis de conduire, une amende pouvant aller jusqu'à 750 euros est donnée, le véhicule peut être immobilisé, parfois une suspension du permis de conduire pour une durée de 3 ans peut être décidée.
- Pour un taux supérieur à 0.8 g/L, 6 points du permis de conduire sont retirés, une amende pouvant aller jusqu'à 4500 euros est donnée, le véhicule peut être immobilisé, une peine de prison de 2 ans maximum peut être décidée, une annulation du permis pendant 3 ans, une obligation d'accomplir un stage de sensibilisation à la sécurité routière aux frais du conducteur,...

16) L'alcool est bon pour la santé :

→ **Faux**, la consommation excessive d'alcool peut entraîner:

- une augmentation des cancers (voies aéro-digestives supérieures, foie, côlon, sein,...)
- des problèmes hépatiques (cirrhose entre autre), pancréatiques
- des troubles digestifs (diarrhée)
- des troubles cardio-vasculaires (hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, diminution de la fonction du cœur,...)
- des troubles neurologiques (diminution de la sensibilité aux membres, diminution de la vision, troubles de la marche, troubles de la mémoire,...)

- un diabète, l'augmentation du taux de lipides dans le sang
- une diminution de la masse musculaire
- des complications osseuses
- une diminution du taux de plaquettes ou de globules rouges dans le sang
- des problèmes dermatologiques, rénaux
- des troubles psychiatriques

17) L'alcool est une drogue :

→ **Vrai**, en effet selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, une drogue est définie comme « tout produit psychoactif naturel ou synthétique utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage est légal ou non ».

Donc, l'alcool est une drogue dont l'usage et le commerce sont réglementés.

18) L'alcool est la 3^{ème} cause de décès en France :

→ **Faux**, c'est la deuxième cause de décès en France en comptant les maladies causées par l'alcool, les accidents, les agressions ou les suicides sous l'emprise d'alcool (soit 41 000 décès en 2015).

19) L'alcool est responsable d'un accident de la route sur quatre chez les 15-24 ans :

→ **Vrai**

20) Une consommation occasionnelle de 4 verres en soirée d'alcool n'est pas définie comme une consommation d'alcool à risque :

→ **Faux**, l'usage à risque est définie par Santé publique France et l'institut national du cancer, par :

- consommation de plus de 10 verres d'alcool par semaine
- consommation de plus de 2 verres d'alcool par jour
- Présence de consommations d'alcool dans certaines circonstances (femme enceinte, conduite, prise de certains médicaments, sports dangereux, certaines maladies,...)
- Consommation quotidienne d'alcool

21) Un verre standard d'alcool contient 10 grammes d'alcool pur :

→ **Vrai**

Attention, en dehors d'un bar, les verres servis contiennent en général plus d'alcool car dosés en plus grande quantité !

22) Les femmes et les jeunes sont les populations les plus touchées par l'alcool :

→ **Faux**, les hommes sont les plus touchés par la consommation d'alcool notamment les 55-75 ans

23) Le taux d'alcool est mesuré uniquement lors d'une prise de sang :

→ **Faux**, l'alcoolémie peut être également mesurée par le biais d'un éthylomètre, qui mesure la concentration d'alcool par litre d'air expiré (0.25 mg par litre d'air expiré équivaut à 0.5 g par litre de sang)

24) Certains résultats biologiques peuvent indiquer une prise excessive d'alcool :

→ **Vrai**, une augmentation des enzymes hépatiques, une augmentation du volume des globules rouges, une augmentation des triglycérides (lipides fabriqués par l'organisme) et une diminution du taux de plaquettes peuvent être mis en évidence si une consommation d'alcool est présente, mais ne sont pas spécifiques de cette pathologie puisque ces modifications peuvent être retrouvées dans d'autres pathologies. Une augmentation d'une enzyme, la CDT, reflète la consommation d'alcool des 2 à 4 dernières semaines.

25) La consommation de 3 à 4 verres d'alcool en soirée augmente le risque d'accident de la route par 10 :

→ **Vrai**

26) Le taux d'alcoolémie varie uniquement en fonction de la quantité d'alcool ingéré ?

→ **Faux**, l'alcoolémie varie en fonction de la quantité d'alcool ingéré, du poids et du sexe

Quantité d'alcool ingéré

Poids corporel X k

$k = 0.6$ chez la femme et $F = 0.7$ chez l'homme

27) Femmes et hommes, nous sommes tous égaux face à l'alcool :

→ **Faux**, pour une même quantité d'alcool ingéré, la concentration d'alcool dans le sang est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. De plus, les femmes éliminent moins rapidement l'alcool, elles sont donc plus vulnérables aux effets toxiques de l'alcool.

28) Le binge-drinking est une nouvelle boisson :

→ **Faux**, le binge-drinking consiste à atteindre l'ivresse le plus rapidement possible par la consommation d'une forte quantité d'alcool en un laps de temps court. Les seuils sont de 4 verres standards ou plus d'alcool en moins de 2 heures pour une fille, et 5 pour un garçon.

29) L'existence d'autres addictions avec l'alcool est fréquente : → **Vrai**

30) L'association tabac/alcool augmente les risques sur la santé :

→ **Vrai**, la consommation de tabac associée à la consommation d'alcool augmente de manière importante le risque de cancers des voies aéro-digestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage,...) et augmente les maladies cardio-vasculaires.

31) La dépendance à l'alcool n'a des répercussions que psychologiques :

→ **Faux**, la dépendance entraîne des répercussions également physiques (cf question 16) et peut entraîner des troubles psychiques (anxiété, dépression, irritabilité, insomnies, cauchemars, hallucinations).

32) Boire en étant à jeun, augmente la vitesse du passage de l'alcool dans le sang :

→ **Vrai**, la digestion de la nourriture dans l'estomac fait que l'alcool y reste plus longtemps et arrive moins vite dans les intestins. Plus le passage de l'alcool dans le sang est rapide, plus le taux d'alcool dans le sang augmentera rapidement, et plus vite on sera ivre. A l'inverse, la concentration d'alcool dans le sang augmente plus lentement lorsque le passage par l'estomac de l'alcool est ralenti, ce qui est le cas lorsque l'on a mangé.

33) L'alcool donne des forces :

→ **Faux**, car la transformation de l'alcool dans l'organisme produit des substances toxiques pour l'organisme notamment les muscles et qu'à forte quantité, la consommation d'alcool crée une somnolence.

34) L'alcool stimule l'activité cérébrale :

→ **Faux**, l'alcool inhibe ou ralentit l'activité nerveuse de plusieurs régions du cerveau altérant de ce fait le

raisonnement, le langage, les capacités d'auto-régulation (les émotions s'expriment beaucoup plus librement),

l'équilibre et la coordination motrice. Il diminue également les réflexes.

35) L'alcool a un impact positif sur la sexualité :

→ **Faux**, l'alcool crée une diminution de la libido, des troubles de l'érection et augmente le risque de rapports sexuels non consentis et non protégés.

36) La prise d'alcool peut entraîner des crises d'épilepsie :

→ **Vrai**, à forte dose, l'alcool augmente le risque de survenue d'une crise d'épilepsie.

37) La consommation excessive d'alcool peut entraîner des complications touchant presque tous les organes du corps humains :

→ **Vrai**, cf questions 16

38) Les femmes enceintes peuvent consommer un verre de temps en temps :

→ **Faux**, l'alcool passe la barrière placentaire, c'est-à-dire que l'alcool présent dans le sang de la mère se retrouve rapidement dans le sang du fœtus. Comme le foie de celui-ci n'est pas totalement développé, l'alcool est éliminé très lentement par le fœtus, entraînant de nombreuses complications (cf question suivante).

39) La consommation d'alcool pendant la grossesse peut avoir des conséquences sur le développement cérébral de l'enfant :

→ **Vrai**, la consommation d'alcool chez la mère peut entraîner des atteintes cérébrales à l'origine d'un retard intellectuel (troubles de l'apprentissage, de la mémorisation, de l'attention,...), des troubles du comportement, un retard de croissance et des malformations du crâne et de la face chez le futur nourrisson.

La complication la plus grave est le syndrome d'alcoolisation fœtale, 1^{ère} cause de retard mental chez l'enfant, évitable (non génétique). Il associe un retard de croissance intra-utérin, des anomalies cranio-faciales, un retard mental, des troubles du comportement et des malformations pouvant toucher le cœur, les vaisseaux, les reins, le squelette,...

40) Une femme peut boire de l'alcool et allaiter en même temps sans risque pour le nourrisson :

→ **Faux**, l'alcool passe dans le lait maternel. Il peut entraîner une somnolence excessive du nourrisson et des

retards psychomoteurs chez les enfants allaités de mères buvant régulièrement 2 verres par jour.

Il est préconisé de ne pas consommer de l'alcool si le choix d'allaitement a été choisi. Cependant, si une femme souhaite consommer un verre d'alcool alors qu'elle allaite, elle peut mais en respectant certaines règles : boire modérément, un verre maximum, une à deux fois maximum par semaine, après une tétée. Il faut attendre entre 2 et 3 heures après une consommation modérée d'alcool pour redonner le sein.

41) Il n'y a jamais d'alcool dans des bières dites « sans alcool » :

→ **Faux**, une bière est dite sans alcool si elle contient moins de 1 degré d'alcool. Pour être sûr qu'il n'y a pas d'alcool dans la bière, il faut qu'il soit indiqué 0.0 degré d'alcool.

42) Boire un café fait diminuer le taux d'alcoolémie :

→ **Faux**, il n'existe pas de remède miracle, le taux d'alcoolémie reste le même quelque soit la nourriture et les boissons non alcoolisées prises.

43) Manger permet de diminuer la quantité d'alcool dans le sang :

→ **Faux**, manger ne fait que retarder l'apparition des effets de l'alcool mais en rien son taux dans le sang.

44) La douche froide permet de diminuer les effets de l'alcool : → **Faux**.

45) Si je fais du sport après avoir consommé de l'alcool, son taux diminuera plus rapidement :

→ **Faux**, la respiration (augmentée lors d'un exercice) et la sueur sont des voies d'élimination minoritaires pour l'alcool (moins de 5% de l'alcool consommé).

46) Quand on mélange de l'alcool avec un jus de fruit ou de la glace, ses effets sont diminués :

→ **Faux**, ce qui compte c'est la quantité d'alcool absorbée et celle-ci ne change pas si on ajoute de l'eau, du jus de fruit, une boisson énergisante,...

47) L'alcool fait grossir :

→ **Vrai**, l'alcool pur contient beaucoup de calories (7 calories par gramme d'alcool). De plus, il faut ajouter les autres ingrédients composant les boissons alcoolisées, eux aussi caloriques. L'alcool diffère également de

plusieurs heures l'élimination des acides gras, ce qui favorise une accumulation des graisses.

48) Prendre une « cuite » de temps en temps n'est pas grave :

→ **Faux**, cela peut entraîner des conséquences graves comme des accidents de la route, des agressions sexuelles ou des comas éthyliques.

49) L'alcool réchauffe :

→ **Faux**, l'alcool dilate les petits vaisseaux sanguins situés sous la peau, ce qui augmente l'afflux de sang en surface et provoque ainsi un réchauffement provisoire de la peau. Mais en fait ces réactions provoquent une perte de calories, ce qui abaisse la température globale du corps.

50) L'alcool désaltère :

→ **Faux**, en réalité l'alcool déshydrate en faisant uriner plus. C'est notamment la déshydratation qui crée « l'effet gueule de bois » après des excès.

51) Il ne faut pas forcément boire tous les jours pour être alcoolique :

→ **Vrai**, certaines formes d'alcoolisme font alterner périodes d'alcoolisation et périodes d'abstinence.

52) Prendre de l'aspirine avant de consommer de l'alcool évite le mal de tête le lendemain :

→ **Faux**, la combinaison aspirine et alcool aurait tendance à provoquer l'effet contraire puisque l'aspirine interférerait dans l'élimination de l'alcool.

53) Il est préférable de prendre une bière plutôt qu'un whisky :

→ **Faux**, la quantité d'alcool dans une bière et dans un verre de whisky dose standard est la même.

54) Bien tenir l'alcool, c'est avoir moins de risque de devenir dépendant vis-à-vis de l'alcool :

→ **Faux**, Il est vrai qu'une personne qui consomme régulièrement de l'alcool en ressent moins vite les effets. Cela provient du fait que le corps produit une enzyme supplémentaire pour accélérer l'élimination de l'alcool. Mais le produit de dégradation qui en résulte agit comme un poison dans le corps, même si on ne se sent pas ivre.

55) Une grande partie de l'alcool ingéré est éliminée dans les urines :

→ **Faux**, L'alcool est éliminé en majeure partie par le foie. Jusqu'à 10% environ de l'alcool peut être éliminé par les poumons, les reins (urines) et la peau.

Une petite partie passe directement par la muqueuse buccale et par l'œsophage. Un quart environ de l'alcool passe dans le sang après assimilation par l'estomac et le restant par les intestins, principalement l'intestin grêle.

56) On dort mieux quand on a bu de l'alcool ?

→ **Faux**, l'effet sédatif de l'alcool peut certes contribuer à faciliter l'endormissement mais souvent les personnes qui ont bu se réveillent plusieurs fois pendant la nuit et ne parviennent pas toujours à se rendormir facilement. La qualité du sommeil est moins bonne sous l'influence de l'alcool.

57) Il faut environ 30 minutes pour éliminer un verre d'alcool :

→ **Faux**, un verre standard d'alcool augmente l'alcoolémie de 0.20 g d'alcool par litre de sang, en moyenne. Un individu, en bonne santé, élimine entre 0.10 et 0.15 g d'alcool par litre de sang en 1h. Il faut donc entre 1h30 et 2h pour éliminer un verre d'alcool.

III. Annexe 3 : Le Questionnaire AUDIT (53)

Questionnaire Audit

1 - A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Au moins une fois par mois (1) |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois (2) | <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine (3) |
| <input type="checkbox"/> 4 fois ou plus par semaine (4) | |

2 - Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ou 2 (0) | <input type="checkbox"/> 3 ou 4 (1) |
| <input type="checkbox"/> 4 ou 5 (2) | <input type="checkbox"/> 7 à 9 (3) |
| <input type="checkbox"/> 10 ou plus (4) | |

3 - Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois (1) |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois (2) | <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine (3) |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque (4) | |

4 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois (1) |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois (2) | <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine (3) |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque (4) | |

5 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous-a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois (1) |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois (2) | <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine (3) |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque (4) | |

6 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois (1) |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois (2) | <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine ? (3) |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque (4) | |

7 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois (1) |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois (2) | <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine (3) |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque (4) | |

8 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois (1) |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois (2) | <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine (3) |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque (4) | |

9 - Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Non (0) | <input type="checkbox"/> Oui mais pas dans l'année passée (2) |
| <input type="checkbox"/> Oui au cours de l'année dernière (4) | |

10 - Est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Non (0) | <input type="checkbox"/> Oui mais pas dans l'année passée (2) |
| <input type="checkbox"/> Oui au cours de l'année dernière (4) | |

11 - Vous êtes :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Un homme (0) |
| <input type="checkbox"/> Une femme (1) |

Interprétation

≥ 5	Consommation à risque
≥ 8	Usage nocif (7 chez la femme)
≥ 12	Alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

IV. Annexe 4 : le questionnaire DEP-ADO (53)



DEP-ADO GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES Version 3.3 - Juin 2016

--	--	--	--	--

No. dossier

Date:

 /

 -

 /

Année Mois Jour

Nom: _____ (facultatif) Prénom: _____

Âge:

 /

 Sexe: Garçon Fille

Quel est ton niveau scolaire actuel?

Secondaire I
 Secondaire II
 Secondaire III
 Secondaire IV
 Secondaire V
 Autre niveau _____

préciser

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours	Réservé à l'usage de l'intervenant		
							Facteur 1 = alcool et cannabis	Facteur 2 = autres drogues	Facteur 3 = consommation
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Colle/solvant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Opiacés, préciser: <input type="radio"/> Opiacés non prescrits <input type="radio"/> Héroïne <input type="radio"/> Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Amphétamines/speed (ex.: upper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Autres, préciser: <input type="radio"/> GHB <input type="radio"/> Autres médicaments* <input type="radio"/> Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

Oui ➔ **Passez à 2b**
 Non ➔ **Passez à 3**

b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool?

 /

 Ans

..... **une ou des drogues?**

 /

 Ans

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ? (noircir la réponse) **Oui** **Non**

Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés, ➔ passe à la question 7

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours? **Oui** **Non**

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris :

a) Garçon

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Foies

ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Foies

b) Fille

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Foies

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ? (noircir la réponse)

- | | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Réservé à l'usage de l'intervenant

7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ? (noircir une seule réponse)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Pas consommé | <input type="radio"/> La fin de semaine ou une à deux fois par semaine |
| <input type="radio"/> À l'occasion | <input type="radio"/> 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours |
| <input type="radio"/> Une fois par mois environ | <input type="radio"/> Tous les jours |

SCORES BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Signature de l'intervenant(e)

Entourez le FEU
correspondant

V J R

GRILLE DE COTATION

DEP-ADO

Version 3.3 – juin 2016¹

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ?

	Pas consommé	A l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	1	2	3	4	5
Cannabis	0	1	2	3	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	1	2	3	4	5
Amphétamines/speed	0	1	2	3	4	5
Autres : GHB, autres médicaments*, autres	0	1	2	3	4	5

* L'un ou l'autre des médicaments suivant, pris sans ordonnance: barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement ?

Alcool	< 12 ans	= 3	Drogue(s)	< 14 ans	= 3
	12 à 15 ans	= 2		14 à 15 ans	= 2
	16 ans ou +	= 1		16 ans ou +	= 1

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?

Oui = 8 Non = 0

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ?

Oui = 2 Non = 0

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 8 (Garçons) 5 (Filles) consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Aucune fois = 0 1 à 2 fois = 1 3 à 25 fois = 2 26 fois et + = 3

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé?

Oui = 2 Non = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

13 et moins	FEU VERT	Aucun problème évident de consommation (aucune intervention nécessaire)
Entre 14 et 19	FEU JAUNE	Problème en émergence (intervention précoce souhaitable)
20 et +	FEU ROUGE	Problème évident (intervention spécialisée en dépendance nécessaire)

¹ Cette grille de cotation se rattache à la DEP-ADO version 3.3, juin 2016. La grille de cotation est conservée telle quelle depuis octobre 2003 puisqu'aucune modification n'a été requise

FEU VERT	Score de 13 ou moins ∩ aucun problème évident de consommation. Aucune intervention n'est nécessaire (éducation à poursuivre).
FEU JAUNE	Score entre 14 et 19 ∩ problème en émergence . Une intervention est jugée souhaitable en 1 ^{re} ligne. L'intervenant pourra utiliser d'autres outils d'intervention, ou encore approfondir les questions qui ont donné lieu à des scores élevés. Il est suggéré de se référer aux partenaires et aux organismes de sa région qui ont développé des programmes ou des interventions de 1 ^{re} ligne pour ces jeunes (ex. CISSS/CIUSSS, organismes communautaires ou pour un suivi milieu scolaire).
FEU ROUGE	Score de 20 ou plus ∩ problème évident . Une intervention est suggérée vers les services spécialisés en dépendance, ou en complémentarité avec une telle ressource. On devrait, dans tous ces cas, faire une évaluation spécialisée en dépendance (p. exemple à l'aide de l'IGT-ADO ou du GAIN).

V. Annexe 5 : le questionnaire ADOPSA (54)

Partie A

Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avez-vous:

Non Oui

1. Bu de l'alcool (plus que quelques gorgées)?

(ne comptez pas les gorgées d'alcool prises au cours de rassemblements familiaux ou religieux.)

2. Fumé de la marijuana ou du haschich?

3. Utilisé autre chose pour vous droguer?

(«autre chose» comprend les drogues illicites, médicaments en vente libre et sous ordonnance, et ce qui s'inhale ou s'aspire)

A l'usage de la clinique seulement: Le patient a-t-il répondu « oui » à une ou plusieurs questions de la Partie A?

Non

Oui

Posez uniquement la question sur la VOITURE, puis arrêtez-vous.

Posez les 6 questions CRAFFT

Partie B

Non Oui

1. Etes-vous déjà monté dans une VOITURE dont le conducteur (y compris vous-même) conduisait sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?

2. Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue pour vous DETENDRE, pour être mieux dans votre peau ou pour vous sentir mieux accepté(e) ?

3. Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes SEUL(E) ?

4. Vous arrive-t-il d'OUBLIER des choses que vous avez faites sous l'emprise de l'alcool ou de drogues ?

5. Est-ce que votre FAMILLE ou vos AMIS vous disent que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue ?

6. Avez-vous déjà eu des ENNUIS lorsque vous étiez sous l'emprise de l'alcool ou de drogues ?

Notation CRAFFT- ADOSPA :

Chaque réponse affirmative dans la partie B vaut 1 point.

Un score ≥ 2 au questionnaire CRAFFT-ADOSPA indique un risque modéré d'usage nocif.

Un score ≥ 3 indique un risque élevé d'usage nocif.

AUTEUR : Nom : VANDENABEELE-POPIEUL

Prénom : Marine

Date de soutenance : 30 avril 2020

Titre de la thèse : Alcool : Etat des lieux des connaissances de l'Audomarois

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Alcool, adolescents, lycées, prévention, connaissance, idées reçues

Contexte : En France, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée chez les adolescents. Cette consommation s'accroît de manière importante de l'entrée au collège jusqu'à l'arrivée au lycée. Or, l'adolescence est une période de grande vulnérabilité vis-à-vis de l'alcool. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances qu'ont les lycéens de la région Audomaroise concernant l'alcool.

Méthode : Notre étude est une étude descriptive, observationnelle et exhaustive dans les lycées du territoire de l'Audomarois (7 au total). Deux classes de seconde de chaque lycée, tirées au sort, ont été sélectionnées pour l'étude. Celle-ci a été menée à l'aide d'un auto-questionnaire papier, anonyme et le recueil des données a eu lieu de mai à juin 2019.

Résultats : 251 lycéens ont répondu au questionnaire qui leur avait été remis. 2 questionnaires ont été exclus de l'étude, de par l'âge des répondants, qui les singularisait. La moyenne d'âge des lycéens était de 15.6 ans. Le taux de bonnes réponses aux questions le plus important a été retrouvé pour les questions qui traitaient de la législation française vis-à-vis de l'alcool et des conséquences d'un mésusage d'alcool, avec respectivement, un score de bonnes réponses de 15.2/20 et 15.7/20. Par contre, la connaissance du produit alcool et les idées reçues sur celui-ci sont beaucoup moins bien maîtrisées par les lycéens avec un score de 12.4/20 et de 9.8/20. Nous avons mis en évidence l'influence du type de lycée et l'importance de l'information reçue sur le niveau de connaissance des lycéens ($p < 0.05$).

Conclusion : La prévention de l'addiction vis-à-vis de l'alcool chez les adolescents est un enjeu majeur de santé publique. Celle-ci passe, entre autres, par la connaissance du produit et la remise en cause des idées reçues, et ce le plus tôt possible dans le milieu scolaire. Il est souhaitable que ces actions de prévention, répétées plusieurs fois pendant la scolarité soient délivrées : par des professionnels de l'addictologie ou des étudiants au cours de leur service sanitaire mais aussi par des acteurs de santé au sens large du terme, formés et bénéficiant d'outils adaptés. En dehors du milieu scolaire, la prévention doit s'appuyer de plus en plus sur les médecins généralistes en leur donnant le temps et les moyens de cette pratique. L'objectif de cette prévention est la réduction des risques en retardant l'âge d'expérimentation de l'alcool et les abus.

Composition du Jury :

Président : Pr COTTENCIN Olivier

Assesseurs : Pr BERKOUT Christophe, Pr LEFEBVRE Jean-Marc, Dr BAYEN Marc

Directeur de thèse : Dr RITAINE Roland