

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE.**

**Soutenue publiquement le 14 Janvier 2014.
Par Mathieu Moisson**

**PRISE EN CHARGE DU JEUNE
FACE À SA CONSOMMATION D'ALCOOL**

Membres du jury :

Président : **M. Thierry Dine**
Professeur de pharmacie clinique, Université de Lille 2
Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Haubourdin

Assesseur : **M. Bernard Gressier**
Professeur de pharmacologie, Université de Lille 2
Praticien hospitalier, Centre Hospitalier d'Armentières

Membre extérieur : **M. Thierry Boucher**
Docteur en Pharmacie
Pharmacien d'officine à Avion



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE
CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - ✉ : 03.20.96.43.64



Université Lille 2
Droit et Santé

Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Patrick PELAYO Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Monique CAPRON Professeur Salem KACET Madame Stéphanie DAMAREY Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Monsieur Edouard DANJOU
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Luc DUBREUIL
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Damien CUNY
Assesseurs :	Mme Nadine ROGER Professeur Philippe CHAVATTE
Chef des services administratifs :	Monsieur André GENY

Liste des Professeurs des Universités :

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BAILLEUL	François	Pharmacognosie
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mlle	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIERE	Jean-Claude	Chimie Organique

M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et déontologie pharmaceutique
Mlle	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
<hr/>			
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	BRUNET	Claude	Pharmacologie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
<hr/>			
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
M.	BEGHYN	Terence	Chimie Thérapeutique 3
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARATO	Pascal	Chimie Thérapeutique 2
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire

Mlle	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mlle	CHARTON	Julie	Chimie Organique
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mlle	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Melle	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mlle	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique 1
Mlle	LEONHARD	Julie	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	LORIN-LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MOUTON	Nicolas	Physique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Melle	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
M.	SERGHARAERT	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
Mme	THUILLIER	Pascale	Hématologie
Mme	VANHOUTTE	Geneviève	Biochimie
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiocchimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et déontologie pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ABADIE	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	FIEVET	Pierre	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	WATRELOS	Michel	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS.

**A mon Président de thèse.
Monsieur Thierry Dine**

Professeur de pharmacie clinique

Vous me faites le grand honneur de présider le jury de cette thèse.
Recevez l'expression de toute ma gratitude.

**A mon Directeur de thèse.
Monsieur Bernard Gressier**

Professeur de pharmacologie

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre aide, vos conseils apportés durant l'élaboration de cette thèse, mais aussi tout au long de mon parcours universitaire par la qualité de vos cours.
Soyez assuré de ma très vive reconnaissance.

**A Monsieur Thierry Boucher
Docteur en pharmacie.**

Je vous remercie de m'avoir transmis vos connaissances durant mon stage de 6^{ème} année, et d'avoir fait de moi le pharmacien que je suis aujourd'hui.
Merci de me faire l'honneur de faire parti des membres de mon jury.

Je dédie cette thèse,

A mes parents, mes grands parents et mes frères Fabien et Mathéo,

Vous avez toujours été là pour moi, vous avez su me faire décompresser et m'avez soutenu durant ces longues années d'études.

Je vous remercie énormément pour votre soutien et votre amour.

A Sophie,

En souvenir de nos nombreux fous rires durant nos TP.

Merci pour ces 6 années.

A Audrey, Marie et Pauline,

En souvenir de nos nombreux bavardages sur les bancs de la fac.

A toutes les personnes m'ayant soutenu durant ces 6 années et durant la rédaction de cette thèse.

Introduction	12
Partie I:	13
L'alcool et ses conséquences	13
I - L'histoire de l'alcool	14
A - De la naissance de l'alcool à son utilisation « massive »	14
B - La législation au cours des siècles	15
C - Les différents types d'alcool consommés actuellement	16
a - Boissons fermentées.....	16
b - Boissons distillées.	17
D - Les idées reçues sur l'alcool	18
II - Pharmacocinétique	19
A - L'absorption	19
B - La distribution	19
C - Le métabolisme	19
D - L'élimination	21
III - Les mécanismes de la dépendance à l'alcool	22
A - La manipulation psychologique	22
B - Le mécanisme biologique	22
IV - Conséquences de l'alcool	25
A - Conséquences à court terme pour l'adolescent	25
a - L'intoxication aiguë.....	25
b - Les rapports non protégés.....	26
c - L'alcoolisation fœtale.....	27
d - Les accidents de la circulation.....	28
e - Les accidents domestiques.....	29
f - La violence.....	29
g - Les troubles psychologiques.....	29
h - L'isolement.....	29
B - Conséquences à long terme	31
a - Risque de cancer.....	31
b - Atteinte du système nerveux.....	33
c - Troubles pancréatiques.....	35
d - Risques cardiaques.....	35
e - Risques sanguins.....	36
f - Risques articulaires.....	37
g - Problèmes dentaires.....	37
C - Les troubles de la vie sociale	38
D - Le « french paradox » et les idées reçues sur l'alcool	39
Partie II:	40
La relation de l'adolescent avec l'alcool	40
I - Épidémiologie de l'alcool chez les jeunes de 13 à 20 ans	41
A - L'évolution des habitudes de consommation des jeunes de 13 à 20 ans dans les enquêtes ireb de 2001 et de 2007	41
a - Enquête ireb de 2001.....	41
b - Comparaisons entre les enquêtes de 2001 et de 2007.....	46
B - Évolution de l'alcoolisation chez les jeunes de 11 à 17 ans dans l'enquête ESCAPAD de 2000 à 2011	51
a - Méthode de recueil des informations.....	51

b - Résultats.....	51
II - Pourquoi les ados consomment-ils ces substances?	54
A - Les facteurs associés à la consommation importante d'alcool.....	55
a - Facteurs familiaux.....	55
b - Facteurs scolaires.....	58
c - Facteurs personnels.....	58
d - Facteurs socio-démographiques.....	58
e - Facteurs génétiques.....	59
f - Facteurs de personnalités et de comportements psychologiques.....	60
B - La découverte de l'alcool.....	63
a - Découverte seule.....	63
b - Découverte familiale.....	63
c - Découverte entre amis.....	63
III - Détecter un comportement pathologique, un abus ou une dépendance.....	65
A - Définitions de l'abus et de la dépendance.....	65
B - Le passage à l'abus, voir à l'addiction ou à la dépendance.....	66
C - Comment détecter les comportements pathologiques des adolescents face à l'alcool?	67
a - Diagnostique de l'abus d'alcool chez l'adolescent.....	68
b - Diagnostique de la dépendance à l'alcool chez l'adolescent.....	68
c - La pyramide de Skinner.....	75
Partie III :.....	77
La prise en charge.....	77
I - Prise en charge du jeune ayant une relation d'abus ou de dépendance vis-à-vis de l'alcool.....	78
A – Une prise en charge hospitalière ou par le médecin traitant ?	79
B - Le traitement de l'abus et/ou de la dépendance.....	80
a - Fixer des objectifs réalisables.....	81
b - TCC (Thérapie Cognitivo Comportementale).....	81
c - Psychothérapie analytique.....	82
d - Thérapie de groupe.....	83
e - Traitements médicamenteux.....	83
C - Agir sur l'environnement du jeune consommateur.....	97
a - Aider les parents.....	97
b - Actions sur l'environnement social et scolaire.....	98
D - Un modèle de prise en charge du jeune consommateur abusif ou dépendant de l'alcool : le modèle PROCHASKA et Di-Clemente.....	99
a - La pré contemplation.....	100
b - La contemplation.....	101
c - La décision.....	101
d - L'action.....	102
e - Le maintien.....	102
f - La rechute ou la sortie de la dépendance.....	103
II - Prévention.....	105
A - Actions gouvernementales : la loi Evin du 10 janvier 1991.....	105
a - Dispositions prises pour la population générale.....	105
b - Dispositions prises pour les jeunes.....	110
B – Les slogans et les pictogrammes.....	111
C - Un nouveau type de prévention (par le Docteur Bailly).....	113
a - La prévention généralisée.....	113
b - La prévention sélective et indiquée.....	115

Conclusion.....118
Références bibliographiques.119

Introduction.

La France est l'un des principaux pays producteurs de vins au monde. Mais le vin (ainsi que les autres alcools) cache derrière leur image festive une triste réalité. En effet, l'alcool est la deuxième cause de mortalité en France avec en 2007 environ 300 décès directement imputables à l'alcool. (1) mais il ne faut pas oublier les milliers de décès causés indirectement par l'alcool que ce soit certains cancers, les accidents de la route, les violences, ...

Depuis quelques années cette tendance tend à diminuer notamment avec le renforcement des lois anti-alcool. Cependant un phénomène prend de l'ampleur, le « binge drinking », ce phénomène qui concerne surtout les adolescents est apparu aux Royaume-Uni et il commence à s'installer en France.

Depuis de nombreuses années la prévention au sujet de l'alcool est au cœur des débats politiques en ciblant aussi bien les adultes que les adolescents. Cependant, il est important de se concentrer sur les adolescents qui sont à la base d'une prévention réussie.

Pour cela, nous allons dans un premier temps nous intéresser à l'histoire de l'alcool, à son évolution au cours des siècles mais aussi à ses conséquences du point de vue psychologique et physique.

Ensuite, nous nous attarderons sur l'épidémiologie de la consommation d'alcool chez les adolescents depuis une dizaine d'années ainsi que sur les facteurs de risques pouvant conduire à de tels comportements. Ceci nous permettra de mettre en avant la forte consommation d'alcool de ces jeunes et ainsi de nous intéresser aux instruments disponibles afin de pouvoir faire un dépistage le plus précoce et le plus efficace possible.

Puis dans la dernière partie, nous mettrons en avant la prise en charge d'une dépendance mais aussi le rôle de la prévention et les améliorations qui peuvent être apportées à celle-ci, sans oublier bien entendu le rôle du pharmacien dans le suivi de ces jeunes et de leur famille tout au long de leur prise en charge.

Partie I :

L'alcool et ses conséquences.

I - L'histoire de l'alcool.

L'alcool (éthanol ou alcool éthylique) est l'un des plus anciens produits psycho-actifs reconnus. Sa consommation rituelle, conviviale et festive remonte au néolithique avec le début de l'agriculture. Cependant, il eut de nombreuses évolutions au cours des siècles.

A - De la naissance de l'alcool à son utilisation « massive ».

Les premiers types d'alcool sont donc apparus au néolithique (2), en effet avec la sédentarisation et la découverte de l'agriculture, les Hommes ont découvert la fermentation des céréales. L'alcool eut dès le début une certaine dimension religieuse ou au moins rituelle car des restes de boissons alcoolisées furent retrouvés dans des tombes.

Le processus de distillation apparaît chez les Perses et c'est également ce peuple qui utilisa le mot alcool qui en arabe voulait dire « poudre d'antimoine » mais le sens de ce mot évolua dans les siècles pour ensuite signifier « esprit » ou « essence ». (3)

La période de l'antiquité permit l'expansion de l'alcool et également la découverte des premières propriétés curatives ainsi que des premiers méfaits.... bien entendu durant cette période il garda tout de même une place privilégiée dans les religions et les rituelles des différentes populations. Les religions judéo-chrétiennes utilisèrent d'ailleurs l'alcool de façon sacrée, allant même jusqu'à en parler dans la Genèse en citant « Noé planta la vigne et s'enivra », et à considérer le vin comme le « sang du christ » (4)

Chez les Sumériens (qui est un peuple du sud de la Mésopotamie présent 3000 ans avant J.C.) (5), de nombreuses sortes de bières furent inventées ce qui donna aux brasseurs un rôle social important, c'était d'ailleurs le seul métier exempté de service militaire.

Les Égyptiens fabriquaient des alcools à partir de raisin, de datte et des bières à partir d'orge. Ces alcools avaient surtout une utilité rituelle, religieuse et festive. Mais ce sont les premiers à avoir découvert des propriétés antiseptiques de l'alcool, ils eurent d'ailleurs l'idée de mettre du vin dans l'eau des pays dans lesquels ils étaient en guerre pour éviter toutes contaminations.

Chez les Romains le vin est vite intégré dans les mœurs avec notamment le culte de Bacchus, chez eux le vin est synonyme de fête, de libération et d'orgie. Galien considéra même que « le

vin pris avec modération est avantageux, sinon il est mauvais ». Ce sont eux qui propagèrent le vin dans la Gaule et les contrées germaniques.

Durant toute cette période de l'antiquité, l'alcool pris de l'importance dans les populations. Il fut surtout sacralisé en ayant une image symbolique de puissance, de force, de vitalité, de courage, de purification mais aussi un rôle social important car on ne buvait pas seul mais lors de fêtes ou d'offices religieux. Ce fut également la période de la découverte des premiers effets curatifs avec notamment Hippocrate qui donna à l'alcool des vertus purgatives, diurétiques, antiseptiques et antipyrétiques. Cependant, c'est à cette époque que sont apparus les méfaits de l'alcool dans la mythologie mais également grâce aux médecins qui diagnostiquèrent les premières cirrhoses.

Durant le Moyen-âge, en France, le vin est surtout réservé aux élites, aux familles royales, aux classes sociales les plus élevées aux abbayes et monastères qui produisent leur vin eux même pour les messes. Le peuple quant à lui boit de la cervoise (qui est une bière d'orge aromatisée avec de nombreuses herbes).

Jusqu'au 18ème siècle, l'alcool gardera donc une image festive mais surtout une image de divinité en restant fortement lié aux religions.

A partir du 19ème siècle, cette image commencera à changer avec notamment l'ouverture vers d'autres contrées et la révolution industrielle. Cette période marquera le début de la consommation abusive et le terme de « toxicomanie collective » apparaîtra. Ce terme sera bien plus tard transformé en « alcoolisme ».

B - La législation au cours des siècles.

Ce ne fut qu'à partir du moyen âge que les pays mirent en place le développement des premières réglementations vis à vis de l'alcool. Les gouvernements régirent les commerces de boissons alcoolisées, mirent en place des taxes et des impôts.

Durant les siècles qui suivirent, les réglementations se sont succédées rendant la vente d'alcool de plus en plus stricte avec notamment la prohibition qui toucha les États unis au début du XXème siècle ainsi que l'obligation de la généralisation de l'accès à l'eau potable pour la population. (6)

Cependant, la notion d'alcoolisme n'apparut qu'à partir du XIXème siècle

C'est au début du XXème siècle qu'apparurent les premières ligues anti alcool mais l'une des premières reconnaissances des méfaits de l'alcool fut la « cure de dégoût » qui devint plus tard la cure de désintoxication.

Après la seconde guerre mondiale, les actions gouvernementales commencèrent à se multiplier avec pour effet des restrictions dans la diffusion des effets bénéfiques de ces produits.

Mais le plus grand changement fut la loi Evin du 10 janvier 1991 et les campagnes de communications tel que « tu t'es vu quand tu as bu » ou encore « et vous, avec l'alcool, ou en êtes vous? ».

C - Les différents types d'alcool consommés actuellement.

a - Boissons fermentées.

La fermentation est l'un des procédés qui permet d'obtenir un certain type de boisson alcoolisée. C'est cette technique qui fut découverte dans un premier temps par les hommes préhistoriques en laissant des aliments (tel que des racines ou des végétaux divers) fermentés sur un feu.

La fermentation vient du mot latin « fervere » qui signifie bouillir. En effet, lorsqu'un liquide est en fermentation, il présente un fort dégagement gazeux qui peut faire penser à une ébullition. (7)

Ce procédé consiste à libérer de l'énergie à partir d'un substrat organique sous l'action d'une enzyme.

C'est une technique qui fut appliquée aux végétaux et qui permet donc la création de boissons alcoolisées. Parmi elles, nous pouvons citer (8) :

- les boissons obtenues à partir d'une fermentation de fruits tel que le vin et le cidre qui sont respectivement des fermentations de raisin et de pomme.

- les boissons obtenues à partir d'une fermentation de céréale comme la bière issue du malt et le saké issu du riz.

- les boissons à base de sirop de miel tel que l'hydromel.

Bien entendu ces boissons n'ont pas toutes la même teneur en alcool mais elles résultent toute du même procédé de fabrication.

b - Boissons distillées.

Ce sont des boissons qui sont obtenues à partir de boissons fermentées (9). En effet, dans une boisson fermentée, la température d'ébullition de l'alcool, des substances annexes et de l'eau sont différentes et cette particularité permet donc d'isoler tous les composants de la boisson.

Un alambic est donc utilisé, il permet la mise en ébullition de la boisson fermentée, il y a donc formation d'une vapeur qui sera refroidie dans le condensateur. Le principe est donc de trouver la température d'ébullition de l'alcool pour obtenir une vapeur qui sera recondensée afin d'obtenir un liquide fortement alcoolisé qui sera dilué afin d'obtenir une boisson distillée de degrés alcooliques légaux.

Cette technique permettra donc d'obtenir par exemple du cognac à partir de vin, du whisky à partir de bière ou du calvados à partir de cidre.

Mais il existe également une distillation qui se fait à partir de fruits mis dans de l'eau. Ce mélange subira une fermentation sous l'action de levure ou sous l'action de la chaleur. Puis le liquide fermenté obtenu sera porté à ébullition et la vapeur sera condensée afin d'obtenir des liqueurs ou d'autres alcools forts.

C'est le cas du kirsh créé à base de cerise, de la vodka créée à base de pomme de terre ou de rhum à partir de canne à sucre.

Ces boissons distillées sont donc apparues beaucoup plus tardivement dans le temps au vue des techniques mises en place pour les obtenir. Mais elles ont sans aucun doute eu un impact important sur les modes de consommation des gens avec notamment des ivresses atteintes plus rapidement et un effet de désinhibition plus rapide à atteindre et plus fort.

Il est important de différencier les 2 types de boissons présentent aujourd'hui sur le marché afin de comprendre plus tard plus facilement les alcools consommés en majorité par les jeunes. Mais il est également important de savoir que dans de nombreuses familles les alcools sont parfois encore fabriqués traditionnellement (c'est le cas de la bière et des liqueurs notamment) ce qui n'a pas que des effets bénéfiques car le taux d'alcool n'est dans ce cas pas du tout géré et l'on peut vite atteindre des sommets dans le degré alcoolique de ces boissons alcoolisées.

D - Les idées reçues sur l'alcool.

Depuis sa découverte, l'alcool a souvent eu une image en grande partie inventée, mystique, surnaturelle.

Et de nombreuses idées reçues ont parcouru les siècles pour encore persister de nos jours. Ainsi, pour certaines personnes, l'alcool réchauffera, tuera les microbes et désaltérera!!!! Ces préjugés sont bien entendus totalement fantasmagoriques et il est important de le préciser aux consommateurs car les idées sont vite intégrées et difficiles à faire changer.

En ce qui concerne le réchauffement, cette idée est totalement fautive. En effet, l'alcool a une tendance à dilater les artères ce qui permet à la personne de sentir une sensation de chaleur. Mais en réalité, l'alcool baisse la température corporelle pour provoquer dans certains cas des hypothermies qui peuvent être fatales notamment pour des personnes sans domicile fixe qui consomment parfois de grosses quantités d'alcool. Lors d'une nuit très froide, la température du corps sera abaissée par la température extérieure mais aussi par l'alcool, ce qui peut donc être fatal.

II - Pharmacocinétique.

L'alcool est chimiquement connu sous le nom de « éthanol » et il a pour formule chimique $\text{CH}_3\text{-CHO}$. C'est un liquide incolore, inflammable, volatil, qui a une odeur caractéristique. Il est également miscible dans l'eau, dans les autres alcools et dans les solvants organiques. C'est également une substance assez liposoluble, ce qui lui permet facilement de passer les barrières hémato-encéphaliques et placentaires par exemple. (10) (11) (12)

A - L'absorption.

L'alcool étant absorbé (dans la majorité des cas) sous forme liquide par la bouche, l'absorption se fait en grande partie dans le tube digestif avec notamment 20% de celle-ci dans l'estomac, le reste de cette absorption se fera quant à elle dans les intestins.

B - La distribution.

Elle est uniforme dans tout l'organisme grâce en particulier à sa propriété liposoluble.

Le volume de distribution est d'environ 0,6 L/kg, ce paramètre permet de donner une idée de l'intensité de la diffusion de l'alcool dans l'organisme. Comme l'alcool est un produit hydrophile, il a un volume de distribution faible, ceci se caractérise par une dilution rapide de l'alcool dans le sang et par un passage lent de cet alcool dans les tissus. (13)

C - Le métabolisme.

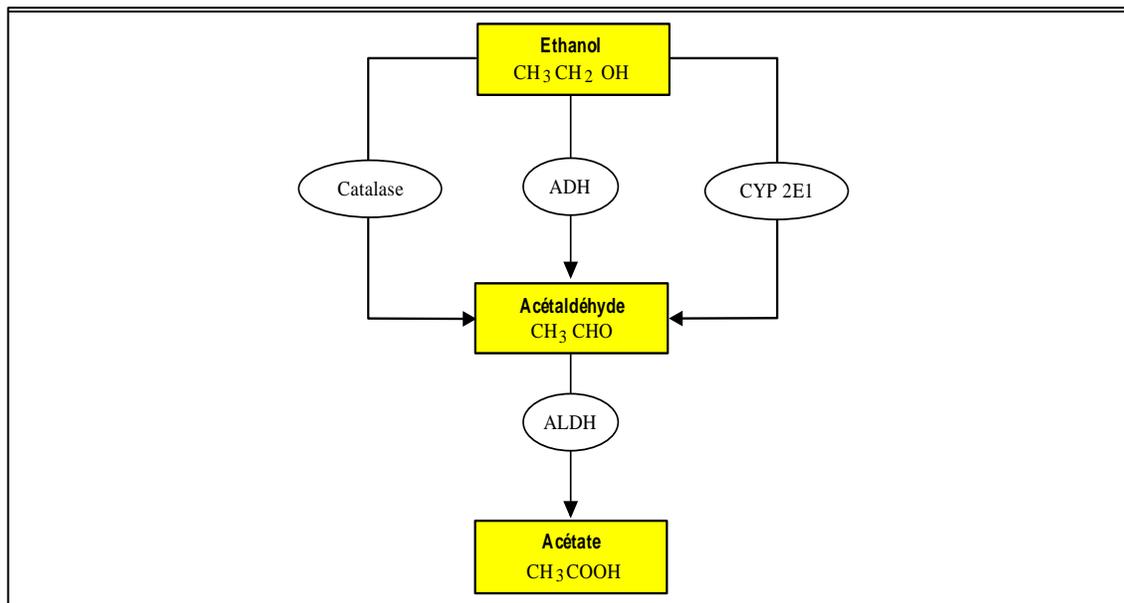
Il se fait en 3 parties :

-la première permet la dégradation de l'éthanol en acétaldéhyde. Cette étape peut se faire de trois façons différentes : la voie majoritaire est la voie de l'alcool déshydrogénase (ADH) qui fait intervenir le NAD^+ (nicotinamide adénine di-nucléotide oxydé). L'ADH est une enzyme qui se situe dans les hépatocytes et qui fonctionne quelque soit le taux d'alcoolémie.

Les deux voies auxiliaires sont quant à elles plus anecdotiques mais nécessitent d'être expliquées. Il y a tout d'abord la voie MEOS (microsomal ethanol oxidizing system) par le cytochrome P450 qui fait intervenir le NADP (dicotinamide adénine di-nucléotide phosphate). Cette voie ne se met en route qu'à partir d'un taux d'alcoolémie supérieur à 0,3g/l de sang. C'est une dégradation qui se réalise également dans les hépatocytes. Puis il y a comme dernière voie de dégradation la voie de la catalase qui elle fait intervenir de l'eau et qui se situe dans les peroxyosomes.

-la deuxième étape permet la transformation de l'acétaldéhyde en acétate sous l'action d'une enzyme appelée ALDH (acétaldéhyde déshydrogénase), cette étape se réalise en consommant un NAD qui se transformera en NADH (nicotinamide adénine di-nucleotide).

(14)



Le métabolisme de l'alcool.

-la troisième étape fait passer cet acétate dans le cycle de krebs afin de libérer du CO_2 (dioxyde de carbone) et de l'eau (H_2O).

D - L'élimination.

Elle se fera en grande majorité par les hépatocytes qui sont le lieu majoritaire de la dégradation de l'alcool. Mais il faut tout de même préciser que 5 à 10% de l'éthanol sera éliminé de façon inchangé dans l'urine, la salive, l'air expiré et même dans la sueur.

III - Les mécanismes de la dépendance à l'alcool.

A - La manipulation psychologique.

Ce mécanisme a une part importante dans la dépendance à l'alcool que pourrait avoir un adolescent. En effet, les effets psychologiques sont ressentis immédiatement par le jeune avec une euphorie, une sensation de toute puissance, une acceptation dans un groupe d'ami, une désinhibition,... tous ces effets à courts termes sont bien entendu recherchés par les jeunes.

Mais une trop forte consommation pourra amener ces jeunes à être malade, ce que l'on appelle plus vulgairement « la gueule de bois ».

Le problème de ce mécanisme psychologique se porte surtout sur les jeunes consommant de l'alcool pour combler un vide, pour calmer des anxiétés ou des dépressions, pour cacher un mal-être. Dans ce cas la consommation d'alcool les soulage et malgré les effets néfastes de la « gueule de bois », ils pourraient avoir tendance à consommer de plus en plus régulièrement.

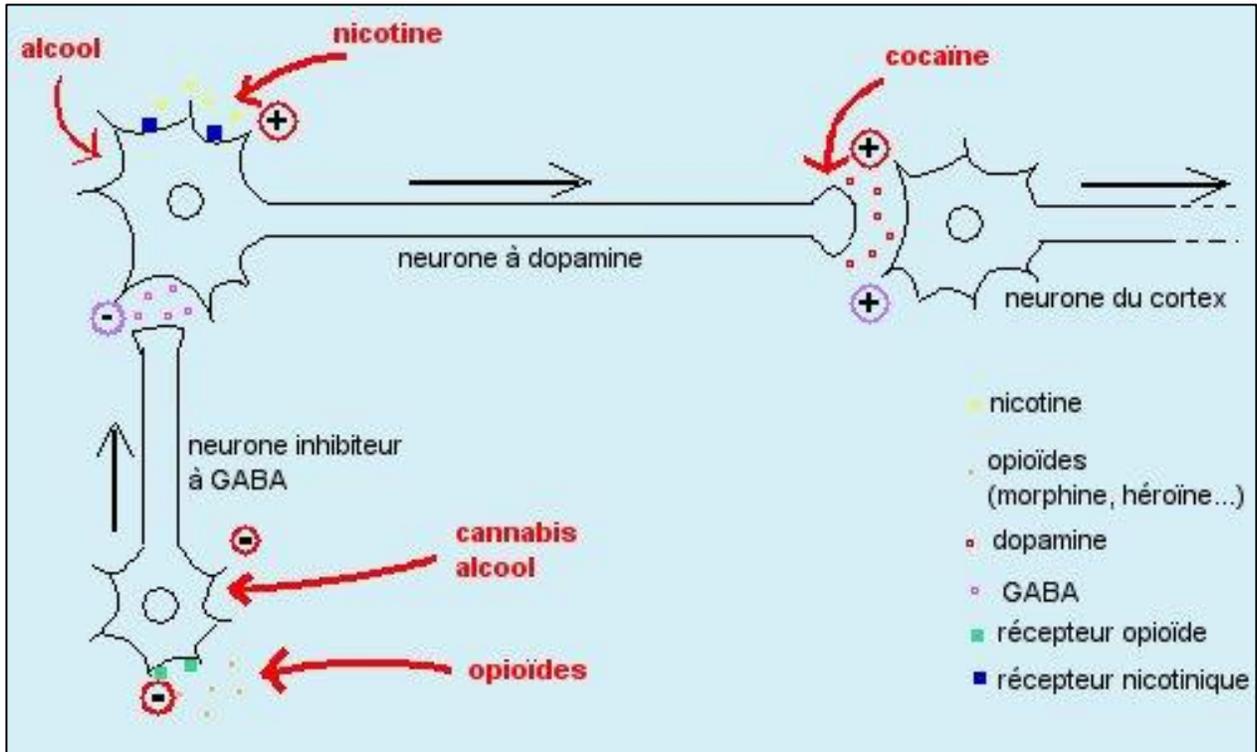
B - Le mécanisme biologique.

Ce mécanisme est tout aussi important que la part psychologique. En effet, de nombreuses études ont été menées depuis de nombreuses années afin de démontrer que des neurotransmetteurs avaient un rôle primordial dans la dépendance à l'alcool (et à d'autres drogues).

L'une des principales voie est la voie dopaminergique qui est également appelée système de récompense. L'alcool agirait de deux façons sur ce système, tout d'abord de façon directe en provoquant la libération de dopamine puis de façon indirecte en touchant des neurotransmetteurs (tel que le GABA, le NMDA, la sérotonine,...) qui joueront un rôle à leur tour sur le système dopaminergique. (15)

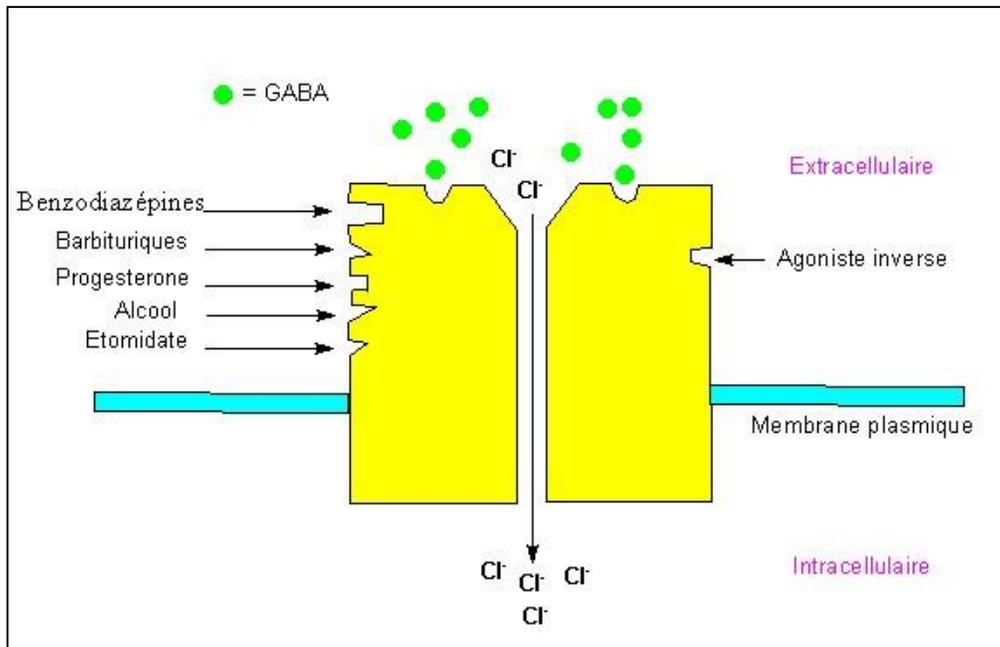
Les études menées ont montré que l'alcool provoquait directement une libération de dopamine, donc un effet de récompense. De plus, l'alcool augmente les effets du GABA, ce qui provoque une augmentation indirecte de dopamine et un effet anxyolitique recherché dans la prise d'alcool.

(16)



Le rôle de l'alcool sur le neurone dopaminergique.

(17)



L'action de l'alcool sur le récepteur gabaergique.

Il est important de préciser que le système de récompense et la manipulation psychologique sont complémentaires. Le mécanisme psychologique aura un rôle plus grand dans la consommation de tous les jours, lorsque le jeune consomme avec des amis, alors que le système biologique aura un rôle dans le maintien de l'abstinence. En effet lors d'une abstinence de plusieurs semaines, mois ou années, la moindre prise d'alcool pourra ré-enclencher le système de récompense dopaminergique et donc faire replonger la personne dans sa dépendance.

IV - Conséquences de l'alcool.

Les risques et les conséquences d'une consommation d'alcool sont mal connus par les jeunes. En effet, il existe de réels risques à courts et long terme. Si les adolescents sont souvent informés sur quelques risques à long terme, ils sont souvent dans un flou total en ce qui concerne les risques à courts termes à cause d'un manque d'information ou tout simplement par déni de ces conséquences néfastes. Leur jeune âge et leur manque d'information en font donc une population insouciante à fort risque.

A - Conséquences à court terme pour l'adolescent.

La recherche de nouvelles sensations est l'un des principaux facteurs conduisant les jeunes à une consommation d'alcool. Celle-ci a tout particulièrement un rôle social très important en permettant au jeune d'être accepté dans son groupe d'amis, de faire voir qu'il est le plus fort, de lui donner un sentiment de toute puissance qui à ses yeux le rend populaire envers les autres jeunes de son âge.

Cette ivresse exacerbe aussi la sexualité et l'agressivité ce qui peut conduire à de graves répercussions que nous aborderons dans cette partie.

a - L'intoxication aigue.

Le premier effet néfaste et désagréable qui est testé par le jeune qui consomme de grosses quantités d'alcool est le vomissement qui apparaît plus ou moins rapidement en fonction de la carrure de la personne et de son habitude à consommer. Ces vomissements sont la conséquence d'un trop plein d'alcool et ils peuvent être mal vécus par les personnes. Nous entendons souvent les jeunes dire qu'ils ne boiront plus après avoir vomis mais le cercle vicieux festif à souvent raison de ces paroles et rapidement les jeunes ne retiendront que les effets « positifs festifs et de désinhibition » de l'alcool au dépend du vomissement.

Mais il est important de les mettre en garde sur le fait que le vomissement peut être fatal dans certains cas. Le jeune qui ira vomir seul dans son coin ou qui s'endormira seul et vomira dans son sommeil aura un risque d'inondation bronchique qui peut conduire, si le jeune est inconscient ou

trop ivre, à un étouffement comparable à une noyade.

L'un des principaux modes de consommation de l'alcool par les jeunes est aujourd'hui le « binge drinking » qui signifie littéralement « beuverie ». Ce phénomène se caractérise par une consommation anormalement élevée d'alcool sur de courte durée et le plus souvent durant le weekend ou lors de soirées. Le mot de « binge drinking » peut être utilisé en prenant plusieurs facteurs en comptes, nous pouvons parler de « binge drinking » lorsque le jeune prévoit d'avoir une ivresse et lorsqu'il boit au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion sur une courte durée. C'est un terme assez récent mais ce phénomène est présent dans le monde occidentale depuis de nombreuses années. (18)

Ce phénomène de binge drinking est d'ailleurs représenté dans l'enquête IREB de 2008. Il a été constaté que 59% des 13-24 ans n'avaient jamais eu de tels comportements et que 13% d'entre eux avaient eu ce comportement au moins 40 fois dans leur vie. Il est donc rassurant de savoir qu'un fort pourcentage de jeunes n'a jamais vraiment eu ce comportement mais il ne faut pas oublier les 41% de jeunes ayant déjà eu ce souci de consommations excessives ponctuelles. D'où l'intérêt de continuer à faire de la prévention sur ce phénomène et ces nombreux risques. (19)

Ce phénomène est très recherché par les jeunes, en effet il permet une ivresse rapide avec une possibilité d'atteindre l'état voulu rapidement. Ce qui est recherché est tout d'abord de nouvelles sensations. Les jeunes se sentent gais, détendus, ils font la fête,.....ce sont les principaux effets retenus par les jeunes. Mais ils ne sont souvent pas conscients ou refusent de l'être sur les effets collatéraux avec notamment des pertes de conscience, une perte de contrôle de soi même, un risque de coma, de violence, de déprime,....ces effets sont mal connus et devraient plus souvent être expliqué à ces jeunes.

b - Les rapports non protégés.

L'autre problème lié à ces ivresses est le risque de rapports sexuels à risques. Effectivement lors d'une alcoolisation massive, la perte de contrôle peut être très rapide et des rapports sexuels non protégés peuvent avoir lieu. Les risques aussi bien pour les garçons que pour les filles sont les IST (Infections Sexuellement Transmissibles).

Mais il y a également le risque de grossesses non désirées notamment avec de jeunes filles encore scolarisées et qui ne sont pas prêtes à assumer un tel rôle.

Il est donc primordial d'éduquer les jeunes sur la sexualité en leur en parlant simplement et en leur exposant les risques encourus.

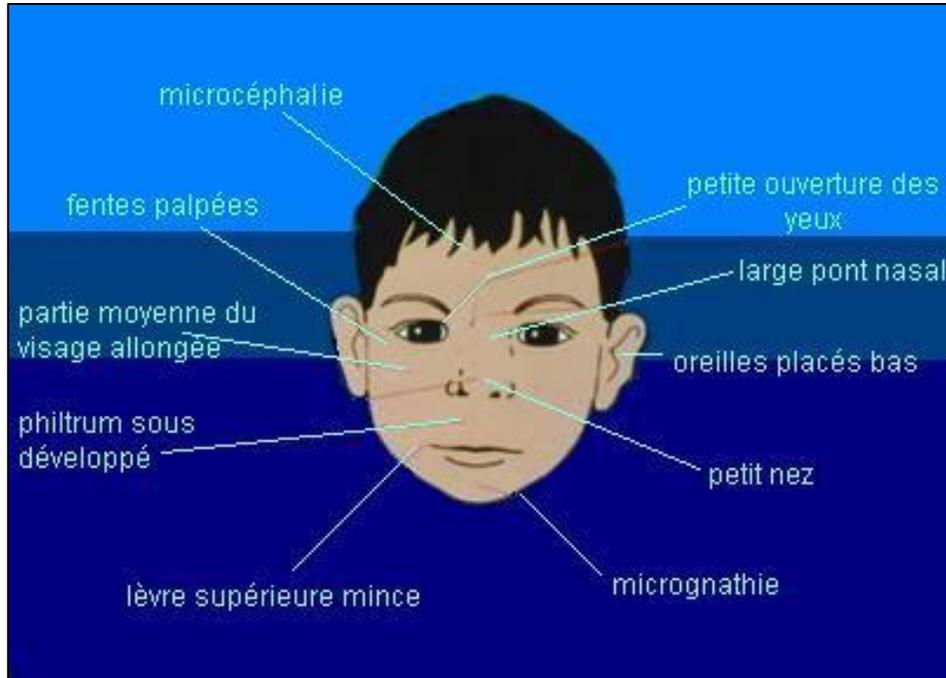
Ce thème de la sexualité n'est pas toujours très facile à aborder pour les parents. C'est pour cela que des cours d'éducation sexuelle sont donnés dans les collèges et les lycées. Mais les jeunes peuvent également se rapprocher des infirmières scolaires, de leur médecin traitant, du planning familial, de leur pharmacien ou de leurs parents car au final ce sont eux qui les connaissent le mieux.

c - L'alcoolisation fœtale.

Comme nous venons de la voir, les grossesses chez les adolescentes existent, qu'elles soient voulues ou pas, qu'elles soient connues ou pas. Le risque est surtout important pour les jeunes filles étant en déni de grossesse ou ne sachant pas qu'elles sont enceintes. Dans ces deux cas, une consommation d'alcool peut être effectuée, il y aura alors un risque d'alcoolisation fœtale. Bien entendu, ces risques de l'alcoolisation fœtale sont à expliquer à toutes les jeunes filles en âge de procréer. (20)

Les effets de cette alcoolisation fœtale sont nombreux, il y a tout d'abord les dysmorphies faciales avec des signes caractéristiques comme une microcéphalie, une fente palpébrale étroite, une face plate, une lèvre supérieure fine, un philtrum lisse et bombé. Mais il y a également des signes associés comme un épicanthus, la racine du nez plate, des anomalies du pavillon de l'oreille ou un petit nez retroussé et une micrognathie.

(21)



Les effets de l'alcool sur la morphologie faciale du nouveau né.

D'autres troubles sont également présents comme les troubles de la croissance avec un petit poids de naissance, un retard de croissance post natal malgré une nutrition normale, un poids fort bas par rapport à la taille du nourrisson.

Il y a aussi des troubles cognitivo comportementaux avec notamment des troubles scolaires, des troubles d'apprentissage, des problèmes de concentration, de mémoire et d'attention, des troubles de sociabilisation, des troubles du langage.

De nombreuses autres malformations sont également présentes comme des malformations cardiaques, ophtalmologiques, rénales, squelettiques, auditives (avec une possible surdité).

d - Les accidents de la circulation.

L'un des grands fléaux de l'alcool est également le risque routier, en effet 64% des 18-24 ans décédés ont été tués dans des accidents de la route. Et parmi ces 64%, 40% avait consommé de l'alcool (22). Il est donc très important d'éduquer les jeunes aux risques d'accidents routiers avant même qu'ils passent le permis. En effet beaucoup de mineurs sortent le soir et sont reconduits par des majeurs ayant le permis. La sensibilisation des mineurs pourrait permettre de leur éviter de monter dans ces voitures conduites par des gens alcoolisés.

e - Les accidents domestiques.

La vie d'un jeune ne se résume pas à sa vie avec ses amis. Il finira par rentrer chez lui et s'il a consommé de l'alcool le risque sera qu'il ait un accident domestique. Ils peuvent être de différentes natures, tomber sur un coin de table ou dans un escalier, oublier d'éteindre le gaz, se blesser avec un couteau,... ces risques peuvent bien évidemment arriver dans la vie de tous les jours mais ils sont bien entendu aggravés par la prise d'alcool.

f - La violence.

L'alcool n'ayant pas le même effet sur tous les gens, certains ont des poussées violentes qui peuvent les mettre en danger mais également mettre en danger les gens qui les entourent. Il arrive donc régulièrement que des jeunes se battent entre eux suite à des disputes ou même parfois sans aucune raison. Ce comportement peut avoir pour effet de renforcer le sentiment de toute puissance provoqué par l'alcool, mais comme tous les autres effets, ce sentiment ne durera que le temps de l'ivresse.

g - Les troubles psychologiques.

Lors d'une prise d'alcool répétée et/ou trop forte, l'organisme peut, dans certains cas, mal réagir, notamment au point de vue psychologique.

Une quantité d'alcool consommée rapidement peut en effet amener plus ou moins rapidement (en fonction de l'alcool consommé, du poids de la personne et de son habitude à boire) à une baisse de lucidité, ce phénomène est récurrent et souvent recherché par ces jeunes car cela leur permet d'être dans un nouveau monde, d'être plus intégrés dans un groupe, plus ouverts, plus populaires. Mais cette perte de lucidité peut également engendrer des pertes de mémoire qui elles sont plus préoccupantes car l'adolescent à ce moment là fait des choses sans s'en rendre compte et surtout sans s'en rappeler le lendemain!

Ces deux phénomènes peuvent bien sûr amener aux effets délétères sur la sexualité, l'agressivité, les accidents.

h - L'isolement.

Ce phénomène d'isolement n'apparaît qu'après un certain temps, lorsque la consommation se fait

de plus en plus fréquente et de plus en plus importante.

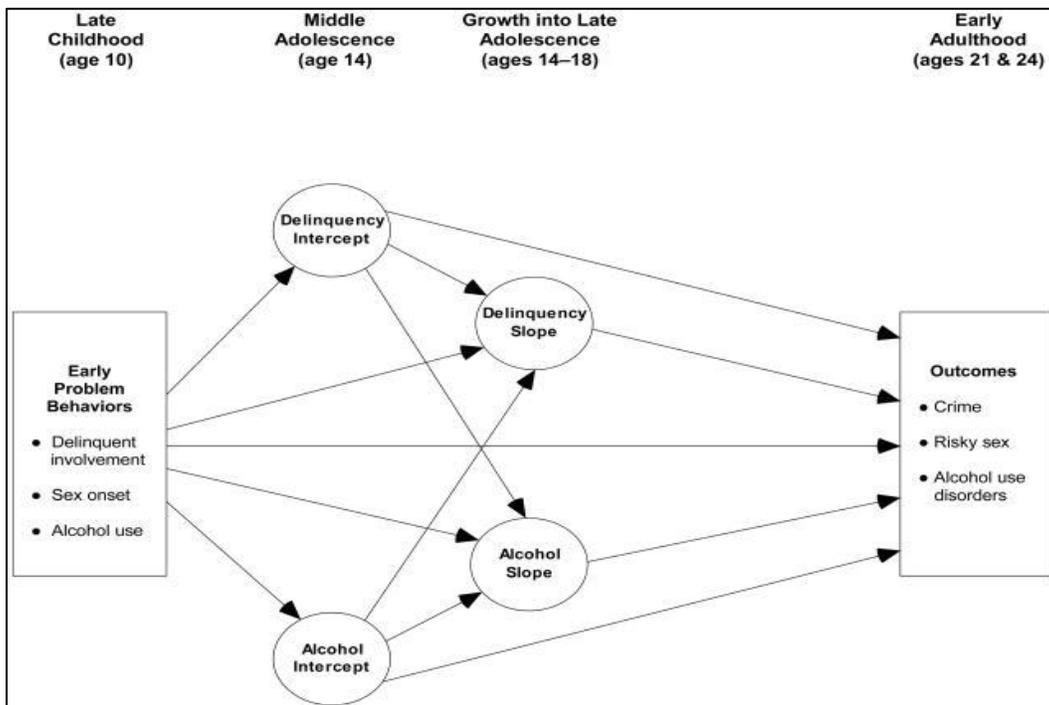
Il peut se caractériser par deux comportements. La déscolarisation et la marginalisation.

La déscolarisation correspond à l'arrêt des études par le jeune, à partir de ce moment là il passera ses journées avec des amis (consommateurs ou non) ou alors il restera chez lui enfermé et seul.

Les deux situations peuvent amener à une consommation encore plus importante d'alcool mais la deuxième amènera en plus à une marginalisation avec un risque accru de poly toxicomanie, d'enfermement, de dépression.

Ce schéma nous résume l'évolution que peut prendre dans certains cas la consommation d'alcool à un âge précoce, et les effets que cela peut avoir au début de l'âge adulte.

(23)



Les conséquences possibles d'une consommation précoce d'alcool.

Ces nombreux méfaits de l'alcool à court terme donnent donc des effets pouvant varier d'un individu à l'autre mais les jeunes dans un premier temps retiendront un sentiment de toute puissance de plaisir et de liberté. Tout leur semble possible, facile et sans danger. Mais cette

puissance ne dure pas dans le temps et rapidement les effets de l'alcool laissent place à la somnolence et ensuite au retour d'un mal-être physique et psychique. Malheureusement, dans certains cas l'adolescent ne retient que les effets « positifs » de l'alcoolisation ce qui le pousse à reconsommer rapidement et souvent des quantités de plus en plus importantes. C'est à partir d'une consommation plus importante et plus régulière que vont apparaître les effets au long terme de l'alcool.

B - Conséquences à long terme.

Ces effets sont souvent ignorés volontairement ou pas par les jeunes. Leur vision de l'avenir se fait en général à court terme ou est imaginée positive ce qui ne leur permet pas d'être conscient des nombreux effets néfastes de l'alcool.

Ce sont des effets qui apparaîtront généralement après plusieurs années de consommation régulière et plus ou moins intensive mais il est important de sensibiliser les jeunes le plus tôt possible car ce type de comportement avec l'alcool débute souvent par une utilisation amicale et occasionnelle entre amis ou lors de sorties.

a - Risque de cancer.

L'effet qui peut être le plus facile à assimiler pour les jeunes et peut être le risque de cancer qui touche une population importante (consommatrice ou pas d'alcool) et qui touche de près ou de loin de nombreuses familles. Il est dans un premier temps important de préciser aux jeunes qu'un décès par cancer sur 9 est lié à l'alcool (24).

Il est également important d'expliquer ce qu'est un cancer et que le risque de mort est parfois très important malgré une prise en charge rapide et lourde, puis leur expliquer les cancers les plus caractéristiques à l'alcool.

Un des points de vue contestables de ces explications est de faire voir ou pas des photos chocs de cancer. Il est déjà indispensable de faire une explication approfondie des effets à court terme puis de basculer lentement sur le cancer en faisant voir des photos qui peuvent faire voir la réalité des choses tout en faisant prendre conscience que l'alcool est réellement un produit toxique quand il est utilisé en grosse quantité et sur de longues durées.

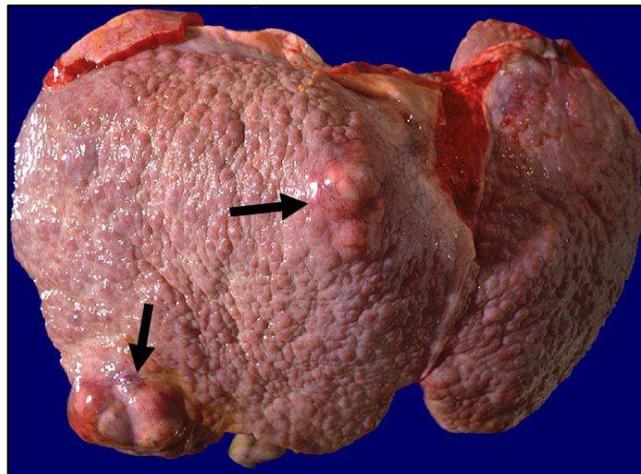
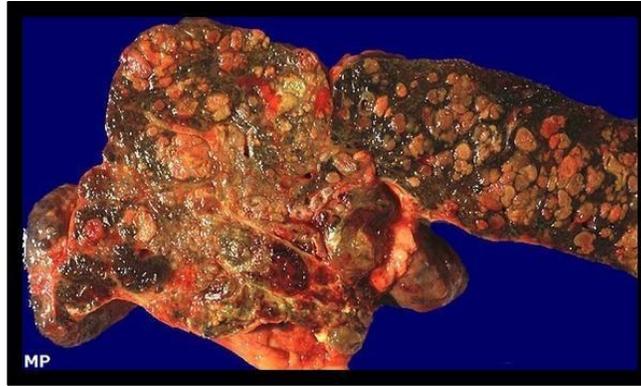
Le mode de consommation de l'alcool étant majoritairement oral, les cancers mis en cause seront donc des cancers affectant tout le tube digestif, avec notamment des cancers de la bouche, de la langue, de l'oesophage, de l'estomac, du foie, du pancréas, des intestins et du rectum.

(25) (26)



Cancer de la langue

(27)



Cancer du foie

Un des autres effet à long terme qui peut atteindre le foie est la cirrhose qui est une dégénération des hépatocytes avec formation de nodules de régénération.

b - Atteinte du système nerveux.

Syndrome de Gayet-Wernick. (28)

Ce syndrome est une complication neuropsychiatrique qui est secondaire à une carence en vitamine B1 (thiamine). Cette carence est fortement présente en cas d'alcoolisme chronique, ce qui justifie la présence de ce syndrome chez les alcoolos-dépendants.

C'est un syndrome découvert en 1881 qui se caractérise par une triade de symptômes : une ataxie (impossibilité de réaliser les mouvements volontaires), une paralysie oculomotrice et des troubles de la conscience. Malheureusement cette triade n'est présente que dans 10% des cas et lorsque les

troubles sont pris individuellement ils ne sont pas caractéristiques.

Le diagnostic est donc difficile et il se base sur un faisceau de symptômes qui sont l'ataxie, les troubles de la conscience, l'ophtalmoplégie, les vomissements, les céphalées, les hypotensions, les hypothermies, les troubles cognitifs,... L'un des diagnostics qui serait le plus précis est l'étude anatomique, mais malheureusement ce diagnostic est impossible. En effet ce syndrome se caractérise par des hémorragies, une prolifération gliale et à une démyélinisation des structures entourant le 3ème ventricule, les corps mamillaires et les noyaux oculomoteurs. Il est donc évident que cette étude anatomique ne peut se faire qu'après le décès de la personne.

Un traitement existe tout de même pour atténuer les effets de ce syndrome le plus vite possible. Il s'agit de la prise orale de vitamine B1. Mais si ce traitement n'est pas fait à temps ou même si le diagnostic n'est pas avéré, la personne alcoolo-dépendante risque de basculer dans le syndrome de Korsakoff qui lui est beaucoup plus grave. Ce syndrome de Korsakoff se caractérise par des troubles importants de la mémoire, notamment de troubles mnésiques antérogrades et rétrogrades qui peuvent être sévères et irréversibles dans certains cas.

Autres conséquences neurologiques.

(29)

L'encéphalopathie hépatique, cette pathologie est souvent consécutive à une cirrhose alcoolique, ou à une insuffisance hépatocellulaire. Elle se caractérise par un « flapping tremor » (baisse du tonus des muscles extenseurs de la main), un syndrome confusionnel et un coma.

La polynévrite, qui se caractérise par des lésions axonales des membres inférieurs, ce qui provoque crampes, hypoesthésie, parésies et paralysies. C'est une pathologie qui est causée par une baisse de vitamine B1 ou directement par la toxicité de l'alcool.

La névrite oculaire qui est également une atteinte axonale du nerf optique cette fois-ci et qui apparaît, semble-t-il lorsque le tabac est associé à l'alcool.

L'atrophie cérébrale qui serait présente chez 50% des consommateurs abusifs d'alcool et qui serait à l'origine d'une perte de substance blanche associée à une baisse de la perfusion au niveau frontal. Ces troubles sont heureusement réversibles en cas d'abstinence d'assez longue durée.

L'épilepsie, elle est présente chez 4 à 7% des alcooliques et elle est soit causée par une consommation excessive d'alcool, soit lors d'un sevrage.

Nous savons qu'une consommation régulière d'alcool peut amener la personne à avoir des troubles de la mémoire, des problèmes d'apprentissage, des troubles psychomoteurs. Mais si cette

alcoolisation augmente et qu'elle perdure dans le temps, la personne s'engagera dans un risque de démence.

c - Troubles pancréatiques.

Le trouble le plus fréquent chez la personne alcoolique est la pancréatite chronique qui peut évoluer en quelques années en pancréatite aiguë. Elle se caractérise par des lésions au niveau du pancréas qui sont causées par l'alcool mais aussi par une alimentation trop riche en protéines et en graisse.

Elle n'apparaît cliniquement qu'après de nombreuses années de consommation excessive en provoquant des douleurs, ces douleurs diminueront ensuite pour laisser place à une calcification du pancréas et à une insuffisance pancréatique.

d - Risques cardiaques.

L'hypertension artérielle.

L'alcool est un facteur pouvant augmenter les pressions systoliques et diastoliques. De ce fait, de nombreuses personnes voient leur pression artérielle augmentée et ils sont donc mis sous traitement anti hypertenseur. On considère qu'en moyenne une personne sera hyper tendue en ayant une pression artérielle systolique supérieure à 14 mm de mercure et une pression artérielle diastolique supérieure à 90 mm de mercure.

Il est important de noter que dans de nombreux cas, ces personnes retrouvent une pression artérielle normale si elles arrêtent l'alcool (à condition qu'ils n'aient pas d'autres facteurs augmentant celle-ci).

Les cardiomyopathies.

Une consommation d'alcool trop importante durant plusieurs années peut provoquer des palpitations, des dyspnées d'efforts et des troubles du rythme qui peuvent à long terme provoquer une cardiomyopathie avec dilatation des cavités cardiaques et une insuffisance cardiaque.

Les arythmies cardiaques.

Elles se caractérisent par un rythme cardiaque irrégulier ou par des pulsations inférieures à 60

battements ou supérieurs à 100 battements par minute.

Dans le cas de l'alcool, ces arythmies peuvent apparaître dans diverses occasions, soit dans un alcoolisme chronique chez une personne ayant déjà un cœur fatigué ou dans une consommation aigue d'alcool chez une personne ayant un cœur encore sain.

e - Risques sanguins.

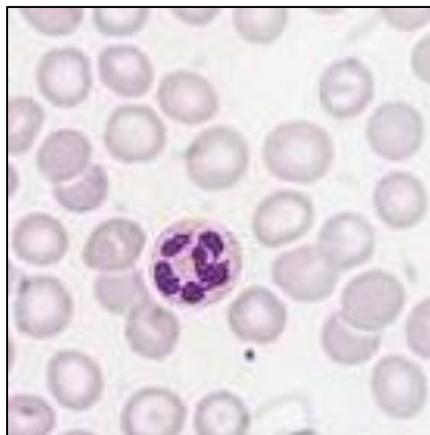
La consommation d'alcool durant de nombreuses années peut provoquer de gros troubles sanguins. L'un des « avantages » de ces perturbations sanguines sont qu'elles permettent un diagnostic de l'alcoolisme chronique.

La macrocytose.

Elle se traduit par une augmentation de la taille des globules rouges. Le moyen de détecter cette anomalie est de mesurer le VGM (Volume Globulaire Moyen) qui sera donc plus ou moins augmenté lors d'un alcoolisme chronique.

Cette anomalie est due soit directement à la toxicité de l'alcool soit secondairement par un déficit en acide folique faible qui permet donc de détecter les alcoolismes chroniques.

(30)



La macrocytose.

La ferritinémie.

Cette augmentation de fer sérique est surtout apparente lors d'alcoolisations aiguës. Elle est fréquente mais reste souvent modérément élevée.

Les mécanismes de cette augmentation ne sont pas très bien connus mais c'est un élément de plus qui peut être utilisé lors d'un dépistage d'alcoolisation.

Les troubles de l'agrégation plaquettaire.

Ces troubles restent présents durant très longtemps après la fin d'une alcoolisation chronique et ils se caractérisent par un allongement du temps de saignement. Ces troubles sont surtout causés par un dysfonctionnement au niveau de la prostaglandine A2.

f - Risques articulaires.

Des troubles articulaires peuvent apparaître avec notamment une accumulation de cristaux d'acide urique dans les articulations. Ces accumulations peuvent entraîner des crises de goutte et ces crises sont encore plus douloureuses quand une alimentation grasse s'associe à la consommation excessive d'alcool.

g - Problèmes dentaires.

Une consommation excessive d'alcool associée à un vieillissement et à une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut amener à des parodonties, des gingivites et à des déchaussements dans certains cas.

(31)



La gingivite.

(32)



La parodontite.

C - Les troubles de la vie sociale.

Comme nous l'avons vu précédemment, la consommation des jeunes est souvent festive et elle se fait en générale entre amis. Mais au fur et à mesure de l'enfoncement de la personne dans son alcoolisme, elle s'isole, perd des amis, sa famille s'éloigne également. Ce phénomène la plonge dans un cercle vicieux dont il est très dur de sortir.

Il n'est pas rare de voir des gens d'un certain âge sujet à des troubles alcoolique et vivant seul à longueur d'année. C'est pour cela qu'il est important dans un traitement de sevrage de toujours entourer la personne psychologiquement qu'elle ait 20 ou 70 ans. Mais il est également primordial pour éviter ce phénomène de solitude et d'amplification de cet alcoolisme de le prendre en charge le plus vite possible et de provoquer un déclic chez les adolescents pour qu'ils

n'en arrivent pas un jour à ce stade.

D - Le « french paradoxe » et les idées reçues sur l'alcool.

Le « french paradoxe » est un phénomène français, en effet nous sommes l'un des principaux pays producteurs de vin. Le vin contient beaucoup de polyphénols qui ont tendance à diminuer les risques cardiovasculaires. Cette caractéristique pourrait pousser les gens à la consommation mais il est important de préciser que le vin reste de l'alcool avec tous les effets indésirables que nous avons cités précédemment. Il doit donc être consommé avec modération.

Quant aux idées reçues sur l'alcool, elles sont encore nombreuses et persistent encore de nos jours dans la mentalité de nombreuses personnes. En effet, ces personnes pensent que l'alcool réchauffe alors qu'il a l'effet inverse et qu'il provoque des hypothermies (qui sont d'ailleurs souvent fatales pour les personnes sans domicile fixe), que l'alcool tue les microbes ou encore qu'il désaltère. Ces préjugés ne sont pas prêts de disparaître dans la population adulte mais il est important de souligner ces croyances erronées afin que celles-ci disparaissent avec la nouvelle génération.

Partie II :

La relation de l'adolescent avec l'alcool.

I - Épidémiologie de l'alcool chez les jeunes de 13 à 20 ans.

A - L'évolution des habitudes de consommation des jeunes de 13 à 20 ans dans les enquêtes ireb de 2001 et de 2007.

Ce qui est important dans cette comparaison entre ces deux années est que les méthodes de calculs utilisées ont été les mêmes ce qui rend les graphiques et les interprétations plus justes.

a - Enquête ireb de 2001.

(33)

Cette enquête transversale fut réalisée sur un échantillon de 1028 adolescents de 13 à 20 ans et l'originalité de cet échantillon est qu'il y a une prise en compte des jeunes scolarisés ou pas, alors que dans de nombreuses autres enquêtes seul les jeunes scolarisés sont pris en compte. Ce système permet d'étudier un type de population plus large et de prendre en compte tous les types de jeunes qu'ils soient scolarisés, en apprentissage, en échec scolaire,...

De plus, cette étude est également originale par son mode de calcul car ils sont faits en nombre de verres standard par mois (vpm), ce type de calcul prend donc en compte la fréquence de consommation mais également le nombre de verres bus à chacune de ces occasions.

Il sera donc important dans ce chapitre d'aborder les notions et les chiffres de la fréquence des consommations, des volumes consommés et de déterminer le type de boisson que consomment ces adolescents en priorité.

La fréquence des consommations.

La fréquence de consommation est simplement le fait de savoir la répétition de l'utilisation de l'alcool par un jeune.

Une question simple pour déterminer cette fréquence de consommation est de demander à ces adolescents si ils consomment moins d'une fois dans l'année (ce qui les rendent non consommateurs), plus d'une fois par an mais moins d'une fois par mois (ce qui les rendent

consommateurs très occasionnels), entre 1 et 10 fois par mois (ce qui les rendent consommateurs occasionnels) ou plus de 10 fois par mois (ce qui les rend consommateurs fréquents).

Non consommateurs	22%
Consommateurs très occasionnels	23%
Consommateurs occasionnels	34%
Consommateurs fréquents	21%

La fréquence des consommations en 2001.

Le souci de ces résultats est que, dans les non consommateurs sont tout de même présentes les personnes consommant moins d'une fois par an...il est donc important de préciser que dans ces 22% d'adolescents non consommateurs se trouvent 13% de jeunes étant abstèmes, c'est-à-dire n'ayant jamais consommé d'alcool au cours de leur vie.

Mais ce questionnement des jeunes nous donne tout de même des informations importantes. On constate qu'un très grand nombre d'adolescents ont déjà eu un contact plus ou moins fort, plus ou moins régulier avec l'alcool. Certes, tous ne finiront pas dans l'excès mais ce pourcentage est à la base de beaucoup de problèmes. Si moins de jeunes croisaient le chemin de l'alcool, les excès dans leur futur seraient moins nombreux.

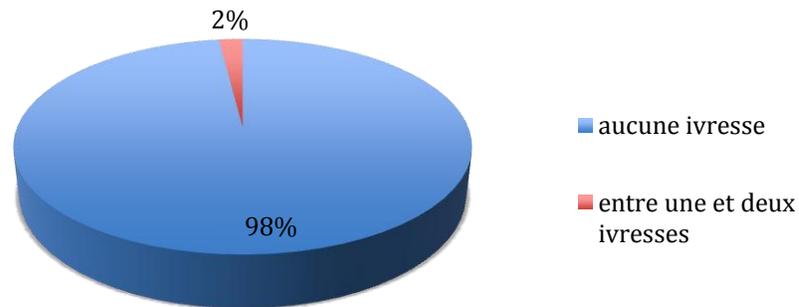
Le deuxième constat de cette étude est qu'un grand nombre de jeunes de 13 à 20 ans ont une consommation d'alcool occasionnelle (34%). Ils consomment donc entre 1 et 10 fois par mois. Cette consommation peut se faire le weekend entre amis, mais également en semaine. Il est donc important de différencier ces deux façons de consommer et il est également très important de faire la différence entre les jeunes de 13 ans et ceux de 20 ans qui n'ont logiquement pas les mêmes habitudes de consommation.

Toutefois, il reste également important surtout chez un adolescent de déterminer la fréquence de ses ivresses car il est vrai qu'avec l'apparition des premix et du binge drinking cette pratique à tendance à s'amplifier.

Afin d'être plus précis sur cette fréquence, les jeunes ont été séparé en fonction de leur âge, ainsi nous pouvons avoir une approximation du nombre d'ivresse par mois en fonction de leur âge.

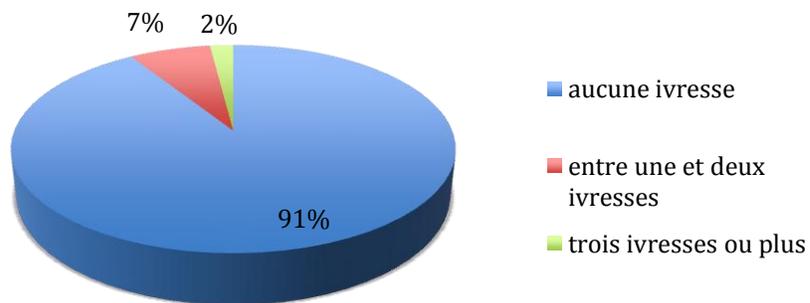
La fréquence des ivresses.

Nombre d'ivresses des 13-14 ans au cours du dernier mois.



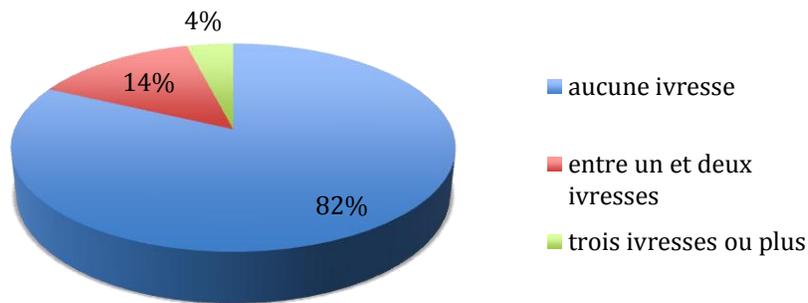
La fréquence des ivresses des 13-14 ans au cours du dernier mois en 2001.

Nombre d'ivresses des 15-16 ans au cours du dernier mois.



La fréquence des ivresses des 15-16 ans au cours du dernier mois en 2001.

Nombre d'ivresses des 16-17 ans au cours du dernier mois.



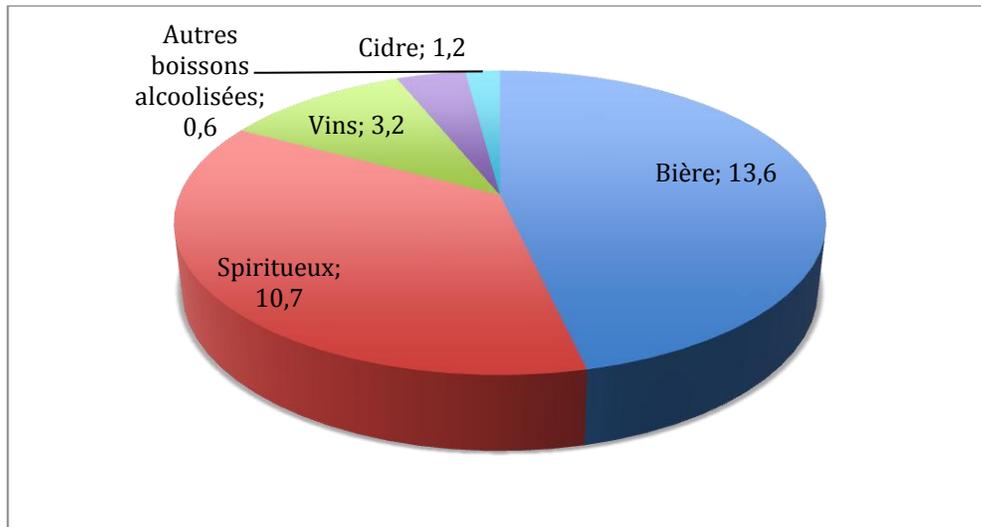
La fréquence des ivresses des 16-17 ans au cours du dernier moi en 2001.

Le constat fait par les équipes de l'ireb à montrer que le taux d'ivresse augmentait surtout à partir de 15 ans. Avant cet âge le pourcentage d'ivresse au cours du dernier mois chez les 13-14 ans était de 2% ce qui n'est pas anodin, mais ce pourcentage augmente fortement à 15 ans avec 7% des 15-16 ans ayant eu 1 à 2 ivresses et 2% au moins 3 ivresses dans le dernier mois. Et ces chiffres doublent encore pour la tranche d'âge des 17-18 ans.

L'augmentation de ces ivresses est donc constatée vers l'âge de 16 ans avec l'arrivée au lycée, pour les jeunes étant encore scolarisés et le début de l'appartenance à un groupe d'ami. Il est important de savoir déterminer les facteurs pouvant pousser le jeune à avoir des ivresses et à les répéter de plus en plus souvent dans le temps. C'est l'une des clefs qui pourrait permettre une meilleure prévention.

Le type de boisson consommé en 2001 en vpm (Verres Par Mois).

Chez les garçons. (en vpm)



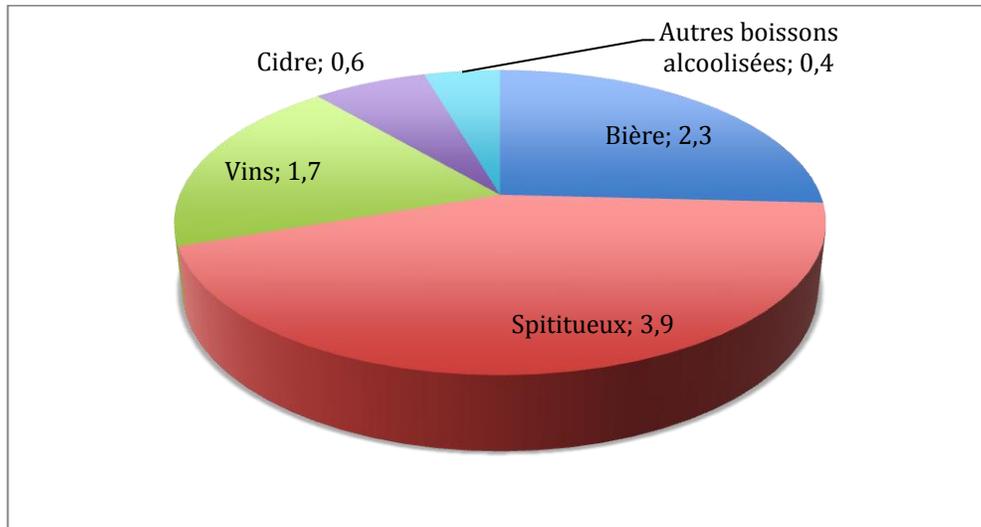
Les types de boissons consommées par les garçons en vpm en 2001.

Chez les garçons, une large préférence pour les bières est constatée. Cette préférence peut s'expliquer par la facilité à s'en procurer, mais aussi par mimétisme du père. C'est également une boisson qui reste agréable à boire, de plus, le jeune garçon aura l'impression de boire beaucoup d'alcool car un verre standard de bière fait 25 centilitres, alors qu'un verre standard de spiritueux par exemple ne fera que quelques centilitres.

Les spiritueux sont en deuxième position. Ce sont des alcools ayant une forte teneur en alcool ce qui les rend puissants. Ils auront en général un goût un peu plus désagréable pour le jeune mais ils ont un certain « avantage » pour eux, ils permettent d'atteindre une ivresse rapide.

En troisième position se trouvent les vins qui sont, on peut le penser, consommé de préférence en famille sous le contrôle d'un adulte. Ce plus faible pourcentage nous montrerait dans ce cas que le jeune aura tendance à ne pas ou peu consommer devant ses parents et sa famille.

Chez les filles. (en vpm)



Les types de boissons consommées par les filles en vpm en 2001.

Les résultats peuvent cette fois-ci paraître étonnants car les filles sont en générale plus attirée par les spiritueux c'est-à-dire des boissons très fortes. Ce phénomène peut s'expliquer par le gout aromatique de ces boissons et par leur caractère très sucrées. Ces filles peuvent donc avoir l'impression de ne pas consommer d'alcool. Et le fort degré alcoolique de ces boissons leur apporte en plus rapidement une ivresse agréable.

Les bières sont donc moins préférées. Elles ont souvent une réputation masculine, avec la peur pour ces filles de sentir la bière, de devoir boire de grosses quantités.

b - Comparaisons entre les enquêtes de 2001 et de 2007.

(34)

L'âge des premières consommations et des premières ivresses.

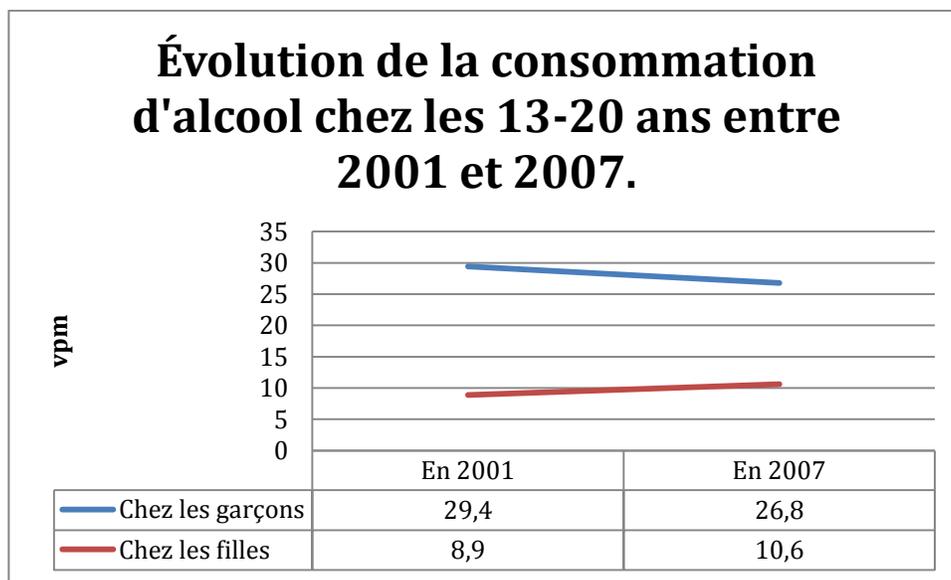
L'une des premières habitudes à comparer est l'âge de la première consommation d'alcool chez ces jeunes. En effet, dans le cas des garçons et des filles, cet âge a diminué, ce qui confirme une consommation de plus en plus précoce. Nous constatons également que les garçons gardent le « privilège » de la consommation la plus précoce en la faisant à l'âge de 13,2 ans en 2007, alors qu'en 2001 elle était à 13,8 ans. Pour les filles, cette consommation se faisait à l'âge de 14,3 ans

en 2001 et 13,6 en 2007. Ce phénomène de consommation plus précoce chez les garçons que chez les filles peut s'expliquer par le fait que les garçons sont plus tôt dans un comportement de confrontation avec leurs parents ou dans un comportement d'émancipation afin de prendre une importance plus grande auprès de leurs amis de classe, de sport ou de leur quartier.

Ce rajeunissement de l'âge de la première consommation est donc inquiétant même s'il paraît dérisoire. En effet ce phénomène nous montre que la prévention auprès des jeunes n'est peut être pas suffisante, pas assez ciblé, ou pas assez choc pour faire réagir ces jeunes face aux effets désastreux que peut avoir l'alcool sur leur vie future.

L'autre première expérience importante que font les jeunes, est leur première ivresse qui malgré ce que l'on peut penser n'évolue pas énormément dans cette enquête entre 2001 et 2007 que ce soit chez les filles, ou chez les garçons. Chez les garçons, cet âge reste pour ces deux années à 15 ans et 2 mois et chez les filles l'âge passe de 15 ans et 6 mois à 15 ans et 2 mois. Cet âge identique entre les garçons et les filles pourrait se comprendre par le fait que vers l'âge de 15 ans les jeunes commencent à sortir entre eux, de faire des fêtes et que les garçons et les filles commencent également à se rapprocher. Ces rapprochements festifs peuvent donc être alcoolisés et conduire à des ivresses.

Quantité d'alcool consommé (en verre par mois) chez les 13-20 ans entre 2001 et 2007.



Les quantités d'alcool consommées (en vpm) entre 2001 et 2007.

Bien entendu cette question ne fut posée qu'aux jeunes consommant de l'alcool.

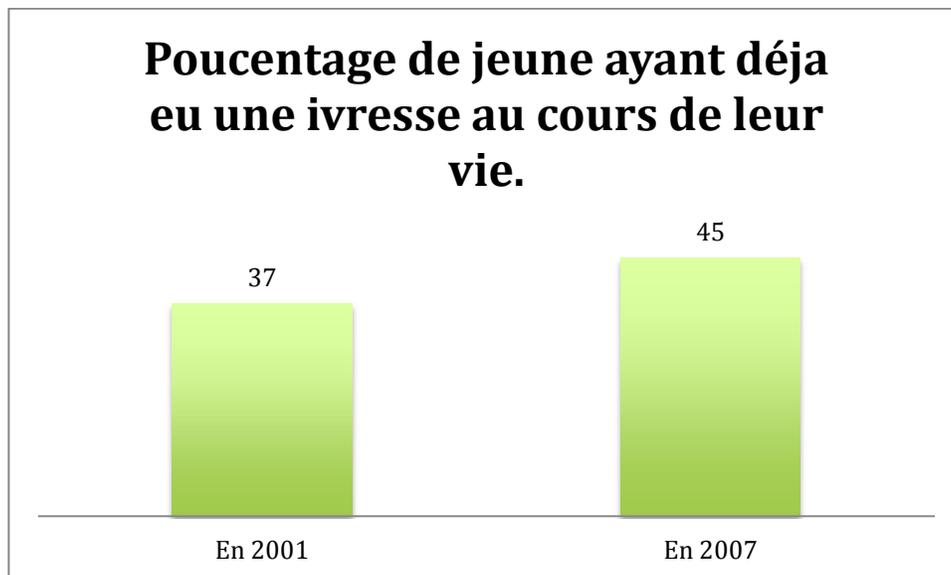
Nous constatons sur ce graphique que la quantité d'alcool consommé par les garçons entre ces deux années a légèrement baissé passant de 29,4 à 26,8 verres d'alcool par mois alors que celle des filles a augmenté passant de 8,9 à 10,6 verres d'alcool par mois.

Le bilan n'est donc pas aussi dramatique en ce qui concerne les garçons car malgré une première consommation plus précoce, la consommation mensuelle de ces jeunes diminue. Mais en ce qui concerne les filles, le phénomène est un peu plus préoccupant car malgré une première consommation plus tardive et un nombre de verres consommés par mois plus faible que les garçons la quantité augmente tout de même.

L'évolution des ivresses des jeunes de 13 à 20 ans entre 2001 et 2007.

Il est important dans le domaine des ivresses de faire une différence dans les fréquences de celles-ci. En effet, une seule ivresse au cours de la vie a un impact moins fort que des ivresses répétées et malheureusement trop fréquentes que vivent certains jeunes aujourd'hui.

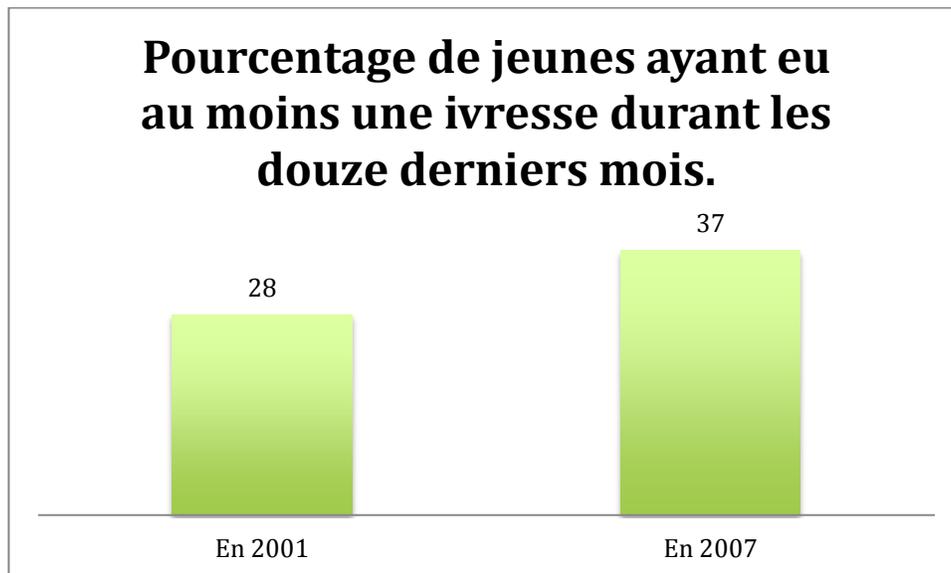
Pourcentages de jeunes ayant eu déjà au moins une ivresse dans leur vie.



Le nombre d'ivresse au cours de leur vie.

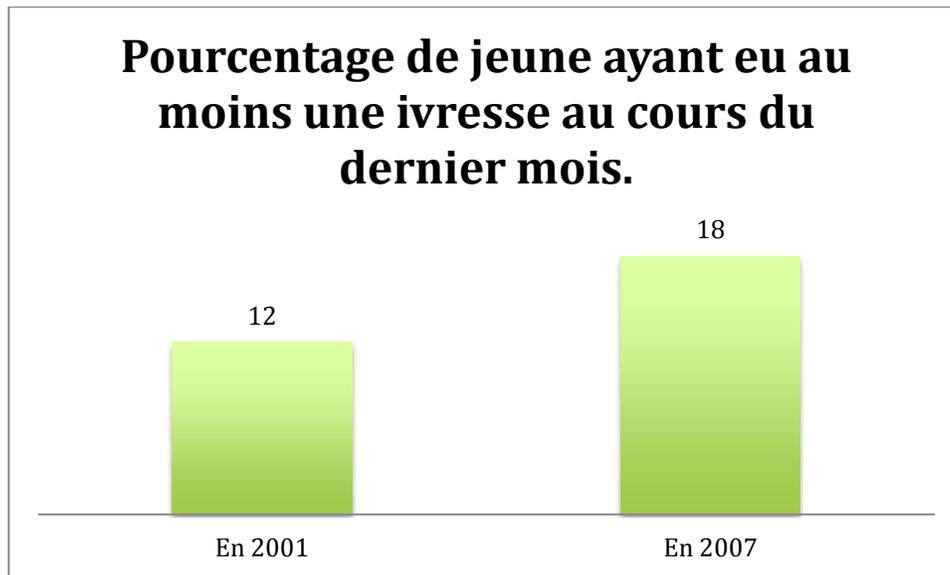
Ce graphique fait donc le bilan sur le fait que les jeunes ont déjà eu une ivresse ou pas. Nous constatons que 37% de ces jeunes en avaient déjà eu une dans leur vie en 2001 et que ce pourcentage est passé à 45% en 2007. Ce constat peut paraître alarmant, mais il ne s'agit que d'une évaluation large qui prend aussi bien en compte les jeunes n'ayant eu qu'une seule ivresse que ceux en ayant plusieurs fois par an voire plusieurs fois par mois ou toutes les semaines. Ces chiffres donnent donc une approximation de la tendance à l'augmentation de ces ivresses mais il est important également de s'intéresser aux ivresses ayant eu lieu dans la dernière année ainsi que dans le dernier mois.

Pourcentage de jeunes ayant eu au moins une ivresse durant la dernière année.



Le nombre d'ivresse au cours de la dernière année.

Pourcentages des jeunes ayant eu au moins une ivresse durant le dernier mois.



Le nombre d'ivresse au cours du dernier mois.

Ces résultats au cours de la dernière année et du dernier mois sont donc en concordance avec les résultats prenant en compte toute la vie du jeune.

Ce constat est donc négatif en montrant bien une nette augmentation des nombres d'ivresses chez les jeunes entre 2001 et 2007. Ce constat montre bien que les mesures mises en place par le gouvernement et que les actes de prévention ne sont pas suffisants pour enrayer cette augmentation.

Cependant, ces études ne se focalisent que sur des années assez peu contemporaines de 2013, et des résultats plus récents ne sont pas encore publiés par l'IREB. C'est pourquoi il est important de croiser ces résultats avec une autre enquête, l'enquête ESCAPAD.

B - Évolution de l'alcoolisation chez les jeunes de 11 à 17 ans dans l'enquête ESCAPAD de 2000 à 2011.

(35) (36) (37)

Ces enquêtes furent réalisées entre 2000 et 2011 ce qui nous permet ici d'avoir une vue sur plusieurs années consécutives et donc de voir les évolutions plus précisément.

a - Méthode de recueil des informations.

L'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de la journée d'Appel à la Défense) est une enquête beaucoup plus précise. En effet, elle n'est réalisée que sur la population française et elle prend en compte tous les jeunes qu'ils soient scolarisés ou non. Cette méthode de recueil des informations est possible grâce à la journée d'appel à la défense. Ainsi tous les jeunes sont questionnés, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin, qu'ils soient scolarisés ou non. Ils sont interrogés au même âge ce qui donne un autre avantage. Les résultats de ce type d'enquête sont donc plus importants pour nous.

b - Résultats.

Les résultats sont séparés en 3 items, l'âge des premières consommations, la fréquence de ces consommations et les ivresses.

L'âge des premières consommations.

Ces études nous montrent qu'à l'âge de 12 ans, 70,4% des garçons et 62,5% des filles avaient déjà eu une première expérience avec l'alcool. Ce phénomène s'explique surtout par la consommation en famille lors de repas conviviaux où les enfants ont le droit de boire leur premier apéritif ou lorsqu'ils finissent les verres des adultes à la fin des repas. Ce pourcentage augmente jusqu'à l'âge de 16 ans pour atteindre son pic à environ 90%. À cet âge, l'écart entre les garçons et les filles est presque nul ce qui montre que les garçons ont leurs premières consommations en général avant les filles mais que celles-ci se rattraperont quelques années plus tard.

La fréquence des consommations chez les jeunes de 17 ans.

	Pourcentage de jeunes (garçons et filles mélangés)			
	2000	2005	2008	2011
Expérimentation.		92,3	92,6	91
Consommation régulière.	10,7	12	8,9	10,5
Consommation quotidienne.		1,2	0,8	0,9

L'évolution de la fréquence de consommation entre 2000 et 2011.

Ce tableau nous montre bien qu'à l'âge de 17 ans l'expérimentation est très forte comme nous l'avons vu précédemment avec plus de 90% des jeunes ayant déjà consommé au moins une fois de l'alcool au cours de leur vie.

Ce pourcentage est plus faible si l'on prend en compte des consommations plus importantes mais ces résultats sont tout de même très importants puisque à l'âge de 17 ans, les jeunes n'ont logiquement aucune possibilité d'accéder à l'alcool dans les magasins, les bars et les discothèques.

Il est important de noter qu'entre 2003 et 2008 une baisse des consommations régulières et quotidiennes a eu lieu, mais depuis 2008 ces consommations sont reparties à la hausse.

Cependant, il est important de faire une distinction entre les garçons et les filles en comparant les ratios Garçon/Fille.

	Ration G/F	
	2008	2011
Expérimentation.	1,00	1,02
Consommation régulière.	3,40	2,70
Consommation quotidienne.	5,40	6,04

L'évolution des ratios Garçon-Fille sur la fréquence des consommations entre 2008 et 2011.

Ces résultats nous montrent bien que l'expérimentation reste la même entre les garçons et les filles. Mais dès que l'on s'intéresse à une consommation plus importante, les ratios augmentent, ce qui nous montre bien une grande différence de consommation entre les filles et les garçons. En effet, dans ce cas, ces ratios élevés nous montrent soit une consommation des garçons très forte soit une consommation des filles très basses. Mais il semblerait que la première solution soit la plus juste.

La fréquence des ivresses à 17 ans.

Dans un premier temps il est important de s'intéresser à la situation au moment où l'enquête a été réalisée. Le principe utilisé est le même que pour la fréquence des consommations et les résultats sont les suivants.

	Pourcentage de jeunes (garçons et filles mélangés)			
	2002	2005	2008	2011
Expérimentation.	55,95	56,6	59,8	58,5
Au moins une ivresse dans l'année.	46,9	49,3	50,5	50,3
Ivresse répétées.		26,00	25,6	27,8
Ivresse régulière.		9,7	8,6	10,5

L'évolution de la fréquence des ivresses entre 2000 et 2011.

Ces résultats nous montrent le même bilan que précédemment avec cependant des pourcentages plus faibles. En effet les ivresses ne sont heureusement pas présentées à chaque fois qu'un adolescent consomme de l'alcool.

Mais il reste important de se préoccuper de ce problème car à l'âge de 17 ans presque 60% des garçons et des filles ont déjà eu au moins une ivresse.

Mais le constat à faire de ce tableau est que malgré les préventions faites depuis des années, le nombre des ivresses ne fait qu'augmenter avec des ivresses répétées et régulières de plus en plus nombreuses entre 2005 et 2011.

	Ratio G/F	
	2008	2011
Expérimentation.	1,20	1,19
Au moins une ivresse dans l'année.	1,30	1,28
Ivresse répétées.	1,70	1,60
Ivresses régulières.	2,70	2,62

L'évolution des ratios Garçon-Fille sur la fréquence des ivresses entre 2008 et 2011.

L'un des points importants que nous amène ces ratios est que l'expérimentation des ivresses est la même entre les garçons et les filles. Mais dès que les ivresses se répètent régulièrement ou même quotidiennement, ces ratios augmentent. Ce qui montre bien encore une fois une relation avec l'alcool plus importante chez les garçons que chez les filles.

Le constat reste donc préoccupant que ce soit du point de vue des fréquences des consommations mais aussi du point de vue des ivresses et de leurs répétitions. Il est donc important de se focaliser sur la prévention en amont qui n'est peut être pas en adéquation avec la vraie vie et qui n'est peut être pas adaptée à une population jeune. Car aux vues de l'âge des premières consommations, cette première prévention devrait commencer de plus en plus tôt.

II - Pourquoi les ados consomment-ils ces substances?

L'alcool est un produit de plus en plus présent dans notre société que ce soit par la variété des produits proposés mais également par la publicité engendrée par ceux-ci. De plus, l'alcool a depuis toujours une image festive qui fait de lui un élément indispensable de sociabilisation, de fête et d'amusement.

Il est donc devenu « normal » pour de nombreuses personnes de consommer, ce qui entraîne les jeunes à faire leurs premières expérimentations avec l'alcool. Cependant, les façons de croiser la route de l'alcool peuvent être variées et ce que nous aborderons ici.

A - Les facteurs associés à la consommation importante d'alcool.

Il est tout d'abord important de décrire les facteurs associés à la consommation d'alcool qui sont présents dans tous les types de découvertes et qui ancrent l'alcool chez le jeune jusqu'à un possible abus, voir une dépendance.

(38)

a - Facteurs familiaux.

L'environnement familial.

Il est reconnu depuis longtemps que l'environnement familial a un rôle primordial dans la consommation d'alcool chez les jeunes.

Ce facteur de risque fut développé par de nombreux scientifiques dont Albert BANDURA qui est à la base de la « théorie de l'apprentissage social par imitation ». Cette théorie se base sur le fait que les comportements des enfants ne seraient pas spontanés et ne seraient pas non plus les conséquences du hasard. Mais ces comportements seraient le résultat de l'observation qu'à un enfant sur le monde. Bandura insiste d'ailleurs sur le fait que les enfants augmenteraient leurs répertoires d'actions en voyant ou en entendant leur entourage adopter tel ou tel comportement. Par exemple, si un enfant voit ses amis récompensés parce qu'ils disent « merci » « s'il te plaît », il adoptera leur vocabulaire afin d'être lui aussi récompensé. Dans ce cas (et dans cette théorie), l'enfant apprend des comportements qu'il observe uniquement s'il constate que ce comportement peut avoir un effet bénéfique sur lui. (39)

En ce qui concerne la consommation d'alcool chez les jeunes, la théorie est un peu plus

compliquée. En effet, les enfants peuvent mémoriser des comportements afin de les réutiliser plusieurs mois ou plusieurs années plus tard, et s'est-ce qui peut se passer dans le cas de l'alcool. On parle à ce moment là d'apprentissage fortuit ou incident, cela veut dire que l'enfant sera confronté à la consommation d'alcool de son ou ses parents, qu'il enregistrera leur comportement et qu'il pourra le réutiliser au moment venu lors de l'adolescence.

Cependant, tous les enfants de parents alcooliques ne développeront pas d'abus ou de dépendance vis-à-vis de cette substance. Ce phénomène s'explique par le fait que l'enfant fera l'association de l'observation de plusieurs comportements afin de créer SON propre comportement. Il aura donc un comportement vis-à-vis de l'alcool qui pourra aller d'une dépendance à un rejet total aux vues des différentes observations qu'il aura eues tout au long de son enfance et de son adolescence.

La relation parents-enfant.

La famille a également un rôle d'écoute important, et le fait de ne pas parler avec son enfant peut avoir des conséquences sur la consommation d'alcool de celui-ci. Il est donc important que les parents osent aborder tous les sujets avec leurs enfants même si certains sujets leur paraissent futiles. Mais il est également important que les enfants puissent savoir qu'ils peuvent aborder ces sujets et qu'ils soient en confiance pour le faire. La structure familiale est donc un élément primordial dans la vie de l'enfant et dans sa construction personnelle.

Les principaux soucis dans les relations parents-enfants sont le manque de proximité (dont les laxistes qui ne surveillent pas, n'encadrent pas, ne contrôlent pas, ...) et/ou le manque de dialogue (dont les parents trop sévères, qui punissent facilement, qui réprimandent, qui empêchent de sortir,...). Et dans les deux cas ces comportements peuvent être dramatiques pour les adolescents. En effet, il aura l'impression de ne pas être écouté, de ne pas assez exister aux yeux de son entourage. Et si un jour il entre en contact avec l'alcool avec des amis il aura non seulement une impression de toute puissance, une impression d'être enfin dans un groupe dans lequel il peut s'exprimer, mais il n'aura pas l'envie d'en parler avec ses parents soit parce qu'ils le laissent faire ce qu'il veut, soit par peur d'être trop sévèrement puni.

L'évolution de la structure familiale.

Dans le monde actuel, de nombreux mariages finissent par des divorces. Et aussi surprenant que

cela puisse paraître, ces divorces ont une incidence sur la consommation d'alcool par les jeunes et sur le fait d'un passage à un abus ou à une dépendance par la suite.

En effet, lors du divorce, les enfants sont le plus souvent laissés à la mère. Celle-ci étant en générale moins consommatrice d'alcool que leur mari, les enfants auront tendance à consommer moins d'alcool (40)

Le rôle des troubles affectifs.

Il est vrai qu'un certain nombre de troubles chez les parents peuvent jouer un rôle dans le développement d'un abus ou d'une dépendance chez leurs enfants. Il s'agit surtout de l'alcoolisme du père ou de l'anxiété et la dépression chez la mère.

Mais il reste à savoir si ces troubles développés chez les jeunes seront causés par la génétique des troubles de leurs parents ou si ils seront causés par l'environnement qui entoure ces jeunes. En effet les 2 hypothèses restent compréhensibles et sont d'ailleurs mises en avant par les équipes du Docteur Bandura. Des études réalisées ont démontré que les abus et les dépendances à l'alcool étaient plus importants lorsqu'un parent était lui-même alcoolique. Ce risque était aussi plus important chez des jumeaux monozygotes plutôt que des jumeaux dizygotes, et ce risque est également plus important pour des enfants adoptés ayant des parents biologiques alcooliques. Mais le rôle environnemental a tout de même une part importante car un enfant ayant subi des traumatismes durant son enfance (tel que des divorces, des déchirements familiaux, des violences conjugales, des isolements sociaux) aura au fond de lui des souffrances qu'il pourra faire ressortir dans son comportement futur avec notamment une expression dans l'alcool, son abus et sa dépendance.

Un exemple nous montre bien ce phénomène. Un père alcoolique a plus de chances de transmettre génétiquement son alcoolisme à son propre enfant. Mais cet exemple fonctionne également pour la théorie environnementale car un enfant ayant un père alcoolique risquera de subir des troubles affectifs et comportementaux, d'où une perturbation environnementale plus ou moins importante et un risque de développement d'abus ou de dépendance à l'alcool plus tard.

On se rend donc bien compte que les professionnels de santé doivent prendre en compte une multitude d'informations avant de se faire une idée de la personne qu'ils ont en face d'eux. Il faut donc s'intéresser non seulement à la biologie de la personne mais aussi à sa neuropsychologie.

b - Facteurs scolaires.

En arrivant au collège, de nombreux jeunes découvrent des établissements plus grands que leur école primaire. De plus, le rythme de travail est souvent plus soutenu et ces changements font que l'adolescent peut avoir plus de soucis scolaires par manque d'apprentissage, manque de motivation, par des difficultés à s'adapter. Mais c'est également à cette période que des amitiés plus fortes se lient, et en fonction de ces amitiés, le comportement de l'enfant peut également changer et amener un jour à l'expérimentation de l'alcool.

c - Facteurs personnels.

L'adolescence étant une période de transition et de grands changements, elle peut être plus ou moins mal vécue par certains jeunes. En effet, le corps change, la pilosité apparaît, la poitrine grossit chez les filles et ces changements peuvent conduire l'adolescent à un mal-être qu'il exprimera à sa façon.

Il est cependant important de préciser qu'un facteur ressort chez les filles alors que chez les garçons il a peu d'importance. Il s'agit de la dépression et de l'envie suicidaire. Ce sont des facteurs qui sont présents plus régulièrement chez les filles et ils sont reliés à une consommation qui peut devenir abusive.

d - Facteurs socio-démographiques.

Ce qui est important à prendre en compte dans ces facteurs est dans un premier temps l'importance de la mutation de la société depuis quelques décennies. En effet, le nombre de divorces augmente, la population augmente, certaines populations sont de plus en plus défavorisées et ce contexte est plutôt propice à créer des souffrances sur les jeunes enfants. De plus, l'offre au niveau des boissons alcoolisées ne fait qu'augmenter avec l'ouverture des frontières, l'augmentation de la production, la création de nouvelles boissons typiquement ciblées sur les jeunes (les premix), le développement des grandes surfaces et de la publicité.

Ces deux facteurs sont parfois suffisants pour expliquer le début d'une consommation d'alcool chez un adolescent mais ils n'expliquent pas leurs passages à une dépendance. C'est pourquoi il y a une multitude de facteurs vus précédemment mais également d'autres facteurs socio-démographiques.

Avoir des parents divorcés peut avoir une incidence sur la possibilité de consommer plus ou moins d'alcool. En effet lors du divorce, les jeunes sont la plus part du temps sous la garde de leur mère. Il a été démontré que les femmes étaient moins consommatrices d'alcool que les hommes. Ainsi, le jeune s'identifiera à sa mère et consommera moins d'alcool que s'il vivait avec son père (si celui-ci à une consommation excessive d'alcool bien entendu).

Le fait pour un adolescent de faire du sport en club (quel que soit le niveau) augmente son risque de consommer de l'alcool car le jeune sera entouré de gens de son âge et qu'il passera des soirées avec ce groupe. De plus, l'esprit de compétition sera omniprésent ce qui renforce le pouvoir de l'alcool.

Un autre facteur social est le fait d'avoir des activités culturelles tel que des musées, des visites, la lecture,.....Ces activités sont souvent associées à une consommation moindre d'alcool.

A l'inverse, les sorties festives en discothèque ou dans des bars sont elles reliées à une consommation plus forte d'alcool due à l'ambiance, à la festivité, à la proximité de l'alcool.

Le dernier des facteurs social important est le niveau d'études du père. En effet si le père a fait des études supérieures, ses enfants auront plus de risques de consommer de l'alcool.

L'un des facteurs démographiques importants est le fait de vivre en ville ou à la campagne. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait qu'en milieu urbain les jeunes ont plus d'activités proposées, alors qu'en milieu rural une certaine « routine » et un certain « ennui » s'installent le week-end, ce qui pousserait les jeunes à consommer de l'alcool avec leur bande d'amis. (39)

e - Facteurs génétiques.

Nous avons déjà vu qu'une prédisposition génétique pouvait expliquer qu'un adolescent développe une dépendance lorsqu'un ou voire ses deux parents sont alcooliques.

Mais il existe une autre dimension génétique en s'intéressant cette fois-ci à l'adolescent lui-même. Il y a deux choses principales à prendre en compte, le type de métabolisme de la personne et son système de récompense dopaminergique.

Génétique et métabolisation de l'alcool.

Même si la métabolisation reste la même pour tout le monde, il existe deux types de métaboliseurs : les métaboliseurs lents et les métaboliseurs rapides.

On entend par métaboliseur rapide, la grande majorité de la population qui élimine l'alcool de façon normale par le foie et les sécrétions naturelles à un rythme de 0,15g par heure.

Mais en ce qui concerne les métaboliseurs lents, ces étapes de transformations de l'alcool sont beaucoup plus lentes. Le moindre verre d'alcool va donc créer rapidement une surcharge alcoolique et la personne aura des effets désagréables tels que des vertiges, des nausées, une augmentation de sa fréquence cardiaque, des maux de tête et une somnolence entre autres. C'est ce phénomène qui se passe dans la réaction de « flush oriental » des populations Mongoles. Ce type de réaction est encore mal connu mais le monde scientifique a tout de même déterminé dans ces populations une déficience génétique d'une enzyme hépatique responsable de dégrader l'alcool dans l'organisme.

Cette mutation causerait donc une augmentation de la concentration en alcool rapide dans le sang de la personne avec en prime, de nombreuses conséquences négatives dont une sensation de « gueule de bois » arrivant très rapidement. Les jeunes étant métaboliseurs lents auront donc tendance à avoir une consommation rare et sporadique ce qui limitera leur passage vers un abus ou une dépendance, en tout cas en ce qui concerne l'alcool.

Le syndrome de déficience du système dopaminergique.

Ce syndrome serait à l'origine de l'apparition plus ou moins rapide chez les jeunes d'un abus ou d'une dépendance. En effet le système dopaminergique est comme nous le savons le système de récompense ayant un rôle dans la recherche et l'obtention du plaisir grâce à l'alcool (ou à toute autre drogue ou comportement). Selon certains scientifiques, les personnes ayant cette « déficience du système dopaminergique » chercheraient à consommer le plus souvent possible la ou les substances capables de stimuler ce système. Il est donc facilement concevable de comprendre qu'une très forte dépendance peut donc apparaître pour ces jeunes ayant la déficience.

f - Facteurs de personnalités et de comportements psychologiques.

Ces facteurs sont propres à chaque adolescent et chaque adolescent y répondra de façon différente. Mais ce sont tout de même des facteurs que nous devons prendre en compte et qui sont importants dans le risque de passage à des abus ou des dépendances.

La personnalité du jeune et ses tempéraments à risque.

Le passage à l'adolescence est comme nous le savons une période charnière où de nombreuses modifications physiques, mentales et psychiques se font. Il est donc compréhensible que le jeune, à ce moment-là, puisse avoir une image de lui négative. Il peut perdre de son estime, se renfermer sur lui-même allant jusqu'à avoir une timidité maladive, ne pas assumer son nouveau corps, ne pas assumer sa nouvelle voix, ne pas savoir gérer les soucis qui apparaissent lorsque nous grandissons. Ces soucis peuvent paraître banals pour le monde des adultes, mais ils peuvent être traumatisants pour les jeunes, et le fait de consommer une drogue quelle qu'elle soit peut vite les faire dévier.

En effet si ces jeunes qui sont mal dans leur peau commencent à consommer de l'alcool (puisque c'est notre sujet ici), ils peuvent ressentir un sentiment de toute puissance avec la perte de leur timidité, l'intégration plus facile dans un groupe, la disparition de leurs peurs, leurs angoisses et leurs complexes. Mais le danger vient des personnes avec qui ils consomment de l'alcool. Il suffit d'une personne dépendante pour entraîner tout un groupe ou il suffit que toutes les personnes du groupe soient dans le même état d'esprit pour que cette initiation se finisse en abus ou en dépendance.

Mais il existe également un autre comportement pouvant conduire à un abus ou une dépendance vis-à-vis d'une drogue. Il s'agit des adolescents cherchant de nouvelles sensations de plus en plus fortes. C'est un comportement qui peut être compréhensible surtout à cet âge-là et il est souvent bénéfique pour le jeune. Il cherchera ses nouvelles sensations dans la pratique de nouveaux sports, dans la conduite de scooter ou de voiture, dans la délinquance ou alors dans la consommation d'alcool et de drogue. Quelle que soit sa façon d'agir, le processus reste le même. Il cherchera à se désinhiber, à se mettre en danger et à faire disparaître le conformisme dans lequel ses parents l'avaient enfermé depuis son enfance. Cependant, cette recherche de nouvelles sensations ne se fera pas chez tous les adolescents. En effet, le système de récompense dopaminergique entre forcément en jeu dans ces attitudes et il suffit que celui-ci soit déficient et que la prise d'alcool soit agréable pour que l'abus ou la dépendance arrive rapidement.

Troubles affectifs et comportementaux.

Ces troubles peuvent être soit à l'origine d'un abus soit d'une dépendance mais ils peuvent également être le résultat de ces abus ou d'une dépendance. Dans notre cas, je ne m'intéresserai qu'aux troubles pouvant provoquer un abus ou une dépendance.

En effet, 75% des adolescents ayant un abus ou une dépendance ont un ou plusieurs troubles affectifs ou comportementaux. Il est donc primordial de détecter ces comportements qui peuvent être l'un des déclencheurs d'une consommation précoce préoccupante.

Les comportements asociaux.

Ces comportements sont caractérisés par une brutalité, des violences physiques et verbales, des mensonges. Et lorsqu'ils sont répétés durant un certain temps, ils peuvent provoquer une perturbation du milieu familial et social ce qui peut entraîner un risque de consommation d'alcool avec un risque d'abus.

L'hyperactivité et les troubles de l'attention.

Aujourd'hui, de nombreux parents auto-diagnostiquent leurs enfants hyperactifs, mais il n'y a qu'un faible pourcentage d'enfant ayant cette pathologie, environ 5% des enfants en seraient atteints. (41)

Le mécanisme de cette pathologie n'est pas encore très bien connu mais il semblerait, entre autres, que ces enfants soient atteints d'un hypofonctionnement de leurs systèmes dopaminergiques et noradrénergiques. Il est donc facilement envisageable qu'un jeune hyperactif consommant de l'alcool pour la première fois ressent un plaisir décuplé car il découvrira son centre du plaisir. Cette expérience aura donc de nombreux effets « bénéfiques » sur lui ce qui pourra l'encourager à reconsommer rapidement la substance.

L'anxiété des jeunes.

Il est reconnu depuis de nombreuses années que les filles sont en général plus anxieuses que les garçons ce qui les conduit à des syndromes dépressifs et à des tentatives de suicide plus souvent. Il est d'ailleurs avéré que le fait d'avoir déjà eu des idées suicidaires pour une fille augmentait le risque de consommer de l'alcool et augmentait également le risque de passer à une

consommation fréquente trop importante.

B - La découverte de l'alcool.

a - Découverte seule.

Ce type de découverte est celui qui est le moins fréquent mais celui qui résulte de soucis très graves.

Il fait ressortir un gros mal-être de l'adolescent et si l'entourage de ne se rend pas compte rapidement de cette consommation, la dépendance pourra très rapidement s'installer dans la vie de l'adolescent et avoir des conséquences néfastes sur sa vie sociale, psychologique et scolaire.

b - Découverte familiale.

C'est l'entourage familial qui est paradoxalement le principal mode de découverte de l'alcool.

Les premières expériences alcoolisées se font donc lors de repas de famille lorsque les enfants finissent les verres des adultes en fin de repas ou lorsqu'ils ont le droit de boire leur premier apéritif ou même lorsqu'ils peuvent pour la première fois tremper un sucre dans une liqueur en fin de repas.

L'entourage familial ne se rend pas forcément compte de ce geste qui paraît souvent anodin mais c'est bien la première expérience gustative qu'ont les enfants avec l'alcool et à cet âge les premiers effets apparaissent malheureusement très rapidement. Le souci de ce phénomène est que les repas de famille peuvent être réguliers et si les enfants sont en contact avec l'alcool à chaque occasion le risque d'abus et de dépendance deviennent très importants avec notamment une poursuite de consommation entre amis ou seuls par la suite.

c - Découverte entre amis.

L'un des modes de découverte également important est le milieu amical. C'est souvent au moment du collège que les jeunes commencent à se regrouper et à lier des liens avec d'autres personnes de leur âge. Ils vont donc se réunir entre eux à l'écart des adultes, durant la journée ou pour passer des soirées, et c'est à ce moment que peut apparaître l'alcool.

Nous pouvons donc aisément comprendre que cette expérimentation est fonction du type de

relation qu'ont les jeunes.

Ce phénomène peut également être visible dans les internats. En effet ce milieu amical est encore plus présent que pour des jeunes scolarisés en collège de ville. Ils passeront encore plus de temps ensemble et s'ils commencent à consommer de l'alcool, l'arrivée d'une dépendance pourrait être encore plus rapide.

Cette découverte se fera donc en groupe, dans un milieu dans lequel ils se sentent bien, et très souvent cela se fera dans le but d'être encore mieux accepté dans le groupe, pour faire comme les autres ou même pour prendre plus d'importance que les autres dans le groupe.

III - Détecter un comportement pathologique, un abus ou une dépendance.

(42)

A - Définitions de l'abus et de la dépendance.

Durant de nombreuses années, les gens eurent un souci avec les mots abus et dépendance. Il y avait autant de définitions que de personnes. Pour certains il s'agissait de s'intéresser à la quantité consommée, pour d'autres de s'intéresser à la fréquence des consommations ou même sur les effets produits par l'alcool sur la personne ou les raisons qui poussaient le jeune à boire. Le monde scientifique c'est donc appliqué à définir plus précisément ces termes d'abus et de dépendance afin de simplifier les recherches et surtout de mieux prendre en charge les jeunes confrontés à ce problème d'alcoolisation.

L'abus d'une substance est l'auto-administration inappropriée d'une drogue (quelle qu'elle soit) dans un contexte d'interdit culturel qui engendre des conséquences néfastes pour le consommateur mais également pour son entourage et son environnement. (43) C'est pourquoi à la place de ce terme abus peut être utilisé le terme « d'utilisation nocive pour la santé »

Pour la plupart des gens, l'abus est un usage injustifié ou excessif de quelque chose (44) et il apparaît dès la prise d'une drogue qu'elle soit légale (comme l'alcool ou le tabac) ou pas (comme le cannabis, la cocaïne, l'héroïne). Mais cette définition est un raccourci beaucoup trop court. Il est important de prendre en compte le rôle de la neurotransmission, la sensation de renforcement et de récompense qui pousse à cet abus, la fréquence et les quantités de drogues consommées.

La dépendance est le dernier pallier, le trouble le plus sévère qui peut apparaître et aussi celui dont il est le plus difficile de se sortir. C'est un état psychologique d'adaptation neurologique engendré par l'administration répétée d'une drogue, nécessitant d'en maintenir l'usage pour éviter les syndromes de sevrage. Ce qui est important à prendre en compte dans la dépendance, est le comportement qu'a le jeune vis-à-vis de l'alcool. C'est ce qu'on appelle l'addiction. Cette addiction se caractérise par « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une sensation de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa

poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

Il est cependant important de faire une différence entre dépendance physique et dépendance psychique. La dépendance psychique se caractérise par un désir fort et irrésistible de consommer la substance, c'est-à-dire que le cerveau réclamera sa dose d'alcool. Alors que la dépendance physique se caractérise par la nécessité d'augmenter les doses d'alcool régulièrement afin d'obtenir les effets souhaités. Si ces doses ne sont pas assez augmentées il y a un fort risque de syndrome de sevrage.

B - Le passage à l'abus, voir à l'addiction ou à la dépendance.

Il est ensuite primordial de faire un distinguo entre 2 types de populations (45). Il existe, pour le milieu médical, les personnes ayant peu de récepteurs dopaminergiques et ceux en ayant beaucoup. Cette différence est primordiale pour le basculement vers un usage abusif, addictogène ou dépendant. En effet, pour les personnes ayant peu de récepteurs, la prise d'une drogue entrainera peu d'effet mais en contrepartie la réponse de ces récepteurs sera de plus en plus forte au fur et à mesure des prises. Ce phénomène risque donc de les rendre plus facilement sujets à devenir addict. De plus, ils ont certainement un système de récompense interne fonctionnant mal, ce qui pourrait les pousser à utiliser les drogues pour combler ce manque.

À l'inverse, les personnes ayant beaucoup de récepteurs auront des effets désagréables lors de la prise de drogue, ceci les poussera à consommer moins régulièrement cette drogue.

Dans la plupart des cas, la première consommation d'alcool n'est jamais agréable pour les jeunes. Leur palais n'est pas habitué à ce goût qui sort de l'ordinaire, et il ne faut pas oublier que l'alcool leur donne une sensation de brûlure dans le tube digestif.

Mais, vu l'apparition rapide des effets de l'alcool, ces désagréments sont vite oubliés.

Le jeune consommera de nouveau dans les premiers temps, pour les effets positifs de l'alcool tout en continuant à subir le goût désagréable mais rapidement ces effets ne seront plus que de mauvais souvenirs et la fréquence des consommations pourra continuer à augmenter. C'est ce que l'on appelle le renforcement qui est la poursuite de l'auto-administration d'une drogue afin d'en retrouver le plaisir.

De plus, le fait de consommer de plus en plus d'alcool lui permet de renforcer son statut dans son

groupe d'amis. Il le fait pour épater la galerie, pour faire voir sa supériorité ou tout simplement pour pouvoir être admis dans le groupe. L'alcool aura dans ce cas un rôle de sociabilisation et sera à la base de rites initiatiques entre amis.

Mais il y a également la volonté de rentrer dans l'âge adulte et de se séparer de ses parents. De nombreux jeunes augmenteront leur consommation juste pour désobéir à leurs parents.

C - Comment détecter les comportements pathologiques des adolescents face à l'alcool?

Durant de nombreuses années, le monde scientifique ainsi que la population générale ont considéré que la consommation « normale » ou « pathologique » de l'alcool chez les adolescents ne pouvait être définie que de façon quantitative. Autrement dit, seules la quantité et la fréquence de consommation étaient pris en compte pour juger un adolescent sur sa consommation d'alcool (ou de drogue). De plus, cette notion quantitative mettait en jeu la notion de seuil de consommation à partir duquel l'utilisation de l'alcool devient pathologique, or il est très difficile de déterminer un tel seuil!

Les études réalisées dans les années 80 et 90 notamment par l'IREB et l'INSERM sont venues compléter notre savoir notamment sur les populations adolescentes. Le monde scientifique s'est rendu compte que de nombreux facteurs reentraient en compte dans le fait de consommer plus ou moins d'alcool. Ces facteurs nous les avons détaillés précédemment. Il s'est donc avéré que selon le sexe, l'âge, la région, la vie en milieu rural ou urbain, le niveau d'études et le type d'établissements fréquentés, les données étaient différentes. Un nouveau pas fut donc franchi grâce à cette découverte mais un problème subsistait encore : la notion de seuil à partir duquel la consommation pouvait être considérée comme pathologique. À partir du moment où la consommation dépend du mode de vie, la notion de seuil ne peut plus être appliquée correctement car il faudrait un seuil pour chaque type de population.

Ces découvertes nous ont donc appris que le type de consommation modéré, abusif ou pathologique ne dépendait plus du niveau de consommation mais serait lié aux facteurs socio-démographiques...cette hypothèse n'a aucun sens. En effet, si nous nous basons sur celle-ci, le simple fait de vivre en milieu rural, d'être en lycée professionnel et de vivre dans une région défavorisée ferait de la personne un consommateur excessif. Nous ne pouvons pas nous baser sur ces facteurs par soucis de discrimination socio-démographique.

La seule façon juste, équitable et la plus fiable possible reste donc les critères diagnostiques. Autrement dit, le comportement qu'à l'adolescent face à sa consommation d'alcool. C'est-ce comportement qui sera le plus adapté pour déterminer si un adolescent à une consommation « normale » ou « pathologique ».

Il faut donc s'intéresser à ces comportements que peuvent avoir les jeunes vis-à-vis de l'alcool.

Il existe donc aujourd'hui des classifications créées par des organismes tels que le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)* afin de mieux diagnostiquer un jeune étant en abus ou dépendant vis-à-vis de l'alcool. Ce sont donc des classifications largement utilisées par le monde médical.

a - Diagnostique de l'abus d'alcool chez l'adolescent.

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement indicative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

- 1-Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
- 2-Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- 3-Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.
- 4-Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

b - Diagnostique de la dépendance à l'alcool chez l'adolescent.

Le diagnostique DSM

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pouvant survenir à un moment quelconque sur une période continue de douze mois :

- 1-Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

-besoin de quantités notablement plus importantes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.

-effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

2-Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

-syndrome de sevrage caractéristique de la substance.

-la même substance doit être reprise pour éviter le syndrome de sevrage.

Ces deux premiers items sont importants pour déterminer si la personne a une dépendance physique ou pas, si l'un des deux items est positif, la personne aura une dépendance physique présente vis-à-vis de l'alcool.

3-La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

4-Désir persistant, ou efforts infructueux, pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.

5-Temps considérables passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

6-Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

7-Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, déterminé ou exacerbé par la substance.

Cependant, il existe d'autres tests qui nous permettent de diagnostiquer la dépendance de l'alcoolisme ainsi que le niveau de celle-ci. Ces tests sont très largement utilisés dans le monde médical, dans les structures spécialisées et l'on peut imaginer une utilisation également dans les officines afin de permettre une prise en charge globale du jeune.

Test AUDIT (Alcohol Use Disorder Test).

Ce questionnaire est utilisé au centre de tabagisme et d'alcoologie du Centre Hospitalier d'Arras. Il fut créé sous l'égide de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), et il explore le comportement vis-à-vis de l'alcool sur les 12 derniers mois. (46)

C'est un test qui permet de dépister un usage nocif d'alcool ainsi que de détecter la dépendance à l'alcool chez l'adulte. Mais il reste utilisé et assez fiable sur les adolescents, et il donne une

première idée sur le type de consommation.

C'est un test qui propose plus de questions, de plus, celles-ci sont à réponses multiples et chaque réponse correspond à un nombre de points. Le jeune réalisant ce test peut donc se sentir plus en sécurité par la précision des réponses proposées. (47)

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
Quelle est la fréquence de votre consommation ?	Jamais	Une fois par mois au moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous par jour ?		3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêchée de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année écoulée	
Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année écoulée	

Test AUDIT.

Ce test est donc le premier à réaliser afin de pouvoir déterminer le rôle que joue l'alcool dans la vie de l'adolescent. En effet il permet d'avoir une vue d'ensemble de la consommation du jeune, qu'il soit non consommateur, consommateur occasionnel ou dépendant. Il est donc important que l'adolescent fasse le test sérieusement et qu'il réponde à toutes les questions.

En fonction du score qu'il obtiendra, le médecin, le personnel soignant ou le pharmacien peuvent donc le placer dans l'un des trois groupes suivants :

- score entre 0 et 8 : pas de consommation nocive d'alcool.
- score entre 9 et 12: consommation nocive d'alcool.
- score supérieur à 13 : dépendance à l'alcool.

Il est important notamment pour le pharmacien, s'il veut réaliser ce test de mettre en confiance le jeune. Pour cela, il faudrait trouver le meilleur moyen d'engager la discussion avec lui, puis lui proposer un RDV à la pharmacie durant lequel le sujet de l'alcool pourrait être abordé à l'écart des comptoirs, et durant lequel le questionnaire peut être réalisé. En fonction des scores obtenus, le pharmacien pourra conseiller la structure la plus adaptée et les spécialistes les plus compétents afin que la prise en charge du jeune soit la plus optimale possible.

Cependant, ce test ne doit pas être le seul réalisé ; il existe d'autres tests typiques de la consommation d'alcool et il est également important de les réaliser afin de déterminer l'état d'esprit de la personne. Au CHA, le test le plus souvent réalisé en complément du questionnaire AUDIT est le questionnaire de BECK (qui sera développé plus tard) qui peut permettre de mieux comprendre l'état d'esprit de l'adolescent ainsi que la présence ou non d'un état dépressif plus ou moins important.

Questionnaire de CRAFFT.

Ce questionnaire a été créé spécialement pour les adolescents. En effet, c'est un test des dépistages précoces des usages à risques et nocifs de l'alcool à l'adolescence.

Il est basé sur la fusion de 4 autres questionnaires anglais, le DAP (Drug and Alcohol Problem), le POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers), le RAFFT (moyen mnémotechnique d'un test anglais) et le CAGE. (48)

La version originale de ce test est anglo-saxonne et comporte 6 questions :

1- êtes-vous déjà allé dans une voiture conduite par quelqu'un (vous inclus) qui avait bu de l'alcool ou pris des médicaments?

2-avez-vous déjà utilisé l'alcool ou d'autres drogues pour vous relaxer, vous sentir mieux ou être à votre place?

3-avez-vous utilisé de l'alcool ou d'autres drogues lorsque vous êtes seul?

4-vous arrive-t-il d'oublier des choses qui se sont passées lorsque vous avez bu ou utilisé des drogues?

5-avez-vous déjà eu des ennuis en ayant trop bu ou consommé des drogues?

6-votre famille ou vos amis ne vous disent-ils jamais de diminuer votre consommation d'alcool ou de drogue?

Ces questions sont à l'origine de la dénomination de ce questionnaire :

Car

Relax

Alone

Forget

Family/Friend

Trouble

Lors de l'exécution de ce questionnaire, les adolescents doivent répondre aux questions par OUI ou par NON, ce qui le rend très simple d'utilisation.

Pour les besoins d'une enquête réalisée dans la région de Clermont-Ferrand, ce questionnaire fut réadapté aux adolescents français et à la législation française.

Il y eut donc 2 modifications majeures : tout d'abord la première question fut modifiée, en effet, elle ne reflétait pas l'usage nocif de l'alcool et la question fut changée en « êtes-vous déjà allé dans une voiture conduite par quelqu'un (vous inclus) qui avait trop bu de l'alcool ou pris des médicaments? » le terme « trop » se rapprochant plus d'une conduite addictive. Deuxièmement, une question fut rajoutée, elle concerne la conduite de deux roues. En effet, aux Etats-Unis, les adolescents peuvent conduire dès l'âge de 16 ans mais à cet âge en France ils ne conduisent que des véhicules à deux roues motorisées ou pas. La question « as-tu déjà conduit un véhicule à deux roues (vélo, scooter, moto,...) après avoir trop bu? » fut donc rajoutée. Nous pouvons d'ailleurs remarquer que le mot « trop » est encore présent pour renforcer la notion de conduite addictive.

Une autre modification majeure de ce test pour la France est que le mode de réponse au questionnaire a été modifié. Les pays anglo-saxons ne permettaient une réponse que par oui ou par non mais après la modification, les réponses s'effectuaient en souvent (plus d'une fois par mois), parfois (une fois par mois ou moins) ou jamais. Cette modification permet notamment de différencier les consommateurs occasionnels des consommateurs étant dans un usage nocif voire addictif.

Après l'enquête réalisée, les conclusions furent positives. En effet, les questions restent anodines et ne font pas culpabiliser le jeune. Elles sont également facilement intégrables dans une conversation entre un professionnel de santé et un adolescent, et les questions sont assez concrètes pour faire un dépistage facile et précoce. Cependant, il reste important de faire d'autres questionnaires et d'ouvrir le dialogue sur le plus de domaine possible afin de mettre le jeune en confiance et de ne pas le brusquer en ne lui parlant que de sa consommation d'alcool.

Questionnaire de Beck.

(49)

Ce questionnaire est une simple auto-évaluation qui peut être réalisée en complément des autres tests plus spécifiques de l'alcool. En effet, ce questionnaire permet de détecter les symptômes possibles d'un syndrome dépressif chez le jeune. Il a toute sa place dans le diagnostic de la dépendance à l'alcool car il peut être à la base d'une solution dans la prise en charge thérapeutique et psychologique de l'adolescent.

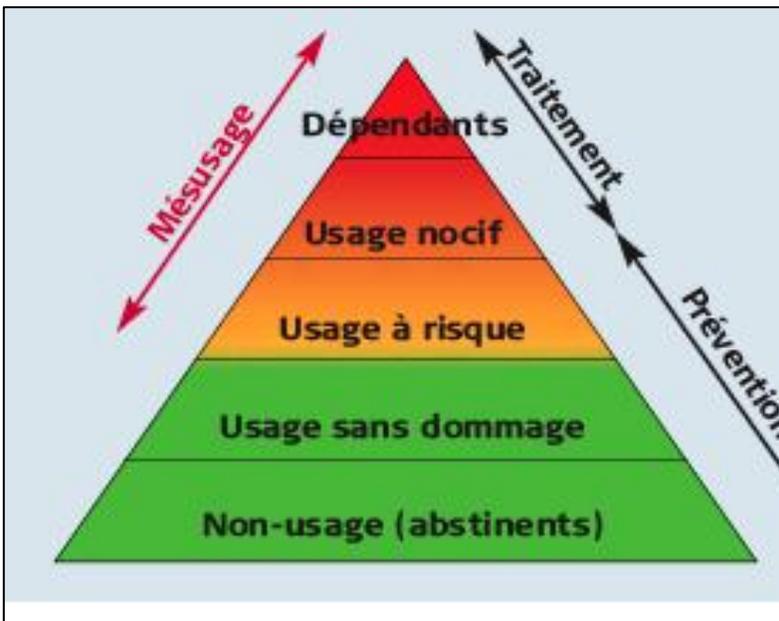
Il se base sur 13 items dans lesquels 4 propositions sont reliées à un certain nombre de points. Chaque item doit être traité et plusieurs propositions peuvent être cochées à chacun d'eux.

Item A	-je ne me sens pas triste -je me sens cafardeux ou triste -je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à m'en sortir -je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	-0 -1 -2 -3
Item B	-je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir -j'ai le sentiment de découragement au sujet de l'avenir -pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer -je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer	-0 -1 -2 -3
Item C	-je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie -j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie, plus que la plupart des gens -quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs -j'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle	-0 -1 -2 -3
Item D	-je ne me sens pas particulièrement insatisfait -je ne sais pas profiter agréablement des circonstances -je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que se soit -je suis mécontent de tout	-0 -1 -2 -3
Item E	-je ne me sens pas coupable -je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps -je me sens coupable -je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	-0 -1 -2 -3
Item F	-je ne suis pas déçu par moi même -je suis déçu par moi même -je me dégoûte moi même -je me hais	-0 -1 -2 -3
Item G	-je ne pense pas à me faire du mal -je pense que la mort me libérerait -j'ai des plans précis pour me suicider -si je le pouvais, je me tuerais	-0 -1 -2 -3
Item H	-je n'ai pas perdu d'intérêt pour les autres gens -maintenant, je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois -j'ai perdu tout intérêt que je portais aux gens, et j'ai peu de sentiments pour eux -j'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	-0 -1 -2 -3
Item I	-je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume -j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision -j'ai de grandes difficultés à prendre des décisions -je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	-0 -1 -2 -3
Item J	-je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant -j'ai peur de paraître vieux et disgracieux -j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux -j'ai l'impression d'être laid et repoussant	-0 -1 -2 -3
Item K	-je travaille aussi facilement qu'auparavant -il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose -il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit -je suis incapable de faire le moindre travail	-0 -1 -2 -3
Item L	-je ne suis pas plus fatigué que d'habitude -je suis fatigué plus facilement que d'habitude -faire quoi que ce soit me fatigue -je suis incapable de faire le moindre travail	-0 -1 -2 -3
Item M	-mon appétit est toujours aussi bon -mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude -mon appétit est beaucoup moins bon qu'avant -je n'ai plus du tout d'appétit	-0 -1 -2 -3

Questionnaire de Beck .

c - La pyramide de Skinner.

Grâce aux nombreux tests et questionnaires pouvant être réalisés par le personnel encadrant, un ciblage plus précis est donc fait sur la consommation d'alcool qu'a le jeune. Il est donc possible à ce moment-là de le positionner dans la pyramide de Skinner afin de pouvoir envisager une prise en charge préventive ou curative. (50)



La pyramide de Skinner.

La pyramide se divise en 5 niveaux :

- niveau 0 : abstinence totale et stricte.
- niveau 1 : usage sans dommage. Ceci correspond à une consommation inférieure à 4 verres par jour pour un homme et à 2 verres par jour pour une femme.
- niveau 2: usage à risque. Ceci correspond à une consommation supérieure à 4 verres par jour pour un homme et à 2 verres par jour pour une femme. Mais à ce niveau aucun dommage n'est présent.
- niveau 3 : usage nocif sans dépendance. À ce stade peuvent être constatée une élévation des gamma-GT, des insomnies, une fatigue, des problèmes de relations familiales ou scolaire.
- niveau 4 : usage nocif avec dépendance. À ce stade la personne a de nombreux troubles biologiques et une dépendance physique et/ou psychique plus ou moins forte.

Il est également important de rappeler que la notion de dépendance peut être un peu différente chez un adolescent par rapport à un adulte. Ainsi même avec une consommation faible d'alcool il peut vite devenir dépendant. Il faut donc utiliser cette pyramide avec précaution surtout chez les sujets les plus jeunes.

Partie III :

La prise en charge.

I - Prise en charge du jeune ayant une relation d'abus ou de dépendance vis-à-vis de l'alcool.

La prise en charge d'un jeune ayant une consommation d'alcool trop importante n'est pas une chose à prendre à la légère.

Lors de cette prise en charge, deux choses sont primordiales avant de commencer toute thérapie ou tout traitement.

Tout d'abord, le jeune est en général méfiant vis-à-vis des adultes qui l'entourent et cette méfiance est d'autant plus grande lorsque ces adultes sont là pour l'encadrer et lui faire prendre conscience que sa consommation d'alcool est trop importante et qu'elle peut poser des problèmes dans sa vie de tous les jours. C'est pour cela que pour engager une prise en charge de ces jeunes, un dialogue de confiance doit être établi entre les soignants et les adolescents mais aussi entre les parents et les soignants car l'environnement familial a un rôle important à jouer dans les différentes thérapies qui peuvent être mises en place pour aider le jeune à se sortir de l'alcool.

La deuxième chose importante est de faire assumer au jeune sa dépendance. S'il est dans le déni, qu'il refuse de l'admettre, aucune prise en charge efficace ne pourra être mise en place. Mais il est également important que cette dépendance soit assumée par les parents. Avec cette acceptation, les parents et les enfants acceptent toute prise en charge, ainsi les démarches seront plus faciles à engager et les résultats des traitements seront d'autant plus efficaces.

L'un des autres points importants dans la prise en charge de ces adolescents est qu'il n'existe pas de modèle pré-établi. Chaque adolescent est différent, ils ont leur propre caractère, leur propre façon de réagir face à leur dépendance. Il existera donc autant de modèles de prise en charge que d'adolescents traités.

Cependant, deux grands types de modèles de prise en charge existent, il s'agit du modèle « alcoolique anonyme » et du modèle « pluridisciplinaire ».

Le modèle « alcoolique anonyme » est celui souvent utilisé chez les adultes, il s'agit dans ce cas de prendre en charge uniquement l'abus ou la dépendance à l'alcool. Ainsi, il y aura plusieurs étapes à franchir petit à petit jusqu'à l'abstinence totale. La personne devra dans un premier temps admettre et reconnaître qu'elle a un abus ou une dépendance à l'alcool et elle devra

admettre qu'elle doit se faire aider. Ces étapes sont comme nous l'avons déjà vu précédemment, indispensables dans n'importe quel type de prise en charge, puis la personne devra identifier les changements de comportement qu'elle aura à adopter pour se sortir petit à petit de l'alcool. Bien entendu le soignant sera là pour aider la personne et pour la mettre sur des pistes. Une fois la personne prête, les changements peuvent être effectués tout en réalisant la dernière étape qui est de se créer un nouveau mode de vie où l'alcool n'existe pas.

Le modèle « pluridisciplinaire » est quant à lui plutôt destiné aux jeunes ayant un abus ou une dépendance à l'alcool. Cette approche permet de prendre en charge l'abus et la dépendance mais elle s'attache également à l'environnement du jeune. Ainsi ses parents et sa famille seront intégrés dans la prise en charge et des intervenants pourront agir sur le milieu social du jeune, sur sa scolarité, ses activités extra scolaires. Mais le principal souci de ce modèle est qu'il nécessite un grand nombre d'intervenants, et a donc un coût élevé.

A – Une prise en charge hospitalière ou par le médecin traitant ?

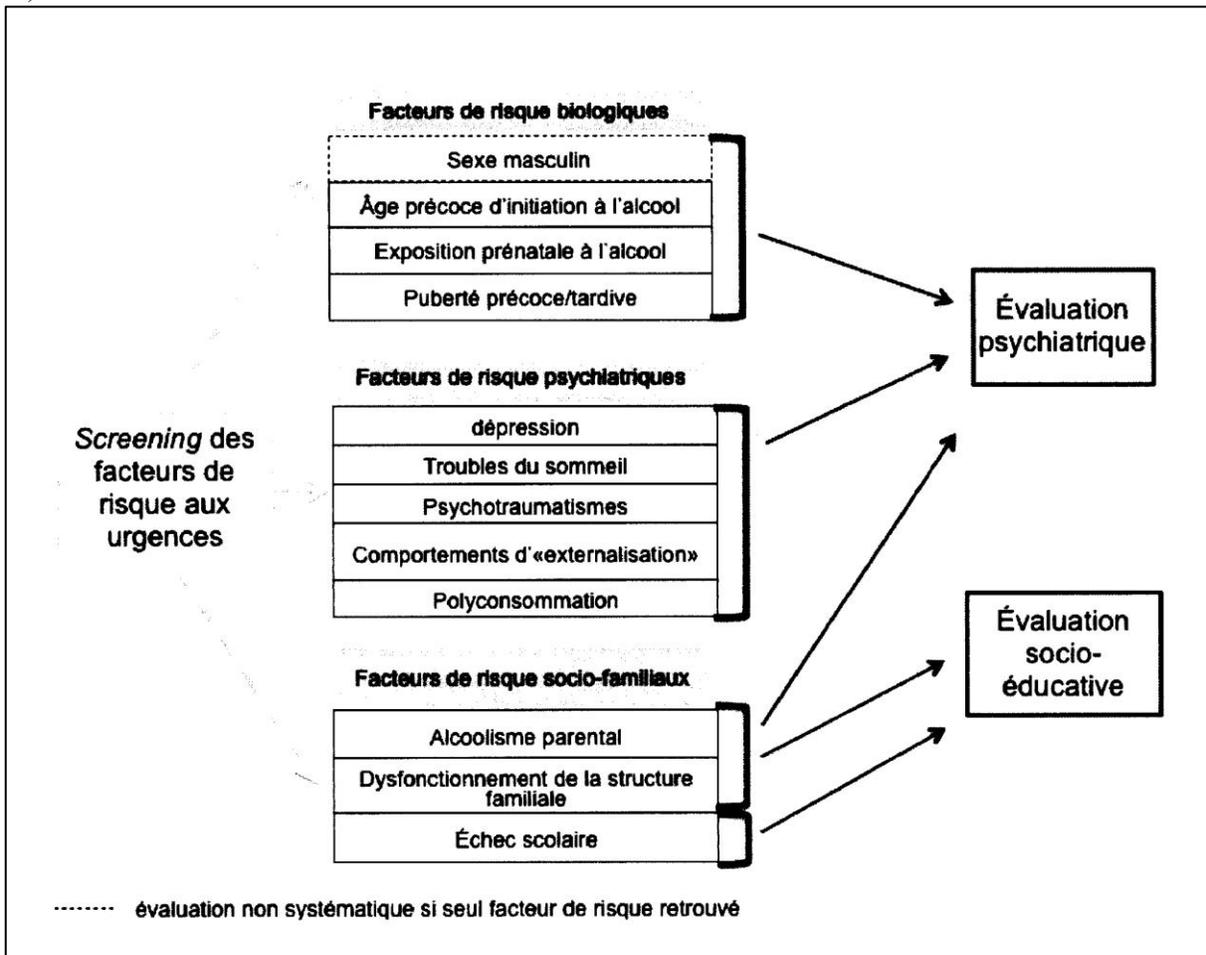
En 2001, l'ANAES (maintenant connue sous le nom de HAS : Haute Autorité de Santé) a publié des recommandations afin d'optimiser la prise en charge des adolescents en état d'intoxication alcoolique aiguë en milieu hospitalier. (51)

Ce rapport met en avant l'utilité de faire une hospitalisation du jeune dans un centre médical spécifique. Cette hospitalisation devrait durer au moins 72 heures, ce qui permettrait de réaliser un examen somatique, psychologique et social.

Le rapport met aussi en évidence l'intérêt de réaliser des rendez-vous de courte durée et d'accentuer la prévention auprès de cette population adolescente.

Une étude menée par une étudiante en médecine permet de faire un point et d'établir un schéma permettant une prise en charge plus facile. En effet, elle a répertorié les principaux facteurs de risques à rechercher chez ses adolescents. Puis elle a classé ces facteurs afin de cibler plus facilement la prise en charge qui semblerait la plus efficace.

Bien entendu ces travaux ne sont pas validés scientifiquement. Mais cela permet d'avoir une vue d'ensemble d'une prise en charge en milieu hospitalier.



Le mode de prise en charge à choisir.

La prise en charge psychiatrique ou socio-éducative, oblige donc les soignants à faire un entretien approfondi avec l'adolescent afin de détecter les facteurs de risques et les comportements qu'il a avec l'alcool.

Seuls les enfants ayant des facteurs de risques auront cette prise en charge. Mais en ce qui concerne les jeunes n'en ayant pas, une prise en charge par le médecin traitant pourrait être suffisante. Et c'est notamment avec ces jeunes là que la prévention à l'officine pourra être réalisée.

B - Le traitement de l'abus et/ou de la dépendance.

Ce qui est important à préciser avant tout, est que les jeunes sont peu enclins à développer une dépendance physique à l'alcool. Certes, certains en développeront une mais dans la majorité des

cas elle n'apparaît pas. Ce constat nous confirme donc que les « cures de sevrage » ne sont donc pas nécessaires et donc que le modèle « alcoolique anonyme » ne fonctionnera pas sur les jeunes n'ayant pas cette dépendance physique.

a - Fixer des objectifs réalisables.

Le fait de fixer des objectifs à courts ou moyens termes chez ces adolescents est primordial. En effet, pour s'en sortir plus facilement il faut un objectif auquel se raccrocher, celui-ci leur permettra d'avoir une motivation de plus d'arriver à l'abstinence.

Bien entendu, ces objectifs seront différents en fonction du caractère de l'adolescent et en fonction de son histoire personnelle avec l'alcool. Mais au final nous pouvons trouver trois objectifs bien distincts. Premièrement, l'abstinence totale qui se caractérise par l'absence totale d'alcool pour le reste de la vie. Deuxièmement, l'abstinence partielle dans laquelle la personne peut continuer à boire occasionnellement jusqu'à ce que les troubles liés à son abus ou à sa dépendance soient réglés, après cette résolution, l'abstinence totale peut être mise en place. Et troisièmement, apprendre à avoir une consommation normale, sans excès, pour cela l'équipe soignante aide la personne à se contrôler et à baisser sa fréquence de consommation. Le dialogue de confiance est donc important entre le soignant et le jeune afin que cet objectif soit le plus adapté. Mais les parents doivent aussi être associés à la décision de l'objectif car ils sont là pour entourer et aider leurs enfants et les soutenir dans cette épreuve d'arrêt de consommation d'alcool.

Malheureusement, de nombreux adolescents ont les « yeux plus gros que le ventre » et leurs objectifs sont à première vue difficilement réalisable du point de vue du soignant. D'où le rôle important de celui-ci qui recadrera ces adolescents afin de leur proposer des objectifs le plus souvent à court terme. Il vaut mieux se fixer plusieurs objectifs successifs à court terme plutôt qu'un seul objectif trop dur à réaliser et qui risque de faire abandonner le jeune dans sa démarche de soin.

b - TCC (Thérapie Cognitivo Comportementale).

Le principe de cette prise en charge est d'apprendre à l'adolescent à gérer sa consommation d'alcool et de lui apprendre à éviter les rechutes lors d'une abstinence totale. Cette thérapie se compose de plusieurs techniques :

-la thérapie aversive qui consiste à faire voir à l'adolescent que sa consommation d'alcool est désagréable. C'est une technique qui peut être utilisée dans de nombreux domaines mais dans le cas de l'alcool, elle peut être comparée à l'effet du Disulfirame qui a un effet antabuse quand il est pris et qu'il y a une consommation alcoolique dans la même période.

-le renforcement communautaire. Dans ce cas les thérapeutes font disparaître l'image positive et festive qu'a l'alcool, tout en essayant de renforcer les images négatives de celui-ci.

-la gestion des contingences. Il s'agit de confronter l'adolescent à une situation à risques de consommation afin de lui apprendre à gérer ce genre de situation qu'il rencontrera forcément après la fin de sa thérapie.

-la prévention des rechutes.

-la restructuration cognitive qui permet aux jeunes de se sentir mieux dans leur peau.

-les entretiens motivationnels qui peuvent se faire par exemple dans des groupes de paroles.

(53)

Cette prise en charge peut être renforcée par la mise en place d'un cahier dans lequel l'adolescent peut faire le point au jour le jour de son ressenti, de sa consommation, des situations plus ou moins compliquées qu'il a eu à vivre. Ceci permettra un meilleur suivi par les thérapeutes qui ne peuvent parfois pas suivre le jeune tous les jours.

Ce genre de thérapie est parfois considéré comme la prise en charge la plus efficace en première intention mais il est important de travailler au cas par cas. Ce qui est également important dans cette thérapie cognitivo-comportementale, est qu'il faut l'implication de l'adolescent et de son entourage proche, ses parents, ses frères et sœurs.

c - Psychothérapie analytique.

(54)

C'est une thérapie moins ciblée, qui ne prend en charge que l'adolescent, et qui se concentre plus sur les causes entraînant la consommation de l'adolescent. Ainsi le thérapeute travaillera principalement sur ce que ressent le jeune, sur son estime de soi, sur les troubles affectifs et émotionnels qui peuvent être présents chez ces jeunes.

La participation des parents est donc restreinte mais le thérapeute garde un statut primordial dans cette prise en charge.

d - Thérapie de groupe.

Ce type de thérapie a l'avantage de confronter le jeune avec des gens dans la même situation que lui, de lui faire voir qu'il n'est pas le seul à s'engager dans une démarche de soin. Mais il est important dans ces thérapies de groupe de faire une sélection stricte des participants. En effet, ils doivent tous être motivés, engagés, il doivent accepter les règles du groupe, mais ils doivent aussi y avoir une sélection des participants sur les mêmes critères afin d'avoir la meilleure homogénéité dans ce groupe de parole.

e - Traitements médicamenteux.

Médicaments spécifiques de l'abus et/ou de la dépendance.

Ces traitements sont en général identiques aux médicaments utilisés chez les adultes. Cependant, il faut être prudent avec leurs utilisations et ne les prescrire que dans les cas où les autres traitements n'ont pas fonctionné notamment les traitements psychologiques et comportementaux, et dans les dépendances les plus sévères.

Cependant, quels que soient les cas, un traitement médicamenteux ne devra jamais être réalisé seul, il devra toujours être associé à un traitement psychosocial que ce soit une thérapie de groupe, une TCC ou une psychothérapie analytique.

Bien entendu toute la famille doit être au courant de la mise en place de ce traitement et les effets indésirables doivent aussi bien être expliqués à l'adolescent qu'à ses parents (surtout si celui-ci est mineur), et le consentement des 2 parties doit être obtenu par le médecin.

Deux molécules sont aujourd'hui utilisées en majorité dans le traitement de l'abus et de la dépendance des adolescents. Il s'agit du *Naltrexone* et de l'*Acamprosate* qui sont des molécules baissant l'appétence qu'a l'adolescent vis-à-vis de l'alcool.

Le Naltrexone.

(55)

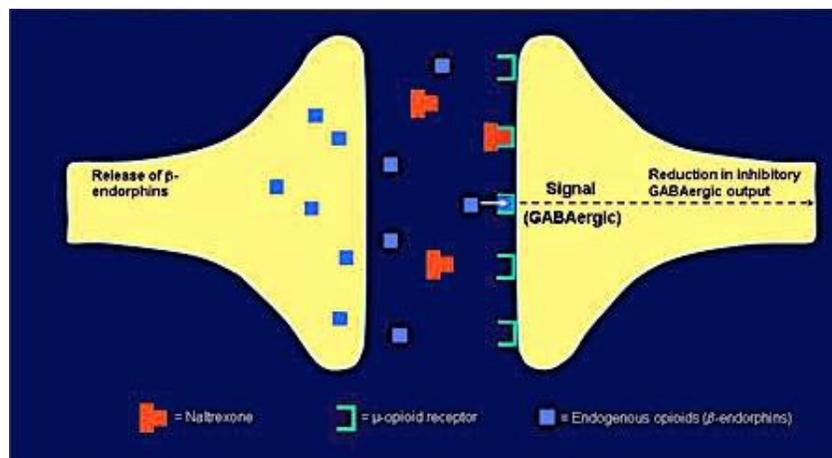


Nom commercial : REVIA®, NALOREX®.

Le *Naltrexone* est un antagoniste spécifique des récepteurs aux opiacés du système nerveux central (SNC) et périphérique. Le *Naltrexone* va donc se fixer de façon compétitive à ces récepteurs pour empêcher les opiacés exogènes de se fixer. Il y aura donc comme effet la baisse de l'effet euphorisant après une prise d'alcool.

Sa demi-vie sera de 24 à 72 heures grâce à ses molécules actives qui sont le naltrexone et le 6 bêta-naltrexone.

(56)



Le mécanisme d'action du Naltrexone.

Au vu de l'action du *Naltrexone* sur le système nerveux central et périphérique, l'indication principale du *Naltrexone* sera d'aider à l'abstinence dans le cadre d'une prise en charge globale comportant notamment un soutien psychologique.

Il est préconisé de commencer le traitement après le sevrage aux opiacés (s'il y a une consommation) puis de prendre un comprimé de *Naltrexone* à 50 mg tous les jours pendant 3 mois. Selon le résultat obtenu et celui souhaité, le traitement peut être prolongé.

Comparaison Naltrexone-Placebo. (57)

Cette étude a été réalisée sur 22 adolescents de 15 à 19 ans et elle a permis d'étudier l'utilisation de l'alcool par les jeunes, la réaction qu'ont ces jeunes vis-à-vis de l'alcool et le craving.

Certains adolescents ont reçu le placebo et les autres ont reçu une dose de Naltrexone de 50 mg/jour.

Résultats : pour les sujets ayant reçu du Naltrexone, il a été constaté :

- une baisse de la probabilité de boire.
- une baisse de consommation abusive.
- une baisse du « craving ».

De plus, une bonne tolérance a été constatée pour ces adolescents.

L'acamprosate.

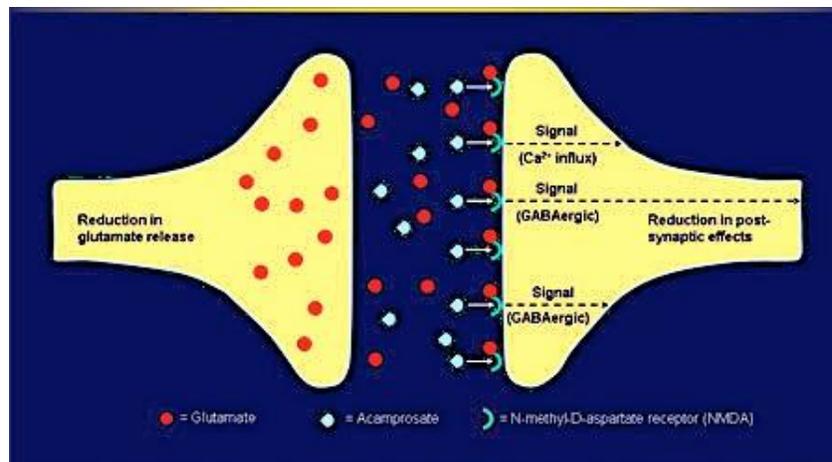
(58)



Nom commercial : AOTAL®.

L'*Acamprosate* est un analogue du gaba (acide gamma-amino-butyrique) qui a pour rôle la stimulation de la neurotransmission gabaergique. Cette stimulation aura pour effet une baisse du besoin de boire pour l'adolescent.

(59)



Le mécanisme d'action de l'Acamprosate.

L'Acamprosate est une molécule ayant un métabolisme lent, ce qui rend le traitement actif après plusieurs jours de prise de médicament.

Grâce à son action sur le système gabaergique, cette molécule permet un maintien de l'abstinence chez un sujet alcoolo-dépendant. Bien entendu un traitement psychologique est à associer à ce traitement médicamenteux.

La posologie quant à elle varie en fonction du poids de la personne.

Personne de moins de 60 kilogrammes : 2 comprimés le matin, 1 comprimé le midi et 1 comprimé le soir.

Personne de plus de 60 kilogrammes : 2 comprimés le matin, 2 comprimés le midi et 2 comprimés le soir.

La durée recommandée du traitement est de 12 mois et les prises des comprimés doivent se faire de préférence à distance des repas si la tolérance digestive est bonne. En effet, la prise pendant les repas diminue la biodisponibilité de l'*Acamprosate*.

Comparaison Acamprosate-Placebo.(60)

Une étude menée en double aveugle sur 26 adolescents de 16 à 19 ans a été réalisée par Niederhofer et Staffen en 2003. Elle a duré 90 jours et il s'est avéré qu'à la fin de cette période, 7 adolescents sous Acamprosate étaient abstinentes alors que seulement 2 adolescents sous placebo l'étaient.

Ces 2 molécules sont plutôt bien tolérées chez les adolescents, elles ont très peu d'effets indésirables et ne rendent pas l'adolescent malade s'il rechute une fois durant le traitement.

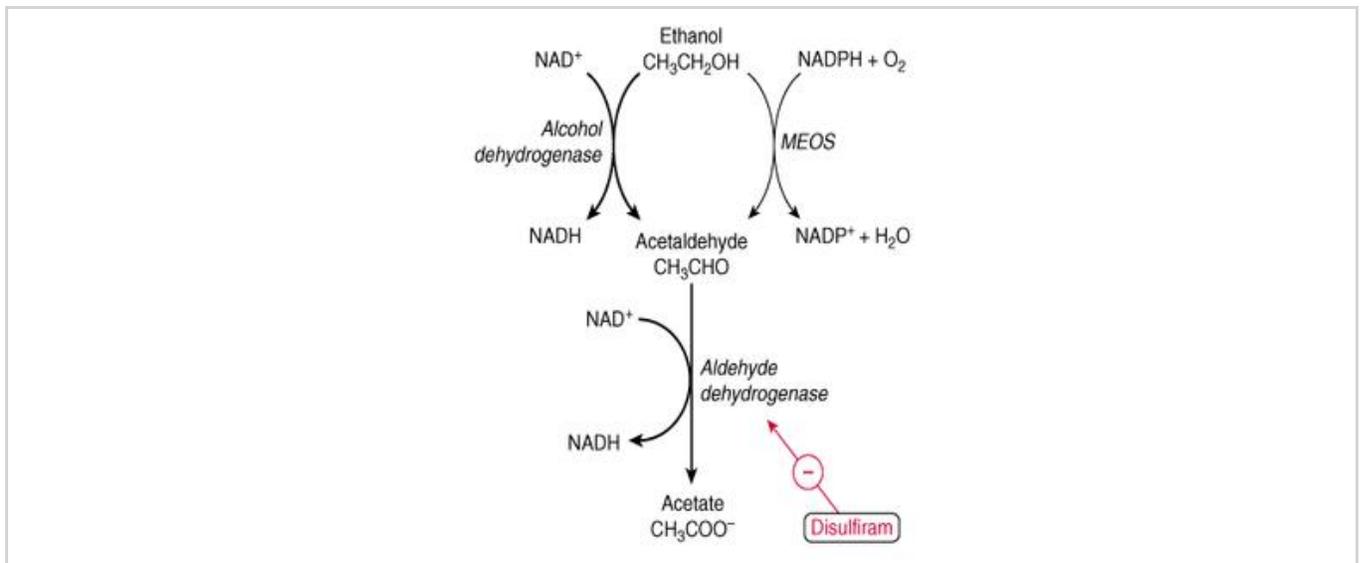
Mais une autre molécule existe également dans la dépendance à l'alcool, il s'agit du Disulfirame qui est un peu plus controversé dans son utilisation chez l'adolescent au vu des nombreux effets indésirables qu'il peut provoquer mais aussi à cause de son action principalement antabuse.

Le Disulfirame.

Nom commercial : ESPERAL®.

Le *Disulfirame* est une molécule qui inhibe de nombreuses enzymes dont l'acétaldéhyde déshydrogénase. Lors d'une prise d'alcool avec ce traitement, l'inhibition de cette enzyme provoquera une accumulation d'acétaldéhyde, or l'acétaldéhyde est la molécule responsable des effets négatifs de l'alcool c'est-à-dire : nausées, vomissements, sensation de malaise, tachycardie, hypotension. La personne sera donc moins tentée de consommer de l'alcool tant que son traitement sera en place.

(61)



Le mécanisme d'action du Disulfirame.

Ce traitement est mis en place pour éviter les rechutes et il est, comme les autres traitements médicamenteux, également associé à un traitement psychologique.

Les comprimés de Disulfirame sont dosés à 500 mg. La posologie est de 1 comprimé à prendre le matin au petit-déjeuner après une abstinence d'au moins 24 heures afin d'éviter les effets antabusés.

Comparaison Disulfiram-Placebo. (62)

Cette étude a été réalisée en 2003 sur 26 adolescents de 16 à 19 ans divisés en 2 groupes. Un premier groupe de 13 adolescents ayant reçu du Disulfiram à la dose de 200 mg/jour durant 90 jours et un second groupe de 13 adolescents ayant reçu un placebo durant la même durée.

Sur les 26 adolescents, 10 ont arrêté l'étude soit par inobservance, soit à cause des effets indésirables, soit à cause de pathologies apparus au cours de l'étude.

Deux résultats ont été observés chez les 16 adolescents restants, l'abstinence ou la rechute :

-7 adolescents ont rechuté, 1 seul prenait du Disulfiram et les 6 autres étaient traités par le Placebo.

-9 adolescents sont devenus abstinents, 7 pour le traitement par Disulfiram et 2 sous Placebo.

Cette étude nous montre bien que le Disulfiram a une bonne efficacité sur les adolescents notamment pour éviter les rechutes et pour prolonger une abstinence. De plus, c'est un traitement qui est assez bien toléré puisque le principal effet indésirable est un risque de diarrhée pouvant apparaître durant le traitement.

Cependant, il est tout de même primordial d'associer à ce traitement un traitement psychosocial et un traitement comportemental afin qu'il soit le plus efficace possible.

De nouveaux traitements ont fait leur apparition ces dernières années. Il s'agit notamment du baclofène qui a une efficacité aujourd'hui démontrée, mais également le lévétiracetam.

Le baclofène.

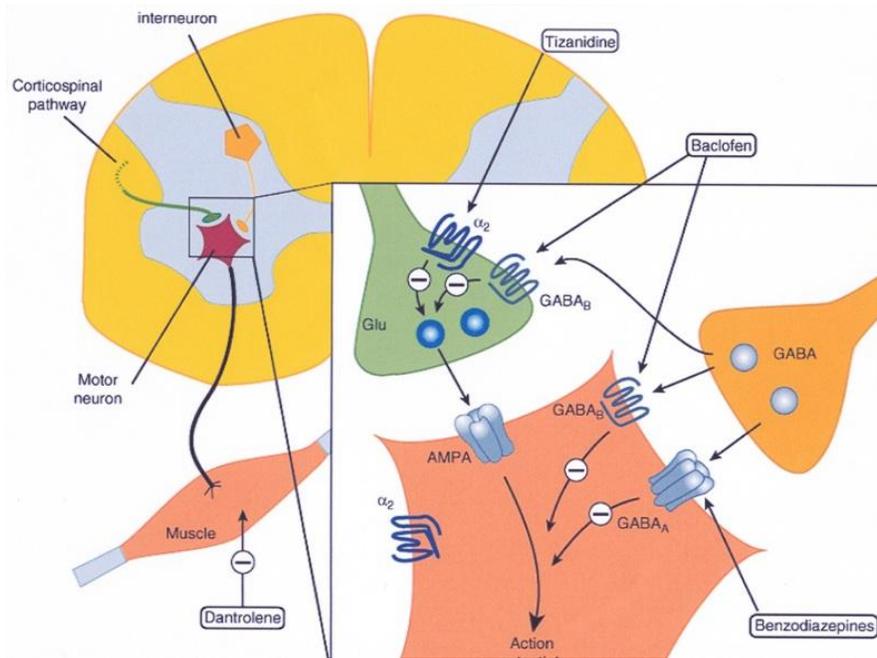
(63)



Nom commercial : LIORESAL®.

Le baclofène est un analogue du GABA-b qui est à la base utilisé comme antispastique. Cependant de nouvelles études ont démontré que les récepteurs du GABA-b et les neurones dopaminergiques étaient situés dans la même zone du cerveau. Il s'est avéré que lorsque le Baclofène active les récepteurs du GABA-b, une inhibition locale du système dopaminergique était provoquée. Cette inhibition engendre à son tour une baisse de consommation et une aide au maintien de l'abstinence.

(64)



Le rôle du Baclofène sur le récepteur gabaergique.

Etude réalisée à Villejuif, au centre Hospitalier Paul-Guiraud. (65)

Cette étude a été réalisée sur 2 ans après une sélection rigoureuse des patients.

-Sélection des patients.

Une sélection de 132 patients a été faite à la base de l'étude, ces 132 patients ont été suivis durant 10 mois afin de voir si leurs traitements pour le sevrage alcoolique étaient inefficaces sur eux. Au bout de ces 10 mois, seuls 100 patients furent sélectionnés afin de suivre le protocole de soin par Baclofène.

Sur ces 100 patients, 70 étaient des hommes et 30 des femmes, leur âge moyen était de 47 ans.

-Protocole du traitement.

Avant de commencer le protocole de soin, les patients ont été interrogés sur leur consommation d'alcool ainsi que sur leur « CRAVING ». Puis ils ont été suivis après 3, 6, 12 et 24 mois de traitement.

Au cours de leur premier rendez-vous, le personnel soignant a fait signer un accord de soin dans lequel il était précisé que le patient était résistant aux autres traitements, qu'il acceptait un

traitement par Baclofène (qui pouvait être augmenté si les doses n'étaient pas efficaces), qu'il y avait des effets indésirables possibles lors de ce traitement (notamment un risque de somnolence induisant un arrêt de la conduite automobile durant la première semaine du protocole).

De nombreuses informations ont également été prises lors de ce premier rendez-vous afin d'avoir un meilleur suivi des patients, il leur a notamment été demandé leur âge, leurs mensurations, l'historique de leur alcoolisme, leur consommation actuelle d'alcool, l'intensité de leur CRAVING, leur historique médical, leurs autres addictions possibles, leur statut marital, leur emploi et leur tabagisme possible.

Le tableau ci dessous nous précise l'évolution des posologies au cours des premières semaines de traitement :

	matin	midi	soir
Jour 1	½ cp		
Jour 2	½ cp	½ cp	
Jour 3 à 7	½ cp	½ cp	½ cp
Semaine 2	1 + ½ cp	1 + ½ cp	1 + ½ cp
Semaine 3	2 + ½ cp	2 + ½ cp	2 + ½ cp

L'évolution des posologies au cours des trois premières semaines de traitement.

Au cours des semaines suivantes, la posologie était augmenté de 30 mg/semaine (soit 3 comprimés en plus par jour) jusqu'à atteindre une posologie efficace.

Les rendez-vous des 3, 6, 12 et 24 mois permettent de classer les patients dans 3 catégories :

-**Risque faible** dans lequel il n'y a plus de CRAVING et un contrôle de la consommation d'alcool.

-**Risque moyen** dans lequel le CRAVING a diminué et dans lequel la consommation d'alcool n'est pas suffisamment contrôlée.

-**Risque élevé** dans lequel le CRAVING ne baisse pas assez et où la rechute est présente.

-Résultats

Number of patients followed, treatment compliance and categories of patients at each time-point.

	Baseline	3 months	6 months	1 year	2 years
Number of patient	132	100	97 (lost: 3)	92 (lost: 6, deceased: 2)	87 (lost: 11, deceased: 2)
Compliant with treatment	–	100	75 (lost: 3, TD: 22)	49 (lost: 6, deceased: 2, TD: 43)	42 (lost: 11 deceased: 2, TD: 45)
At low risk	–	50 (TD: 0)	52 (TD: 1)	48 (TD: 7)	50 (TD: 10)
At medium risk	–	34 (TD: 0)	18 (TD: 5)	15 (TD: 10)	12 (TD: 10)
At hig risk	132	16 (TD: 0)	27 (TD: 16)	29 (TD: 26)	25 (TD: 25)

TD: treatment discontinuation.

Le nombre de patients suivie, l'acceptation du traitement et la catégorie des patients aux différents moments.

Il est tout d'abord important de souligner qu'un certain nombre de personnes ont quitté l'étude au cours de ces deux années. Les raisons de cet arrêt sont variées, certains sont décédés, d'autres ne sont plus venus aux rendez-vous, mais dans la plupart des cas, les personnes sont sortis du protocole à cause de la non-observance de leur traitement.

A partir de ce constat, il est fort probable que les personnes ayant quitté le protocole fassent parties des personnes à fort risque.

On constate qu'au bout de 2 ans de traitements, il reste 87 patients dans le protocole. Sur ces 87 patients, 50 sont en risque faible ce qui est un bon résultat.

A la fin de cette étude, une dose moyenne efficace a pu être trouvée, elle est de 147 mg/j. Une nette différence est constatée entre les hommes et les femmes, en effet, la dose moyenne chez les hommes était de 157 mg/j contre 127 mg/j chez les femmes.

Cette différence s'explique par le fait que les femmes consommaient en général moins d'alcool que les hommes avant le traitement. Et il a été constaté que plus la quantité d'alcool consommée avant le début du protocole était importante et plus les doses efficaces augmentaient.

Cette étude a également permis de faire un point sur les effets indésirables du baclofène à des doses aussi importantes. 88% des personnes suivies ont déclaré avoir subi au moins un effet indésirable mais dans la plupart des cas, ils étaient bénins.

Les effets indésirables les plus fréquents ont été :

- fatigue (64%)
- insomnie (31%)
- vertiges (21%)
- paresthésie (18%)
- nausées et vomissements (17%)
- problèmes sexuels (15%)

Une revue scientifique a fait une synthèse de plusieurs études menées sur l'effet du baclofène chez les alcoolodépendants (66). Ces études comportaient plusieurs critères d'inclusion :

- la consommation de plus de 2 verres par jour.
- la consommation de plus de 21 verres par semaine pour un homme et de plus de 14 verres par semaine chez la femme.
- la présence d'une cirrhose du foie. Ce facteur est important car le naltrexone est un médicament contre-indiqué chez les personnes ayant des pathologies hépatiques. Si l'effet du baclofène est avéré dans ce domaine, les personnes ayant une cirrhose auront un autre traitement pour les aider à traiter leur dépendance à l'alcool.

Reference	Design	Patients	Length of treatment	Baclofen dosing	Results	Other
Addolorato et al ³⁵	OL	9 (all males; mean age 44 +/- 10.1)	4 weeks	5 mg tid x 3 days, then 10 mg tid	7 maintained abstinence; 2 continued drinking but substantially decreased weekly drinks during first week of treatment	Cravings significantly reduced during first week of treatment; tolerability was fair
Agabio et al ²⁶	CR	1 (male, 48 y)	48 weeks	5 mg tid x 3 days, then 10 mg tid	Stopped drinking during first week of treatment; consumed only 1 drink during week 18 of 48 weeks of observed treatment	
Ameisen ³⁶	CR	1 (male, 50 y)	9 months	10 mg tid, adding 20 mg/day every third day; optional 20-40 mg/day prn cravings; final dosing 120 mg/day	Remained abstinent from alcohol during those 9 months	No alcohol cravings or anticipatory anxiety of relapse
Bucknam ³⁷	CR	1 (male, 59 y)	Not specified, was at least 1 month	100 mg/day tid; increased to 140 mg/day tid on stressful days	Decreased amount drank; if patient chose to drink, it was limited to 12 drinks/week, or 3 drinks/occasion; previous consumption was 35 drinks/week, or 12 drinks/occasion	Experienced mild relaxation, not sedation, as side effect
Dore et al ²²	CS	13 (10 male, 3 female; mean 49 y with range 41-62 y)	Follow-up ranged from 4 days to 27 months	30-275 mg/day tid	Five patients had 0 drinking days during follow-up (7 weeks to 18 months), 2 patients relapsed day after discharge (noncompliance with baclofen), 6 others relapsed a total of 1-140 days during their follow-up	Generally well tolerated unless at high doses (120 mg and 275 mg)
Flannery et al ³⁸	OL	12 (9 male, 3 female; mean age 42 +/- 7 y)	12 weeks	5 mg tid x 3 days, then 10 mg tid	Mean number of drinks per drinking day decreased from 7.6 +/- 2.2 to 4.7 +/- 3.5; heavy drinking decreased from 88.3% +/- 16.6% of the days to 55% +/- 40% of the days; abstinence increased from 9.4% +/- 10.6% of the time to 31% +/- 34.2% of the time	No participant achieved complete abstinence; during the initial week, only 2 participants remained abstinent, and only 1 remained abstinent until week 8
Pastor et al ³⁹	CS	4 (3 male, 1 female; age range 31-46 y)	7-9 months of follow-up during abstinence	75-125 mg/day	2 patients achieved abstinence and did not relapse with a dose reduction; 1 patient experienced increased cravings and relapse with dose reduction, which resolved with dose increase; 1 patient relapsed on high-dose baclofen but was associated with a depressive episode	When titrated slowly, there were few side effects and it was generally well tolerated
Rigal et al ⁴⁰	OB, R	132 (63% male, 37% female; mean age 47 +/- 11 y)	1 year of follow-up	Maximum dose 145 +/- 75 mg/day and average dose at 1 year of 129 +/- 71 mg/day	At year 1, 78 patients remained abstinent, 28 were drinking at or below the "low risk" level, and 26 were drinking above the "low risk" level	At year 1, 83% of patients were still taking baclofen; 86% of patients experienced side effects, most transient and during dose increases

Note: *Means reported as standard deviations unless noted otherwise.
Abbreviations: CR, case report; CS, case series; OB, observational; OL, open label; prn, as needed; R, retrospective; tid, three times daily; y, years.

L'effet du

Baclofène dans le traitement de l'alcool-dépendance.

Ce tableau nous montre bien l'efficacité du Baclofène dans la diminution de la consommation d'alcool et dans le maintien de l'abstinence. Bien entendu ces études ont été menées chez des adultes mais elles nous donnent tout de même une bonne indication sur les posologies efficaces de ce traitement.

Une étude réalisée par le Département de Psychiatrie de l'université de Pittsburgh en 2012 nous donne quelques informations sur l'efficacité des différents traitements. Le Disulfiram a montré une bonne efficacité dans le maintien de l'abstinence des adolescents. Quant au Naltrexone et à l'Acamprosate, ils ont montré une aide à l'abstinence mais surtout une forte baisse du « craving ». (67)

De nombreux médicaments sont encore en études afin de déterminer un possible effet sur l'alcoolodépendance. On peut notamment parler du Lévétiracetam (KEPPRA). (68)

Cependant les résultats de cette étude en double aveugle du Lévétiracétam contre un placebo ne sont pas concluants, il n'y a pas d'effet assez fort de ce médicament dans le traitement de la dépendance à l'alcool.

Médicaments associés à l'arrêt de l'alcool.

De nombreux médicaments peuvent être utilisés en association aux traitements de la dépendance. En fonction de l'état psychologique de la personne, les médecins peuvent envisager des traitements anxiolytiques (tels que les benzodiazépines), antidépresseurs ou hypnotiques. Bien entendu ces traitements sont à mettre en place au cas par cas en prêtant une attention toute particulière à l'accumulation possible d'effets indésirables, aux risques de dépendances à ces médicaments et à l'âge souvent jeune de ces patients.

Apports vitaminiques.

Les déficits en vitamines sont souvent présents chez les alcooliques chroniques ; cette baisse importante est notamment due à une mauvaise alimentation voire à une quasi-absence d'alimentation dans certains cas.

Deux types de vitamines sont souvent apportées aux alcooliques chroniques par voie médicamenteuse, il s'agit de la vitamine B1 et de la vitamine B6.

-la vitamine B1 ou Thiamine a un rôle primordial pour l'organisme. En effet, chez ces jeunes souffrant de trouble de l'alcoolisation, le taux de vitamine B1 est souvent très bas et cette baisse peut avoir de nombreux effets délétères sur l'organisme avec notamment les syndromes de Gayet-Korsakoff. De plus, elle est primordiale au fonctionnement cellulaire et à la transmission

des influx nerveux.

La thiamine peut être apportée par certains aliments tels que la levure de bière, les céréales, les légumineuses, les viandes, les œufs, les poissons,... Mais si les apports restent toujours insuffisants, il faudra entreprendre un apport médicamenteux de vitamine B1.

Deux modes d'apports sont envisageables : l'apport per-os et l'injection.

L'apport per-os de vitamine B1 se fait donc sous forme de comprimés dosés à 250 mg et la posologie sera de 1 à 2 comprimés par jour à prendre pendant ou hors des repas.

Les injections quant à elles sont dosées à 100 mg/ml et elles se font par voie intramusculaire.

Dans les deux cas, la posologie sera adaptée en fonction du niveau de la carence et de l'alimentation de l'adolescent.

-la vitamine B6 ou pyridoxine est le précurseur du phosphate de pyridoxal qui est une des coenzymes responsable du métabolisme des acides aminés. Une carence en vitamine B6 peut donc rapidement perturber ce métabolisme et avoir des conséquences pour la santé de l'adolescent.

C - Agir sur l'environnement du jeune consommateur.

a - Aider les parents.

Comme nous l'avons vu précédemment, les parents ont un rôle clef dans la prise en charge thérapeutique de leur enfant aussi bien dans les objectifs à prendre, que dans le traitement lui-même et dans le suivi de l'abstinence à long terme. Mais il est important aussi qu'ils fassent l'objet d'un suivi et d'une prise en charge afin d'améliorer l'environnement familial de l'adolescent. Cette amélioration est une des pièces du puzzle qui fera que l'adolescent se sortira de son abus ou de sa dépendance.

La prise en charge des parents commence donc dès le début de la prise en charge de leur enfant. À ce moment là, le soignant doit leur faire prendre conscience que leur enfant a un abus ou une dépendance, il doit leur expliquer son mécanisme ainsi que ce qui entraîne ces phénomènes. Le dialogue doit donc vite être établi entre le soignant et les parents afin que ce travail soit agréable et facilement compris.

Un des autres rôles du soignant sera d'améliorer l'entente entre l'adolescent et ses parents afin

que le dialogue soit plus facile. Il devra également remettre le rôle des parents à sa place afin qu'ils retrouvent un minimum d'autorité sur leurs enfants car nous avons vu qu'une relation trop « amicale » ne permet pas forcément un dialogue plus facile ni une compréhension optimale. Une hiérarchie rétablie dans une famille permettra de recréer des frontières entre chaque individu. Cette frontière sera la base d'un retour à un fonctionnement « normal » de la famille, avec des limites dans le comportement de l'enfant.

Bien entendu ces efforts de dialogue et de hiérarchisation de la famille ne seront pas efficaces si l'état psychologique des parents (et des autres membres de la famille) n'est pas optimal. Ainsi en prenant en charge l'adolescent, il faut également prendre en charge l'entourage en leur proposant un traitement qu'il soit médicamenteux ou pas, afin que toute la famille suive le même chemin vers la sortie de l'abus ou de la dépendance de l'enfant.

b - Actions sur l'environnement social et scolaire.

Nous avons vu que l'environnement social et scolaire pouvait également être, dans certains cas, un facteur de risque d'abus ou de dépendance.

Il est donc tout à fait normal d'agir sur ces deux facteurs dans la prise en charge globale du jeune souffrant d'un trouble de l'alcoolologie.

Le but de ses actions est donc d'aider le jeune à retrouver une vie stable et satisfaisante aussi bien dans sa vie sociale, que ce soit financièrement et amicalement, que dans sa vie scolaire.

Les actions pouvant être envisagées pour réduire le facteur de risque social sont nombreuses et elles doivent être envisagées au cas par cas en fonction du milieu dans lequel vit le jeune. En effet, elles peuvent se baser sur une aide financière lorsque la famille est démunie financièrement. Il peut aussi y avoir des aides administratives, dans ce cas des assistantes sociales peuvent aider à faire les papiers de la famille, à faire les démarches pour des aides. Il est donc facilement compréhensible que toutes les familles n'aient pas besoin de cette aide.

Une des autres façons d'agir sur le milieu social est d'aider le jeune à quitter le groupe de personnes avec qui il consomme de l'alcool. Les soignants peuvent à ce moment là lui proposer d'intégrer d'autres groupes de personnes tels que des associations, des communautés, des groupes de sports, de musique, ... Ce type de proposition peut donc être proposé aux jeunes étant dans un groupe où la consommation d'alcool est favorisée mais aussi lorsque le jeune boit seul chez lui, dans ce cas le fait de le faire sortir et de le faire s'ouvrir au monde pourra être une des clefs

l'aidant à s'en sortir.

Quant aux actions scolaires, elles se basent essentiellement sur la réintégration du jeune dans le milieu scolaire. Beaucoup de jeunes souffrant d'abus ou de dépendance sont coupés du milieu scolaire soit parce qu'ils ont décidé de quitter l'école, soit parce que les écoles les ont renvoyé, soit parce qu'ils sont en échec. Le but de ces actions est donc de les aider à reprendre le parcours là où ils l'ont arrêté, pour les aider dans cette démarche, des mesures peuvent être prises pour faciliter la communication entre les élèves afin d'éviter que le jeune en réinsertion ne soit jugé ou rabaissé, mais il est également important de rétablir une relation de confiance entre le jeune et les professeurs. C'est pourquoi les professeurs devraient toujours être prévenus et formés à l'arrivée d'un élève souffrant de troubles liés à l'alcoolisme.

Ces actions peuvent aussi être mise en place dans le milieu professionnel lorsque le jeune est en âge de travailler. Dans ce cas les relations entre le jeune, ses collègues et son patron seront favorisées.

D - Un modèle de prise en charge du jeune consommateur abusif ou dépendant de l'alcool : le modèle PROCHASKA et Di-Clemente.

(69)

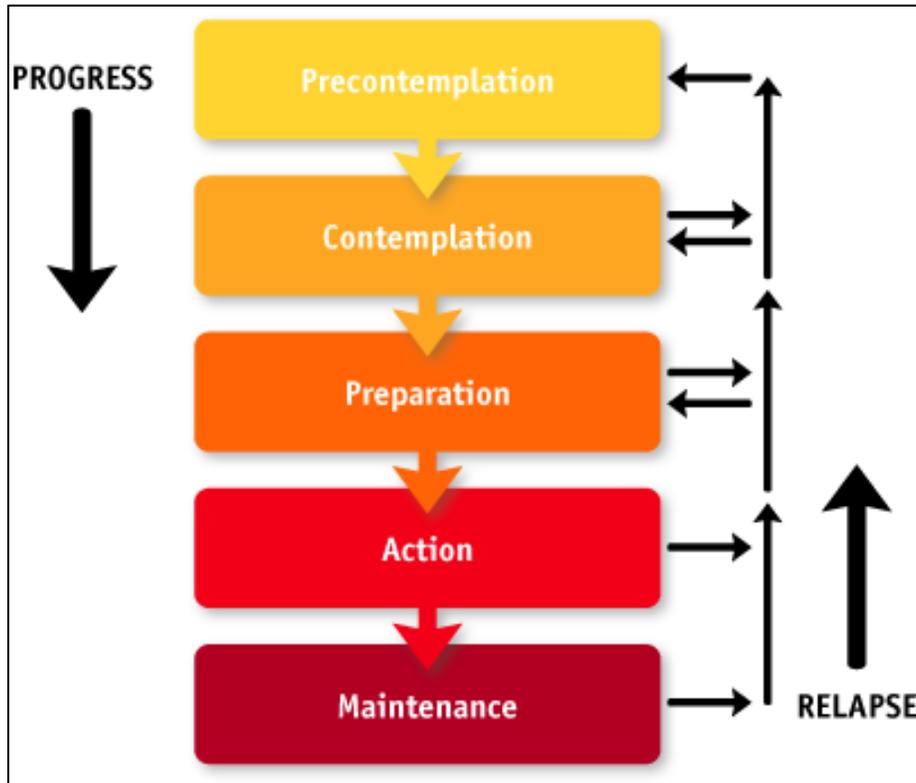
Ce modèle permet la prise en charge de l'adolescent souffrant d'une dépendance, qu'elle soit due à l'alcool, au tabac, aux jeux ou à toutes autres drogues. L'avantage de cette méthode est qu'elle encadre le jeune dès sa première rencontre avec un soignant jusqu'à la sortie totale de sa dépendance. Tant que le jeune ne sera pas sorti de sa dépendance, il sera suivi par les mêmes encadrants ce qui lui permettra d'être plus en confiance et mieux suivi.

La prise en charge sera donc globale et basée sur la confiance entre les soignants et l'adolescent et sur un dialogue ouvert, bien entendu, comme nous le verrons, le traitement mis en place sera différent en fonction de l'adolescent.

Le chemin vers la guérison grâce à ce modèle se fait en six étapes qu'il est important de suivre sans aller trop vite et sans en sauter une, le principal étant d'arriver au but final à son rythme, en se sentant le mieux possible dans sa peau et dans sa vie de tous les jours.

Le modèle peut être représenté sous forme de boucle de laquelle l'adolescent peut sortir à tout moment.

(70)



Le modèle de Prochaska et Di-Clemente.

a - La pré contemplation.

Cette étape est aussi appelée « phase de non-implication », en effet, à ce stade l'adolescent n'est pas forcément conscient de sa dépendance et il n'a pas envie de s'engager dans un processus de guérison qui sera plus ou moins long. Mais cette étape reste importante afin d'engager une relation de confiance entre le (ou les) soignants et l'adolescent, il ne faut pas hésiter à avoir des rendez-vous de courte durée afin de ne pas saturer le jeune en information mais rien n'empêche une multiplication de ces rendez-vous.

Le but à ce stade n'est pas de parler de traitement ou de prise en charge psychologique, il est simplement de mettre en confiance l'adolescent et de lui présenter ce que peuvent être les risques d'un abus de consommation de boissons alcoolisées. Il faut donc lui parler des conséquences néfastes que peut avoir l'alcool sur le plan de sa santé, de sa vie sociale, de sa vie familiale mais

aussi les risques judiciaires qu'il peut subir. Le soignant peut également faire réaliser à ce jeune des tests tel que le test AUDIT ou le test CRAFFT afin d'estimer le niveau de dépendance qu'il peut avoir avec l'alcool.

L'objectif à long terme de ces entretiens est donc de créer un doute dans l'esprit du jeune, de lui faire comprendre que sa consommation d'alcool n'est pas une honte mais qu'elle peut engendrer de graves problèmes dans sa vie future que ce soit à court, à moyen ou à long terme.

b - La contemplation.

Cette étape est également appelée « phase d'adhésion » et elle est la poursuite logique du travail déjà engagé dans la phase de pré-contemplation, après avoir mis toutes les cartes dans les mains de l'adolescent, un dialogue plus ouvert peut commencer dans lequel l'adolescent devra exprimer son opinion sur les raisons en faveur d'un changement de comportement. Bien entendu, pour faire basculer la balance en faveur d'un changement, le soignant doit être activement présent afin d'amener le jeune sur des pistes pour le faire positivement évoluer. Le principal pour le soignant étant qu'il ne doit pas forcer la résistance afin que le travail de réflexion ne vienne que de l'adolescent mais il ne doit pas non plus avoir de jugement sur ce que lui dit cet adolescent, il doit au contraire l'encourager dans ses choix et ses opinions.

À la fin de cette étape, l'adolescent devra donc adhérer à l'idée qu'une prise en charge est possible pour se sortir de son problème de consommation excessive d'alcool.

c - La décision.

C'est une étape de préparation, de décision au changement. À ce stade de la prise en charge, l'adolescent est donc pleinement conscient de son problème avec l'alcool. Le rôle du soignant est donc de maintenir cet état tout en continuant à faire pencher la balance vers le changement de comportement.

C'est à ce moment qu'il faut commencer à lui parler de la stratégie de changement, il faut lui proposer tous les types de traitements possibles ainsi que le mode de prise en charge hospitalière ou ambulatoire. Une fois toutes les stratégies proposées, il faut donc choisir la plus adaptée à l'adolescent, celle qui pourra l'amener vers son abstinence avec le plus de chance possible.

Une fois la stratégie trouvée, il ne reste plus qu'à attendre le moment où le jeune sera prêt à franchir le pas, à avoir ce changement de comportement qui influera sur toute sa vie. Ce moment

ne peut être choisi que par l'adolescent lui-même, c'est lui qui ressentira le meilleur moment pour débiter sa prise en charge thérapeutique.

d - L'action.

C'est à partir de ce moment là que se met donc en place le changement de comportement de l'adolescent. C'est une étape dans laquelle d'autres soignants peuvent faire leur apparition en fonction du traitement qui peut être commencé, et c'est donc à ce niveau que peut intervenir le pharmacien, en effet si un traitement médicamenteux est mis en place, le pharmacien aura un rôle de conseil sur la prise du traitement et sur l'hygiène de vie qu'il faudra suivre durant le traitement, mais il aura également un rôle de conseil afin d'améliorer les effets indésirables qui peuvent apparaître à l'arrêt de la consommation d'alcool ou les effets indésirables dus aux médicaments.

Le rôle de tous les soignants, y compris du pharmacien, sera d'avoir un discours empathique vis-à-vis de l'adolescent afin qu'il poursuive ses efforts, de l'encourager même lorsque celui-ci a l'impression que le traitement est difficile à suivre et aucun jugement ne devra être émis.

Le but étant que sa motivation reste intacte et que le changement dure le plus longtemps possible afin d'arriver à l'étape du maintien.

e - Le maintien.

Le maintien du changement n'est pas une chose toujours facile en voyant la facilité que nous avons à nous procurer des boissons alcoolisées et en voyant l'omniprésence de l'alcool dans notre vie de tous les jours. C'est pourquoi le suivi doit continuer avec notamment la mise en place d'objectifs à court terme afin que l'adolescent ait l'impression que les efforts qu'il fournit ne soient pas inutiles, et les soignants devront continuer à l'encourager et à valoriser le travail qu'il fait sur lui-même dans la poursuite de son changement de comportement.

L'un des objectifs de cette étape est de faire face au « CRAVING » qui est un terme anglo-saxon couramment utilisé dans le domaine médical et qui signifie « ENVIE ». Cette situation de craving peut être mal vécu pour le jeune et elle est l'une des raisons des rechutes qu'il peut faire durant sa prise en charge. Plusieurs choses doivent donc être abordées entre le soignant et le jeune afin de combattre ce craving :

·l'adolescent doit décrire ce qu'il ressent durant ce craving, par quel alcool il est

attiré, comment il est attiré, ce qu'il ressent au fond de lui.

·l'adolescent doit ensuite expliquer au soignant quels sont les déclencheurs de ces craving, s'ils font leurs apparitions lors de fêtes, dans les magasins en passant dans les rayons alcools, le soir lorsque le jeune est seul dans sa chambre, lors de stress, de disputes, de fêtes de famille,...

·une fois ces déclencheurs détectés, il faut expliquer à l'adolescent qu'il doit les éviter le plus possible. Il est vrai que ces déclencheurs sont plus ou moins faciles à éviter mais c'est en les évitant au maximum que les envies de boire diminueront.

Cependant, si ces déclencheurs ne peuvent pas être évités, une stratégie de « coping » peut être mise en place, ce terme signifie simplement « faire face à », le soignant va donc apprendre à l'adolescent à faire face à son envie de boire. Pour cela, il lui proposera des activités compensatrices, telles que faire un sport, aller dans des associations, lire,....simplement se changer les idées et s'aérer jusqu'à ce que cette envie disparaisse.

·l'un des autres points importants est que le jeune ne doit avoir ni honte, ni peur de parler de ce phénomène de craving au soignant. Il sera là pour l'aider, le conseiller, l'orienter et l'accompagner dans cette difficulté qui apparaît chez de nombreuses personnes arrêtant leur consommation abusive d'alcool.

Le fait d'en parler aidera aussi le soignant à proposer une méthode d'anticipation de ces craving.

f - La rechute ou la sortie de la dépendance.

La sortie d'une dépendance n'est pas une chose à prendre à la légère et il est très dur et très long de pouvoir totalement s'en sortir. Cette sortie peut prendre plusieurs années d'où l'importance du soutien sans failles de l'entourage et des soignants.

Malheureusement dans certains cas, une ou plusieurs rechutes apparaissent, dans ce cas le soignant doit rester dans son rôle en dédramatisant les faits, il doit aider l'adolescent à surmonter cette épreuve qui est souvent très mal vécue et qui peut être un motif pour quitter le système de soin dans lequel il a souvent déjà déployé beaucoup d'énergie. Le soignant devra donc à ce moment la faire le point sur les raisons qui ont amené le jeune à rechuter, il devra l'écouter et ne pas le juger. Dans de nombreux cas un changement de stratégie thérapeutique doit également être envisagé afin de mieux réussir la reprise du cycle. Bien entendu en fonction des raisons de la rechute et de l'état de l'adolescent, la rechute peut amener à revenir au stade de contemplation avec dans ce cas la reprise de presque tout le cycle de soin, soit à la préparation avec uniquement

les stratégies thérapeutiques à remettre au point.

Ce qui est donc primordial dans ce modèle de Prochaska et Di-Clemente est l'implication qu'auront les soignants dans la prise en charge de l'adolescent, ils doivent être formés, à l'écoute, ils ne doivent pas juger, ne pas critiquer et ne pas avoir d'avis négatifs ou d'â priori sur le jeune qu'ils ont en face d'eux. Ainsi le jeune sera plus facilement en confiance et la prise en charge sera d'autant plus efficace.

II - Prévention

A - Actions gouvernementales : la loi Evin du 10 janvier 1991.

(71)

La loi Evin est une loi votée le 10 Janvier 1991 mais qui fut mise en application au 1er Janvier 1992. Son but principal était et est toujours la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Elle fut donc rédigée en 1991 et elle subit quelques modifications au fil des années.

Plusieurs dispositions furent prises dans cette loi, et l'on peut dans notre cas séparer ces dispositions en deux classes, les dispositions concernant la population générale et les dispositions ciblant plus particulièrement les adolescents et les jeunes adultes.

a - Dispositions prises pour la population générale.

·La classification des boissons.

Cette classification permet de mettre au clair les différents types de boissons existantes mais aussi de différencier les alcools plus ou moins forts. L'un des intérêts est également que cette classification permet clairement et simplement de redéfinir quatre licences et elle est aussi à la base des dispositions sur les mineurs.

Les boissons non alcoolisées furent plus précisément détaillées, elles concernent donc toutes les boissons ne comportant pas du tout d'alcool comme les limonades, jus de fruits, café, chocolat, eau minérale, eau gazeuse,... Mais également toutes boissons comportant moins de 1,2° d'alcool après fermentation.

Les boissons alcoolisées furent séparées en plusieurs catégories en fonction de leur degré alcoolique et de leur mode de préparation.

Le deuxième groupe est donc composé des boissons alcoolisées fermentées non distillées tel que les vins, les bières, les cidres, les hydromels ou tout autre jus de fruit ou de légume ayant un

degré alcoolique compris entre 1,2 et 3°.

Le troisième groupe comprend les autres vins doux, liqueurs de vin, apéritifs à base de vin et autres liqueurs ne dépassant pas 18° d'alcool.

Le quatrième groupe est quant à lui composé des rhums, les tafias et autres boissons alcoolisées distillées ne supportant aucune addition d'essence, ainsi que les liqueurs édulcorées au moyen de sucre, de glucose ou de miel à raison de 400 grammes minimums par litre pour les liqueurs anisées et de 200 grammes minimums par litre pour les autres liqueurs.

Et enfin le cinquième et dernier groupe contient toutes les autres boissons alcoolisées.

Cette classification permet donc de mettre au clair les différents types de boissons avec notamment la prise en compte des boissons à moins de 1,2° dans les boissons non alcoolisées.

·L'interdiction de vendre de l'alcool.

Cette loi prend plusieurs dispositions en ce qui concerne ces interdictions.

La vente d'alcool dans les distributeurs automatiques est dans un premier temps interdite avec pour effet la limitation de l'accès à ces boissons par les mineurs et donc un encadrement logiquement plus strict de la vente des boissons alcoolisées. En effet, par ce système la vente ne se fait plus que de main en main en passant nécessairement par une personne réalisant la vente.

La deuxième disposition est d'interdire la vente d'alcool entre 18h et 8h dans les stations services ainsi que l'interdiction de vendre de l'alcool dans les établissements d'activités physiques et sportives. Cette dernière limitation peut cependant faire l'objet de dérogations par les maires des communes.

·La limitation de la propagande et de la publicité, directe et indirecte.

Cette disposition s'applique aux boissons alcoolisées dont la fabrication et la vente sont autorisées.

La publicité, grâce à cette loi, n'est plus possible par exemple dans la presse destinée à la jeunesse, ni sur les radios dans certaines tranches horaires.

Cependant elle reste tout de même autorisée dans les fêtes consacrées à une boisson alcoolisée, sur les voitures de distribution de ces boissons et sur des affiches et affichettes destinées à être mises dans les lieux de vente de ces boissons alcoolisées.

De plus, une réglementation sur les indications autorisées sur ces publicités a été mise en place. Sur ces publicités sont donc autorisées à apparaître le degré volumique d'alcool, l'origine de la boisson, la dénomination de la boisson, sa composition, le nom et l'adresse du fabricant, des agents et des dépositaires, le mode d'élaboration, les modalités de vente et le mode de consommation.

Mais ce que cette loi a surtout apporté sur ces publicités est le message sanitaire « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé ». Ce slogan doit impérativement être présent de manière écrite sur la publicité, sous forme orale dans les publicités radiophoniques, et orale ou écrite sur les spots de publicité télévisuelle.

·Un étalage des boissons non alcoolisées (faisant partie du groupe 1 de la classification) est obligatoire dans tous les débits de boissons. (72)

Cet étalage doit comprendre au minimum 10 boissons non alcoolisées et en fonction de l'approvisionnement du débit de boissons, il doit être composé de chacune des catégories de boissons suivantes :

- jus de fruit ou de légume.
- boissons au jus de fruits gazéifiées.
- sodas.
- limonades.
- sirops.
- eaux ordinaires gazéifiées artificiellement ou non.
- eaux minérales gazeuses ou non.

Cet étalage doit bien entendu être visible du consommateur.

·La classification des débits de boissons en quatre catégories en fonction de la licence qu'ils ont obtenus. (73)

Licence de première catégorie : elle n'autorise que la vente et la consommation sur place des boissons du groupe 1.



Licence de deuxième catégorie : elle autorise la vente et la consommation sur place des boissons des deux premiers groupes.



Licence de troisième catégorie : elle autorise la vente et la consommation sur place des boissons des trois premiers groupes.



Licence de quatrième catégorie : elle autorise la vente et la consommation sur place de toutes les boissons.



·Une réglementation de l'ivresse sur la voie publique.

Une personne étant retrouvée sur la voie publique en état d'ivresse peut être emmenée par la

police au poste le plus proche jusqu'à y recouvrer la raison.

Le souci de cette mesure est qu'une personne en état d'ivresse avancée risque de lourdes conséquences si elle n'est pas soignée et emmené en milieu hospitalier rapidement.

Et ce risque est d'autant plus important chez les jeunes qui ont des ivresses de plus en plus jeunes et de plus en plus fortes.

Ce constat nous amène donc à nous intéresser plus spécialement aux mesures de la loi Évin prenant plus particulièrement des dispositions vis-à-vis des jeunes.

b - Dispositions prises pour les jeunes.

Ces dispositions étaient basées sur la séparation des jeunes en deux groupes, les mineurs de moins de 16 ans et les mineurs de 16 à 18 ans. Cette séparation a tendance à compliquer les lois et à laisser une certaine interprétation aux débitants de boissons alcoolisées qui peut varier d'une personne à l'autre.

Cependant ces règles sont à respecter et il est ici important de les préciser et de les interpréter.

·La première disposition concerne les mineurs de moins de 16 ans et elle leur interdit la vente ou l'offre gratuite de toutes boissons alcoolisées, que ce soit dans un débit de boissons, dans un commerce ou dans un lieu public.

Cet article est donc à la base de l'interdiction générale de consommation d'alcool par un mineur de moins de 16 ans. Mais le souci est que la tentation de consommer reste toujours présente avec un accès facile à l'alcool et à son omniprésence dans de nombreux lieux publics.

·La deuxième disposition concerne les mineurs de plus de 16 ans. Elle interdit la vente et l'offre gratuite de boissons du groupe trois, quatre et cinq, uniquement pour leur consommation sur place. Cette disposition peut porter à confusion étant donné que rien n'est précisé pour les boissons à emporter.

Cependant un autre article précise l'interdiction de vente de boissons alcoolisées à crédit et l'interdiction de vente à emporter dans les stations services de 22h à 6h.

·La troisième disposition est l'interdiction de rentrer dans des débits de

boissons à certains âges.

Tout mineur de moins de 16 ans ne peut donc pas se rendre dans un débit de boissons s'il n'est pas accompagné d'un de ses parents, ou de son tuteur, ou de toute autre personne majeure étant responsable de lui.

Cependant, les mineurs de plus de 13 ans peuvent être acceptés dans des débits de boissons à condition que ceux-ci n'aient que la licence de première catégorie (afin de ne pas mettre le mineur en contact direct avec de l'alcool).

Nous voyons bien dans ces dispositions ciblées sur les mineurs que les restrictions sont tout de même assez fortes mais qu'un flou persiste notamment pour les mineurs de 16 à 18 ans. Et l'on sait que c'est à partir de 16 ans justement que la consommation d'alcool et la fréquence des ivresses a tendance à fortement augmenter. Il faudrait donc une restriction encore plus forte allant jusqu'à 18 ans afin de couvrir tout le monde jusqu'à leur majorité.

B – Les slogans et les pictogrammes.

De nombreux pictogrammes et slogans sont apparus au fil des années que ce soit dans les publicités, dans les magasins, dans les boîtes de nuit, les bars ou même directement sur les bouteilles d'alcool.

C'est un moyen direct, efficace et dissuasif de limiter la consommation d'alcool chez les jeunes.

-Alcool et grossesse. Ce pictogramme est apparu sur toutes les bouteilles de boissons alcoolisées et publicités pour l'alcool. C'est une mesure législative qui a été mise en place à partir du 3 Octobre 2007. (74)



-Alcool et boîte de nuit. Une prévention a été mise en place depuis plusieurs années dans les bars et boîtes de nuit en France et en Belgique. Avec la mise en place de contrôles d'alcoolémie et avec la « création » de SAM qui est celui qui ne boit pas durant la soirée. Ces dispositions ont notamment été accompagnées de publicités télévisuelles ou sous forme d'affiches. (75)



-Alcool et slogans. De nombreux slogans tels que « tu t'es vu quand t'as bu » ou « un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts » sont apparus au fil des années que ce soit dans la publicité audiovisuelle, dans la presse ou sur des affiches.

C - Un nouveau type de prévention (par le Docteur Bailly).

(76)

Le mode de prévention classique était basé sur trois niveaux : la prévention primaire qui empêchait la survenue des troubles, la prévention secondaire qui permettait de limiter l'évolution de troubles déjà existants, et la prévention tertiaire qui aidait les personnes en phase de rémission afin d'éviter les rechutes. Le problème de cette méthode est qu'elle ne prenait souvent en compte que le problème d'alcool qu'avait le jeune, sans forcément prendre en compte son environnement familial, amical et social.

Ce nouveau type de prévention, cette fois en deux étapes est donc utilisé depuis quelques années, celui-ci s'intéresse aux troubles de l'adolescent, mais aussi aux données épidémiologiques, aux besoins de ces adolescents et à leur environnement. Il se divise donc aussi en deux parties : la prévention universelle (ou généralisée) et la prévention sélective ou prévention indiquée.

a - La prévention généralisée.

Il s'agit de la prévention la plus globale, étant mise en place dans la population générale sans sélection quant aux modes de vie, aux facteurs de risques et à l'expérience que le jeune aurait déjà eus avec l'alcool. Cette prévention peut donc être mise en place très tôt, dès l'école primaire.

Diminuer l'offre auprès des jeunes et des adolescents.

C'est le principe de la loi Évin et du code des débits de boissons qui permet un accès plus difficile à l'alcool pour les adolescents avec des interdictions de vente, des interdictions publicitaires, des interdictions d'incitation à consommer.

Le problème de ces lois est que de nombreuses dérogations ont été mises en place afin de les assouplir, ce qui les rend très difficilement strictes et donc un peu moins efficaces.

Le rôle des médias.

La télévision ayant pris un rôle primordial dans notre société, elle touche forcément les jeunes et les adolescents, il est donc important que les parents puissent contrôler ce que leurs enfants

regardent à la télévision afin de limiter l'impact plus ou moins néfaste de programmes dans lesquels pourraient apparaître de l'alcool. En effet, plus l'adolescent verra de l'alcool à la télévision et plus il pourrait être tenté d'en consommer lui-même.

Mais il n'y a pas que la télévision qui a un rôle médiatique. De nombreux magazines people montrent des stars ivres ou consommant de l'alcool. Ce qui peut impacter sur la relation du jeune avec les boissons alcoolisées.

Le sport et les activités sociales.

Le sport est un bon moyen pour le jeune de se développer, de s'affirmer, de devenir indépendant, d'apprendre les règles de vies et les règles de vie en société. Mais le problème dans certains cas est que le sport peut aussi devenir une compétition tellement grande qu'elle peut amener le jeune à consommer de l'alcool.

De plus, nous avons vu que le sport pouvait être un facteur de risque d'une consommation d'alcool avec la formation de groupes d'amis dans lesquels l'alcool peut vite devenir une habitude.

Il est donc important de véhiculer un bon esprit d'équipe, ainsi que du plaisir dans la pratique d'un sport.

L'information et l'éducation.

C'est le point faible de cette prévention. En effet, depuis des années, la prévention dans les collèges et les lycées se limite à montrer les effets négatifs de l'alcool : le « binge drinking », les accidents de la route, les rapports sexuels à risque, les risques de cancers et de maladies. Mais ces discours peuvent avoir l'effet inverse en provoquant chez le jeune une curiosité qui pourrait l'inciter à boire afin de voir réellement les effets de l'alcool.

De plus, cette prévention arrive généralement tard dans la scolarité ce qui exclus de ces interventions les jeunes en échec scolaire et les jeunes ayant quitté leur cursus scolaire. Les messages voulant être passés sont aussi compris de façon différente par ces adolescents car certains ont déjà eu une rencontre avec l'alcool.

Ce qui est également important dans ces informations et cette éducation est le choix de l'intervenant, il ne doit pas être en décalage avec ces jeunes, il ne doit pas non plus essayer

d'utiliser leur langage afin de garder leur crédibilité, et enfin il doit avoir une formation poussée et suivie afin que leur rôle soit le plus efficace possible.

Le développement de l'estime de soi et des compétences sociales.

Le but de ce développement est de donner des moyens aux jeunes afin qu'il puisse résister aux pressions de l'environnement mais aussi d'essayer de retarder le plus possible l'âge de la première consommation d'alcool.

Le principe est de créer des jeux de rôle afin d'aider le jeune à faire face à des situations embarrassantes, de l'aider à résister, à s'affirmer, à résoudre des problèmes, de l'aider aussi à s'impliquer dans la vie communautaire. Mais il faut également l'aider à développer ses capacités dans certains domaines, que ce soit scolaire, sportif, artistique,...

Bien entendu, cette démarche est d'autant plus efficace si elle est mise en place dès l'école primaire et si elle continue durant plusieurs années.

Former les parents et les enseignants.

Le jeune doit avoir l'environnement le plus propice à son développement, à son équilibre et à sa santé. C'est pourquoi la relation entre les parents et les enseignants doit être optimale afin de favoriser une meilleure prise en charge des jeunes.

Mais cette prévention généralisée n'est tout de même pas idéale, certes elle est destinée à un large public mais le fait de ne prendre en compte aucun facteur de risque peut dans certains cas être préjudiciable notamment pour les jeunes ayant ces facteurs de risques. Il est donc primordial de mettre en place cette prévention généralisée le plus tôt possible tout en ciblant les jeunes les plus à risque afin de les intégrer en plus dans un système de prévention sélective et indiquée.

b - La prévention sélective et indiquée.

Elle se met donc en place sur une population restreinte, en effet la population de jeune choisis pour rentrer dans cette prévention est limitée aux jeunes en difficultés, à ceux ayant des facteurs

de risque de consommer de l'alcool, ceux vivant dans des milieux précaires, ceux ayant un ou des parents alcooliques, ceux ayant des troubles du comportement,...

Le but de cette prévention sélective est de repérer le plus rapidement les enfants à risque afin de les sensibiliser le plus vite possible pour ainsi retarder au maximum la première consommation d'alcool. Mais les encadrants doivent aussi motiver le jeune et sa famille à l'intérêt d'une prise en charge que ce soit pour un problème d'alcool ou de troubles du comportement et ils doivent agir sur les facteurs de risque que ce soit ceux propre à l'enfant mais aussi ceux de l'environnement.

Les actions dans les quartiers défavorisés.

Ce sont en général des quartiers qui sont souvent isolés, dans lesquels il y a un manque de moyens financiers pour aider les jeunes, ce qui peut conduire à des comportements excessifs avec notamment des troubles alcooliques. C'est pourquoi il est important de faire de la prévention directe ou indirecte dans ces quartiers avec en outre une formation des parents, du soutien scolaire, des centres de loisirs, des clubs sportifs, des aides sociales, un réaménagement du quartier.

Ces actions peuvent sembler anodines mais elles améliorent le cadre de vie de ces jeunes. Le problème est que ces actions sont en générales très coûteuses et que certains quartiers sont gangrenés par les trafics de drogue et d'alcool.

L'aide aux familles en difficulté.

Ces familles peuvent être présentes dans les quartiers défavorisés mais également dans les zones rurales. Il ne faut pas se focaliser sur un seul quartier afin d'élargir la zone d'action de cette prévention. De plus, nous avons vu que le milieu familial avait une forte influence sur le caractère des enfants, d'où la nécessité de s'intéresser à une prévention à ce niveau.

Il faut donc encadrer les familles en difficulté que ce soit de façon psychologique par des entretiens avec des assistantes sociales ou des psychologues, mais aussi de façon financière en les aidant à faire des démarches administratives.

La prise en charge des troubles affectifs et comportementaux des jeunes.

Ces troubles sont également un facteur de risque de consommation d'alcool. Il faut donc encadrer les jeunes souffrant de pathologie comme l'hyperactivité, mais il faut également encadrer des jeunes qui sont perturbateurs, violents avec leurs camarades, leurs professeurs ou même avec eux-mêmes.

Bien entendu, chaque personne réagira différemment à la prévention et il ne devrait pas y avoir de modèle type de prévention. Chaque enfant ayant sa propre histoire, sa propre évolution et son propre caractère. L'évolution de la prévention nous montre aujourd'hui qu'il est important de mélanger la prévention généralisée avec la prévention sélective (pour les enfants les plus à risque), mais il est important de respecter des règles afin que la prévention soit la plus efficace possible.

Ces règles sont :

- avoir un programme de prévention qui commence le plus tôt possible et qui dure sur plusieurs d'années.
- d'impliquer tout l'environnement de l'enfant, c'est-à-dire ses parents, ses professeurs, ses camarades, sa famille.
- d'adapter la prévention au contexte de vie et au contexte socioculturel de l'enfant.
- de créer un mélange de prévention généralisée et de prévention sélective tout en essayant de travailler sur plusieurs facteurs de risques à la fois.
- d'utiliser des méthodes interactives qui sont plus adaptées à un apprentissage rapide.
- d'adapter le programme de prévention en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant.

Conclusion.

La prise en charge du jeune consommant de l'alcool est aujourd'hui devenue primordiale afin d'éviter tout excès pouvant apparaître à l'âge adulte.

Cependant aux vues des données épidémiologiques, il est tout aussi important de mettre en place une prévention efficace le plus tôt possible afin de retarder le plus possible l'âge de la première consommation, en effet plus la première consommation sera tardive et moins le risque de dépendance sera présent.

De nombreux traitements peuvent être mis en place dans certains cas, certains d'entre eux ont déjà fait leurs preuves tels que l'Acamprosate, le Disulfiram et le Naltrexone. Mais de nouveaux médicaments sont maintenant étudiés afin de prouver une efficacité dans le traitement de la dépendance alcoolique et dans le maintien de l'abstinence. On peut penser au Baclofène mais de nombreuses pistes sont encore à l'étude.

Bien entendu, tout au long de la prise en charge du jeune consommant de l'alcool, le pharmacien aura un rôle important aussi bien auprès de l'adolescent mais aussi auprès de sa famille, notamment auprès de ses parents qui peuvent venir eux-mêmes chercher les médicaments de leur enfant. Il pourra notamment les diriger vers des sites internet tels que « alcoolinfoservice », « stopalcool », « alcoolassistance », ou vers des associations ou des centres de prise en charge locale tels que le Square dans la région Lensoise, le Centre Hospitalier d'Arras ou le ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) qui ont des centres dans de nombreuses villes en France.

Références bibliographiques.

- (1) Inserm. Alcool et santé : bilan et perspectives. Adresse URL : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives>
- (2) Psydoc. Alcool-historique. Adresse URL : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/alcool/historique.htm>
- (3) Salomon L. « Cerveau, drogues et dépendance ». Edition Paris : Belin pour la science, DL 2010. P. 85.
- (4) Alcoweb. Un peu d'histoire. Adresse URL : <http://www.alcoweb.com/alcool//fr/alcoweb/histoire/13/55.html>.
- (5) Wikipédia. Adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Sumérien>
- (6) Salomon L. « Cerveau, drogues et dépendance ». Edition Paris : Belin pour la science, DL 2010. P. 85.
- (7) Inra. Définition de la fermentation. Adresse URL : http://www.inra.fr/la_sciences_et_vous/apprendre_experimenter/aliments_fermentes/definition_de_la_fermentation.
- (8) Agrojob. Entreprises boissons fermentées. Adresse URL : <http://www.agrojob.com/entreprise/production-de-boissons-fermentees.asp>.
- (9) Guide des aliments. Les boissons alcoolisées. Adresse URL : <http://www.guide-des-aliments.com/dietetique/information/Micro-organismes/CC-boissons-alcoolisees.html>.
- (10) Atlas de poche de pharmacologie 4^{ème} édition. H. LULLMANN, K. MOHR, L. HEIN
Edition Lavoisier.
- (11) C. VISSEAUX. Toxicologie : conforme au programme de CNCI. Edition : Vermazobres-Gregg, 2011.
- (12) M. SCHORDERET. Pharmacologie : des concepts fondamentaux aux applications thérapeutiques. Edition : Frisson-Roche, 1998.
- (13) Pharmacomédicale. Devenir normal du médicament dans l'organisme : quantification du devenir des concentrations plasmatiques. Adresse URL : http://www.pharmacomedicale.org/Fiche_56.html
- (14) Ollat H.
La neurotoxicité de l'alcool.
Neuropsychiatrie : tendances et Débats, 2004, 24 : 25-9.

- (15) Addiction et cerveau : rôle des neurotransmetteurs dans la cause et le traitement de la dépendance. Neuropsychiatrie : Tendances et débats 2001. Page 47. (en ligne). Adresse URL : http://www.neuropsychiatrie.fr/extranet/upload/article/729988375_45-48%20Addiction%20et%20cerveau.pdf
- (16) Mode d'action des drogues. Adresse URL : <http://www.ac-creteil.fr/lycees/77/uruguay-france/svt/modedactiondesdrogues.htm>. Consulté le 11 février 2013.
- (17) <http://tpeanesthesiant.perso.sfr.fr/substances.php>
- (18) La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes. Adresse URL : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/398/02.htm>.
- (19) « Les jeunes et l'alcool aujourd'hui », principaux résultats. Page 6. Adresse URL : [http://www.ireb.com/sites/default/files/Dossier enquête jeunes Ireb 2007_0.pdf](http://www.ireb.com/sites/default/files/Dossier%20enquête%20jeunes%20Ireb%202007_0.pdf).
- (20) LEJEUNE C.
Syndrome d'alcoolisation fœtale.
Médecine thérapeutique / pédiatrique, 2001, 4, numéro : 176-83.
- (21) <http://users.skynet.be/appel/objet/saf.jpg>
- (22) Accidents jeunes 18-24 ans. Adresse URL : <http://www.preventionroutiere.asso.fr/Nos-publications/Statistiques-d-accidents/Accidents-jeunes-18-24-ans>.
- (23) Alex Mason W., Hitch J., Kosterman R., McCarty C., Herrenkohl T., Hawkins D.
Growth in adolescent delinquency and alcohol use in relation to young adult crime, alcohol use disorders, and risky sex: a comparison of youth from low- versus middle-income backgrounds. J Child Psychol Psychiatry. 2010, 51 : 1377-1385.
- (24) Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool. Conçu par l'assurance maladie, le CFES et l'association nationale de prévention de l'alcoolisme. Page 6.
- (25) http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:PLoS_oral_cancer.png.
- (26) http://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/complications/diseases/oral_cancer.asp.
- (27)
<http://www.google.fr/imgres?q=cancer+du+foie&hl=fr&client=safari&sa=X&tbo=d&rls=en&biw=1345&bih=872&tbnid=kNDglHBDjN6N2M:&imgrefurl=http://annenazaire.wordpress.com/category/pensees-perso/&docid=DJ8j2SoUrx6rTM&imgurl=http://annenazaire.files.wordpress.com/2011/01/cancer-foie-2.jpg&w=600&h=352&ei=zvXuUMK6NuiY1AXzgQE&zoom=1&iact=rc&dur=336&sig=111261611049326174199&page=1&tbnh=140&tbnw=235&start=0&ndsp=35&ved=1t:429,r:3,s:0,i:157&tx=168&ty=97>
- (28) Meier S., Daepfen JB.
Prévalence, prophylaxie et traitement de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Quelle dose et

quel mode d'administration de la thiamine ?

La revue de formation continu, revue médicale suisse. Numéro 3026.

Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=30510>.

(29) Les conséquences somatiques de l'alcoolisme. D. LEJEUNE. Université catholique de Louvain.

Page S125-S132.

(30) http://www.e-semio.uvsq.fr/modules/hemato/34_photos.html.

(31) <http://www.vos-gencives.com/gingivite.php>

(32) <http://www.interet-general.info/spip.php?article9003>

(33) Focus numéro 5 alcoologie. Les adolescents français face à l'alcool. Adresse URL : <http://www.ireb.com/sites/default/files/focus/Focus%20n5.pdf>.

(34) « Les jeunes et l'alcool aujourd'hui », principaux résultats. Adresse URL : [http://www.ireb.com/sites/default/files/Dossier enquête jeunes Ireb 2007_0.pdf](http://www.ireb.com/sites/default/files/Dossier%20enquête%20jeunes%20Ireb%202007_0.pdf).

(35) BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S.

Drogues à l'adolescence : niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Octobre 2004. 104-107.

(36) S. SPILKA, O. LE NEZET, M.L. TOVAR.

Estimation 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 25 Novembre 2011, actualisé en juin 2012.

(37) Drogues, chiffres clés 4^{ème} édition. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Janvier 2012. Page 6.

(38) Alcool, drogues chez les jeunes : agissons. D. BAILLY. Edition Odile Jacob mars 2009. 99-122.

(39) R. Murray THOMAS, C. MICHEL.

Théories du développement de l'enfant. Etudes comparatives.

Edition De Boeck. Pages 448-451.

Adresse URL :

http://books.google.fr/books?id=M9_MAyIMpagC&pg=PA448&dq=theorie+de+bandura+et+aprentissage+social&hl=fr&sa=X&ei=b9kzT7f4CIn1-gaymK2ZAg&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=theorie%20de%20bandura%20et%20aprentissage%20social&f=false.

(40) Les 13-20 ans et l'alcool en 2001 : comportements et contextes en France. M. COQUET, L. COM-RUELLE et N. LEYMARIE. Edition : Institut de recherches scientifiques sur les boissons (paris) 2003. 92-96.

- (41) Le TDAH un trouble qui se développe. Adresse URL : <http://www.tdah-france.fr/-Le-TDAH-.html>.
- (42) D. BAILLY.
Alcool, drogues chez les jeunes : agissons. Edition Odile Jacob mars 2009. 60-63.
- (43) S.M. STAHL, M. GRADY, N. MUNTNER.
Psychopharmacologie essentielle : le guide du prescripteur. Edition : Flammarion Médecine-Sciences, 2007. Page 500.
- (44) Dictionnaire, le Petit Larousse illustré. 1998. Page 31.
- (45) S.M. STAHL, M. GRADY, N. MUNTNER.
Psychopharmacologie essentielle : le guide du prescripteur. Edition : Flammarion Médecine-Sciences, 2007. Page 505.
- (46) Collet M., Beillard C.
Dépistage et prise en charge des conduites d'alcoolisation gravidique.
Revue de médecine périnatale, 2012, 2 : 140-55.
- (47) Questionnaire AUDIT dépendance à l'alcool. Adresse URL : http://www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html.
- (48) Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. Enquête sur 844 adolescents de la région de Clermont Ferrand. La revue du praticien, médecine générale. Tome 16, numéro 570 du 8 Avril 2002.
- (49) Questionnaire abrégé de BECK. Adresse URL : <http://docs.bossons-fute.fr/Documents/Risques%20psychosociaux/Questionnaire%20de%20BECK.pdf>.
- (50) Pyramide de Skinner. Adresse URL : <http://www.ama.lu/addiction.php>.
- (51) ANAES, recommandations pour la pratique clinique. Orientation diagnostique et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Septembre 2001. Page 14. Consulté le 2 avril 2013.
- (52) Bence C. Evaluation d'un trouble de l'usage d'alcool aux urgences pédiatriques : synthèse des facteurs de vulnérabilités basée sur une revue systématique de la littérature. Le 26 octobre 2012. Consulté le 1^{er} avril 2013.
- (53) Les thérapies cognitives et comportementales, H.J. AUBIN. Revue alcoologie et addictologie ISSN 1620-4522. Edition Princeps.
- (54) D. BAILLY. Alcool, drogues chez les jeunes : agissons. Edition Odile Jacob mars 2009. Pages 236-238.
- (55) <http://www.naltrexone.in/wp-content/uploads/2010/03/Revia-Naltrexone.jpg>
- (56) <http://www.medscape.org/viewarticle/552196>

(57) Miranda R, Ray L, Blanchard A, Reynolds EK, Monti PM, Chun T, Justus A, Swift RM, Tidey J, Gwaltney CJ, Ramirez J. Brown University, Providence, RI, USA
Effects of naltrexone on adolescent alcohol cue reactivity and sensitivity : an initial randomized trial. 13 mars 2013

(58) <http://static.ananass.fr/uploadfr/images/aotal.jpg>

(59) <http://www.medscape.org/viewarticle/552196>

(60) Lisa A. Boothby, PharmD, BCPS, Paul L. Doering.
Acamprosate for the Treatment of Alcohol Dependence.
Clinical Therapeutics, 2005, 27 : 702-5.

(61) <http://neurowiki2012.wikispaces.com/Treatment>

(62) Niederhofer H, Staffen W.
Comparison of disulfiram and placebo in treatment of alcohol dependence of adolescents.
Drug Alcohol Review, 2003, 22 : 295-7.

(63) http://mayotte.orange.fr/IMG/jpg/photo_1370278093941-1-0.jpg

(64) <http://arreter-de-boire.fr/?p=769>

(65) Beurepaire R.
Suppression of alcohol dependence using baclofen : a 2-year observational study of 100 patients.
Front Psychiatry, 2012, 3 : 103.

(66) Jessica L. Brennan, Jonathan G. Leung, Andrew J. Muzyk.
Clinical effectiveness of baclofen for the treatment of alcohol dependence : a review.
Clinical pharmacology : advances and applications. 2003, 5 : 99-107.

(67) Pharmacotherapy for adolescent alcohol use disorder. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh Medical Center, PA, USA.

(68) Fertig JB, Ryan ML, Falk DE, Litten RZ, Mattson ME, Ransom J, Rickman WJ, Scott C, Ciraulo D, Green AI, Tiouririne NA, Johnson B, Pettinati H, Strain EC, Devine E, Brunette MF, Kampman K, A Tompkins D, Stout R
A double-blind, placebo-controlled trial assessing the efficacy of levetiracetam extended-release in very heavy drinking alcohol-dependent patients.
Alcoholism, clinical and experimental research. 2012, 36 : 1421-30.

(69) L'entretien motivationnel. H.J AUBIN. Adresse URL : http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/PREV/PREV-EDP/ELE%20PREV-EDP%208010.pdf

(70) <http://www.adultmeducation.com/FacilitatingBehaviorChange.html>

(71) Loi EVIN. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=&categorieLien=id>

(72) Loi EVIN. Article L3323-1. Adresse URL : <http://www.aacc.fr/chiffres-et-documents-cles/juridique/alcool-tabac>

(73)

http://www.signaletique.biz/boutique/recherche_resultats.cfm?code_lg=lg_fr&mot=licence+caf%E9

(74) Le pictogramme « zéro alcool pendant la grossesse ». Adresse URL :

<https://sites.google.com/site/pathossaf/prevention/le-pictogramme-zero-alcool-pendant-la-grossesse>

(75) Outils de communication SAM. Adresse URL : <http://www.msr83.var.developpement-durable.gouv.fr/outils-sam-thematique-alcool-r25.html>

(76) D. BAILLY. Alcool, drogues chez les jeunes : agissons. Edition Odile Jacob mars 2009. 181-221.

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2013/2014

Nom : Moisson
Prénom : Mathieu

Titre de la thèse : Prise en charge du jeune face à sa consommation d'alcool.

Mots-clés : Alcoolisme, Adolescents, Dépendance, Psychothérapie, Naltrexone, Acamprosate, Disulfiram, Baclofène, Prévention généralisée, Prévention sélective,

Résumé : L'alcoolisation des adolescents est un problème de santé public qui est aujourd'hui bien connu et qui peut toucher toute la population. En 2011, 91% des jeunes avaient déjà eu une relation plus ou moins forte avec l'alcool.

Au vu des nombreuses conséquences à court terme (accidents de la route, coma éthylique, relations sexuelles non protégées, la violence, ...) et à long terme (cancers, cirrhoses, troubles pancréatiques, ...) il est important de mettre en place une prévention généralisée le plus tôt possible afin de cibler les jeunes ayant le plus de risque de consommer de l'alcool.

Bien entendu la prise en charge de ces jeunes reste complexe avec la mise en place des traitements médicamenteux (Acamprosate, Disulfiram, Naltrexone et Baclofène) associés à une prise en charge psychologique (psychothérapie, thérapie de groupe). Quant au pharmacien il garde son rôle de prévention, de délivrance et d'observance du traitement. C'est un acteur de santé facilement accessible et disponible, qui peut être une aide pour les adolescents ou pour les parents qui peuvent être désemparés face à la consommation d'alcool de leurs enfants.

Membres du jury :

Président : M. Thierry Dine, Professeur de Pharmacie Clinique, Université de Lille 2. Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Haubourdin.

Assesseur(s) : M. Bernard Gressier, Professeur de Pharmacologie, Université de Lille 2. Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier d'Armentières.

Membre(s) extérieur(s) : M. Thierry Boucher, Docteur en Pharmacie, Pharmacien d'officine à Avion.