



HAL
open science

L'alcool et les adolescents : étude des modes de consommation, des conséquences sanitaires et sociales et des mesures de prévention

Laure Vivier

► To cite this version:

Laure Vivier. L'alcool et les adolescents : étude des modes de consommation, des conséquences sanitaires et sociales et des mesures de prévention. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01118529

HAL Id: dumas-01118529

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01118529>

Submitted on 19 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2014

Thèse n° 3

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par **VIVIER Laure Cécile**

Née le 23 mars 1988 à Talence

Le 13 novembre 2014

**L'alcool et les adolescents : étude des modes de
consommation, des conséquences sanitaires et
sociales et des mesures de prévention**

Directeur de thèse
Mme Isabelle BAUDRIMONT

Jury :

Mme Catherine CHEZE	Maître de conférences	Président
Mme Isabelle BAUDRIMONT	Maître de conférences	Juge
Mme Odile MARI	Docteur en Pharmacie	Juge

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse :

Mme Catherine CHEZE

Maître de conférences au laboratoire de Pharmacognosie à l'Université de Bordeaux

Pour me faire l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

A mon directeur de thèse :

Mme Isabelle BAUDRIMONT

Maître de conférences au laboratoire de Toxicologie à l'Université de Bordeaux

Pour m'avoir guidée tout au long de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Mme Odile MARI

Docteur en Pharmacie

Pour avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

A Crok,

Pour ta patience et ton soutien sans faille tout au long de ces longues années d'études (parce-que c'est un peu ta thèse aussi :-))
Le meilleur reste à venir...

A mes parents,

Pour leur amour inconditionnel, pour m'avoir permis d'exercer un métier que j'aime, et m'avoir soutenue dans tous mes projets.

A mon frère et ma belle-sœur,

Pour m'avoir donné le plus beau neveu du monde, et pour leur accueil toujours aussi chaleureux à chacun de mes retours à la maison.

A Emi, Audrey, Laetitia, Julie, Claire, Xavier et Sophia

Pour toutes ces années passées ensemble, partagées entre stress et fous rires, pour les soirées Téquila-paf au Café brun, et pour tous nos moments de complicité
....mais aussi à Damien, Jerem et David pour nous avoir accompagnés dans tous ces bons moments !

A Marilou,

Pour nous avoir accueillis sur ton île de beauté, pour tes relectures et pour toutes ces heures de travail passées ensemble ! Mais aussi pour tous ces moments partagés (plus ou moins sérieux...souvent moins que plus) depuis Odilon Redon jusqu'aux îles sanguinaires.

A Pierre-yves (alias Rambo),

Pour les poulets du dimanche, les poulpes et tous ces fous rires partagés.

A Marion et Miguel,

Mes amis de toujours, même si je me suis éloignée géographiquement vous resterez toujours les meilleurs !

A Marion : ** nous c'est à part et ça le sera toujours **

A Fanny et Eric,

Fanny, pour tes relectures et tes conseils
Eric, surveille bien cot-cot en notre absence...

A Emmanuelle et Amandine,

Merci de votre accueil chaleureux, travailler avec vous est un plaisir, surtout ne changez rien !

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION.....	9
1^{ERE} PARTIE : L'ALCOOL : UNE SUBSTANCE COMPLEXE A LA FOIS SOURCE DE PLAISIR ET DE TOXICITE.....	10
1. GENERALITES SUR L'ALCOOL.....	11
A. Définitions.....	11
B. Origine et formation.....	11
a. L'alcool : un produit naturel.....	11
b. Intervention de l'Homme.....	13
C. Les différents types d'alcool.....	13
a. Les boissons alcooliques et les boissons alcoolisées.....	13
b. Autres classifications.....	14
c. Equivalence entre les différents types d'alcool.....	14
D. L'alcool au fil des époques.....	14
a. Alcool et civilisation.....	14
1) Alcool et Antiquité.....	14
2) Alcool et Moyen Age.....	15
3) Alcool et les Temps Modernes.....	15
b. Alcool et religion.....	16
2. L'ALCOOL EN FRANCE.....	17
A. La consommation d'alcool en chiffres.....	17
a. La consommation des français.....	17
b. Les français en difficulté avec l'alcool.....	18
B. Poids culturel et perception de l'alcool.....	18
a. L'alcool et la culture française.....	18
b. Le vin : un alcool au statut particulier.....	19
C. Poids économique.....	20
a. La filière alcool : un atout majeur pour l'économie française.....	20
b. Alcool et coût social.....	20
D. Cadre légal.....	21
a. Alcool et vente.....	21
b. Alcool et travail.....	22
c. Ivresse sur la voie publique.....	22
d. Alcool et conduite.....	22
e. Alcool et publicité.....	22
3. ALCOOL ET EFFETS TOXIQUES SUR L'ORGANISME.....	23
A. Devenir de l'éthanol dans l'organisme.....	23
a. Absorption.....	23
b. Distribution.....	23
c. Métabolisme.....	24
d. Élimination.....	25
B. Mécanisme d'action et de toxicité.....	25
a. Dommages directement imputables à l'action de la molécule d'éthanol.....	26
b. Dommages consécutifs au métabolisme de l'éthanol.....	26
1) Formation d'acétaldéhyde.....	26
2) Augmentation du rapport NADH,H ⁺ /NAD ⁺	26
3) Production de radicaux libres.....	27
4) Induction du cytochrome P450 2E1.....	27
4. USAGES ET MESUSAGES DE L'ALCOOL.....	28
A. Alcoolisations et recommandations.....	28
a. Recherche d'une limite quantitative.....	28

b.	Les recommandations.....	28
1)	Recommandations dites de l'OMS.....	28
2)	Recommandations françaises.....	29
B.	<i>Les différentes conduites d'alcoolisation</i>	29
a.	Le concept d'alcoolisme.....	29
b.	Classification des conduites d'alcoolisation selon la Société Française d'Alcoologie (SFA).....	30
1)	Le non usage.....	30
2)	L'usage.....	30
3)	Les mésusages.....	30
4)	L'ivresse.....	31
5)	Evolution des conduites d'alcoolisation.....	31
c.	Classification des troubles liés à l'alcool selon la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5).....	31

2^{EME} PARTIE : ALCOOL ET ADOLESCENCE : DE L'EXPERIMENTATION AUX ALCOOLISATIONS EXCESSIVES 33

1.	L'ADOLESCENCE : UNE PERIODE D'EMANCIPATION, DE DECOUVERTE ET DE PRISE DE RISQUE.....	34
A.	<i>Définition</i>	34
a.	Naissance de l'adolescence.....	34
b.	Adolescence et transformations.....	35
B.	<i>Les comportements à risque</i>	36
a.	Définitions et classification.....	36
b.	Rôle des prises de risque au cours de l'adolescence.....	36
c.	Limite du rôle structurant de ces prises de risque.....	37
C.	<i>La consommation d'alcool un exemple de comportement à risque</i>	38
2.	LA CONSOMMATION DES ADOLESCENTS EN CHIFFRES.....	40
A.	<i>Présentation des enquêtes</i>	40
a.	L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (enquête HBSC).....	40
b.	L'enquête European School Survey Project on Alcohol and Others Drugs (enquête ESPAD).....	40
c.	L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l' Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD).....	40
d.	L'enquête baromètre santé.....	41
B.	<i>Etat des lieux</i>	41
a.	Alcool et expérimentations.....	41
b.	Type d'alcool consommé.....	43
c.	Modes de consommation.....	44
d.	Motifs de consommation.....	45
e.	Contexte de consommation.....	46
f.	Comparaisons internationales et européennes.....	46
1)	Au niveau international (enquête HBSC 2010).....	46
2)	Au niveau européen (enquête ESPAD 2011).....	46
C.	<i>Évolutions</i>	47
3.	CONSEQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DES ALCOOLISATIONS ADOLESCENTES.....	51
A.	<i>Intoxications alcooliques aiguës et symptomatologie</i>	51
B.	<i>Intoxications alcooliques aiguës et impact cérébral</i>	52
a.	Adolescence et vulnérabilité cérébrale.....	52
b.	Altérations structurelles et fonctionnelles.....	52
1)	Modifications anatomiques.....	52
2)	Dégénérescence cellulaire et altération de la neurogenèse.....	53
3)	Altération de la plasticité synaptique.....	53
4)	Altération de l'activité cérébrale.....	54
c.	Répercussions comportementales.....	54
C.	<i>Complications des intoxications alcooliques aiguës</i>	55
a.	Complications somatiques.....	55
1)	Hypoglycémie.....	55
2)	Hypothermie.....	56

3)	Coma et risques associés.....	56
4)	Complications du lendemain	56
5)	Autres troubles somatiques.....	57
b.	Complications psychiques et sociales	57
1)	Conflits, transgression de la loi et violences	58
2)	Prise de risque en matière de sexualité.....	58
3)	Difficultés scolaires	59
4)	Vulnérabilité à l'addiction	59
c.	Risque accidentel.....	60
1)	Alcoolisation et accidents de la route	60
2)	Autres accidents	60
4.	ALCOOLISATIONS ADOLESCENTES ET EVOLUTIONS SOCIETALES	62
A.	<i>Une offre de boissons de plus en plus diversifiée</i>	62
a.	Cadre légal	62
b.	Des boissons toujours plus innovantes au marketing de plus en plus travaillé	63
B.	<i>Une société de plus en plus anxiogène</i>	63
C.	<i>Des jeux et des défis de plus en plus nombreux et inventifs</i>	64
D.	<i>Et le phénomène du Binge drinking ?</i>	66
3^{EME}	PARTIE : PREVENTION DES ALCOOLISATIONS ADOLESCENTES.....	68
1.	GENERALITES	69
A.	<i>Définitions</i>	69
a.	Notion de prévention	69
b.	La prévention appliquée à l'usage d'alcool	70
B.	<i>Alcoolisations adolescentes et interventions de prévention</i>	70
a.	Objectifs.....	70
b.	Critères d'efficacité des interventions de prévention	71
1)	Contenu de l'intervention	71
2)	Forme de l'intervention.....	72
3)	Intervenants	72
4)	Cadre interventionnel	72
2.	PREVENTION PRIMAIRE	73
A.	<i>Actions de prévention axées sur le produit</i>	73
a.	Actions visant à limiter l'accès à l'alcool	73
1)	Accessibilité économique.....	73
2)	Accessibilité physique et légale	73
b.	Actions visant à limiter la promotion de l'alcool	74
B.	<i>Actions de prévention axées sur les individus</i>	75
a.	Informé et développer les compétences psychosociales des adolescents.....	75
b.	Sensibiliser, informer et accompagner les parents.....	75
3.	PREVENTION SECONDAIRE	77
A.	<i>Réduire les risques</i>	77
a.	Sensibiliser et accompagner les adolescents.....	77
1)	Informé sur les risques.....	77
2)	Encadrer la prise d'alcool	78
b.	Cadre législatif et réglementaire	79
c.	Prévention des risques : l'exemple de la ville de Bordeaux.....	79
B.	<i>Dépister et prendre en charge</i>	80
a.	Lieux et acteurs du dépistage.....	80
1)	Les professionnels de santé.....	80
2)	Autres acteurs	81
b.	Outils de dépistage.....	81
c.	Prise en charge.....	81

1)	Structures spécialisées dans la prise en charge adolescente	82
2)	Stratégie d'intervention	82
4.	LIMITES ET AXES DE REFLEXION	84
A.	<i>L'alcool : un produit encore trop facile d'accès</i>	84
B.	<i>Une publicité et un marketing omniprésents</i>	84
C.	<i>Des alcoolisations banales aux risques méconnus</i>	85
D.	<i>Un rôle parental souvent sous estimé</i>	85
E.	<i>Une prise en charge et un dépistage qui restent à améliorer</i>	85
	CONCLUSION	87
	ANNEXES	88
	BIBLIOGRAPHIE	100
	SERMENT DE GALIEN	105

Liste des abréviations

ADH : Alcool Déshydrogénase
ADN : Acide Désoxyribonucléique
ADOSPA : Auto-moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis-famille
ADP : Adénosine Diphosphate
ALDH : Aldéhyde Déshydrogénase
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
API : Alcoolisations Ponctuelles Importantes
ATP : Adénosine Triphosphate
AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test
AUDIT-C : Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption
CIM : Classification internationale des maladies
CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer
CJC : Consultations Jeunes Consommateurs
CYP2E1 : Cytochrome P450 2E1
DEP-ADO : Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes
DGS : Direction Générale de la Santé
DLT : Dépression à Long Terme
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Others Drugs
HBSC : Health Behaviour in School-aged Children
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IAA : Intoxication Alcoolique Aiguë
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
MDA : Maisons des adolescents
MEOS : Microsomal Ethanol Oxidizing System
NAD : Nicotinamide Adénine Dinucléotide
NAD⁺ : Forme oxydée du Nicotinamide Adénine Dinucléotide
NADH,H⁺ : Forme réduite du Nicotinamide Adénine Dinucléotide
NIAAA : National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
Pi : phosphate inorganique
PLT : Potentialisation à Long Terme
SFA : Société Française d'Alcoologie

Introduction

La consommation d'alcool fait partie intégrante de la culture, du patrimoine et des traditions françaises. Consommées depuis des millénaires, les boissons alcoolisées sont associées au plaisir et à la convivialité, conservant une image positive, malgré leur impact en termes de mortalité, de morbidité et de dommages sociaux. Avec plus de 40 millions de consommateurs en 2011, on peut souligner que ces usages d'alcool concernent à la fois les jeunes et les moins jeunes, les initiations se déroulant généralement dès la primo-adolescence (1). Si les risques et les complications associés aux consommations adultes sont clairement identifiés et étudiés depuis longtemps ; la situation demeure différente pour les plus jeunes, dont les alcoolisations constituent un axe d'intérêt beaucoup plus récent. Les médias et les politiques de prévention s'intéressent en effet depuis quelques années à ces usages adolescents, qui figurent aujourd'hui parmi les principaux objectifs de santé publique.

Ces consommations juvéniles posent plusieurs problématiques. D'une part, elles s'inscrivent dans la période difficile de l'adolescence, phase d'intégration au sein d'un groupe de pairs, de construction et d'émancipation de l'individu ; d'autre part, elles concernent une substance psychoactive particulièrement complexe, du fait de son poids culturel et économique. Comment les adolescents consomment-ils ? Quel rapport les jeunes entretiennent-ils avec l'alcool ? Les médias nous alarment régulièrement à ce propos, décrivant une jeunesse dite « à la dérive », aux alcoolisations dramatiques, qualifiées de « bitures express », de « binge drinking », ou encore « d'alcool défoncé ». Toutefois, ces phénomènes existent-ils réellement ? Sont-ils si fréquents ? Quelles sont les conséquences de ces usages ? Comment prévenir ces alcoolisations ?

Afin de répondre à ces différentes questions, dans un premier temps, ce travail abordera les généralités et les spécificités de l'alcool, mettant ainsi en avant l'ambivalence de cette substance à la fois source de plaisir et de toxicité. Puis dans un deuxième temps, on s'intéressera ensuite aux caractéristiques de ces consommations adolescentes, ainsi qu'à leurs multiples conséquences. Enfin, nous verrons dans un troisième temps, comment prévenir ces alcoolisations, et réduire les risques associés à ces dernières.

**1^{ère} partie : L'alcool : une substance
complexe à la fois source de plaisir et de
toxicité**

1. Généralités sur l'alcool

A. Définitions

L'alcool est un terme quotidiennement employé dans notre société, aussi bien par l'ensemble de la population et des médias, que par la communauté scientifique. Cette large utilisation lui confère d'ailleurs plusieurs définitions.

D'un point de vue chimique, l'alcool ou plutôt les alcools, sont définis comme des composés oxygénés dérivant des alcanes, et ayant pour formule générale : $C_nH_{2n+1}OH$ (2). Parallèlement, dans le langage courant, ce terme présente une définition un peu différente : il désigne un composant de certaines boissons, caractérisé par un goût bien spécifique et des effets particuliers. Ce composant, bien connu du monde scientifique, n'est autre que l'éthanol, une molécule appartenant à la famille chimique des alcools. L'emploi courant et populaire du terme alcool désigne donc l'éthanol, ou plus largement les différentes boissons qui en contiennent.

Tout au long de ce travail nous utiliserons le terme alcool dans son sens populaire.

En terme de propriétés physicochimiques, cet éthanol ou alcool éthylique de formule brute C_2H_6O , est un liquide incolore miscible à l'eau en toute proportion, volatil et inflammable, dont le point d'ébullition est relativement bas ($78^\circ C$) (3).

D'un point de vue pharmacologique, il présente la particularité de posséder des propriétés psychoactives. Il passe en effet la barrière hémato-encéphalique, et modifie le fonctionnement cérébral de ses consommateurs, entraînant deux effets principaux : l'un à court terme appelé ivresse, et l'autre à long terme appelé dépendance. En ce sens il se classe donc parmi les drogues, tout en étant un produit légal et de consommation courante.

B. Origine et formation

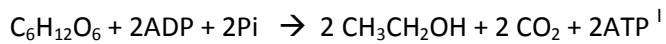
a. L'alcool : un produit naturel

L'alcool est un produit naturel qui peut se former sans intervention humaine. Par exemple, une bouillie de fruit laissée sans surveillance, devient en quelques jours un mélange doté de propriétés spéciales. Lorsque les conditions sont réunies, il s'obtient à partir de fruits, de graines, de feuilles, ou de tout autre produit naturel riche en sucres. Le riz, le malt, le raisin ou encore les feuilles d'agave peuvent donc donner de l'alcool.

Même si le processus biologique permettant son obtention est resté longtemps mystérieux, il est aujourd'hui totalement élucidé. Les microorganismes, en général des levures présentes à la surface des fruits ou des graines, secrètent des enzymes qui sont responsables de la transformation du sucre en alcool. Simplifiée, cette réaction appelée fermentation alcoolique, peut s'écrire de la manière suivante :

Sucre \longrightarrow Dioxyde de carbone + Ethanol + Energie

Appliquée par exemple au glucose, qui est le sucre responsable de la fermentation du raisin, on obtient le bilan suivant :



Cette équation résulte de l'enchaînement de nombreuses réactions enzymatiques, dont le but principal est de produire de l'énergie sous forme d'adénosine triphosphate en condition d'anaérobiose. On peut distinguer deux grandes étapes.

La première correspond à la voie de la glycolyse, au cours de laquelle une molécule de glucose est transformée en deux molécules de pyruvate. C'est au cours de cette étape que sont obtenues les deux molécules d'ATP (4).

La deuxième correspond à la transformation du pyruvate en éthanol. Elle a pour but la régénération de la forme oxydée du nicotinamide adénine dinucléotide (NAD⁺), qui est un cofacteur nécessaire aux enzymes de la glycolyse. La présence d'oxygène permettant de produire beaucoup plus d'énergie par la réaction de respiration cellulaire, il est important de souligner que cette fermentation alcoolique ne se produit qu'en milieu anaérobie (4).

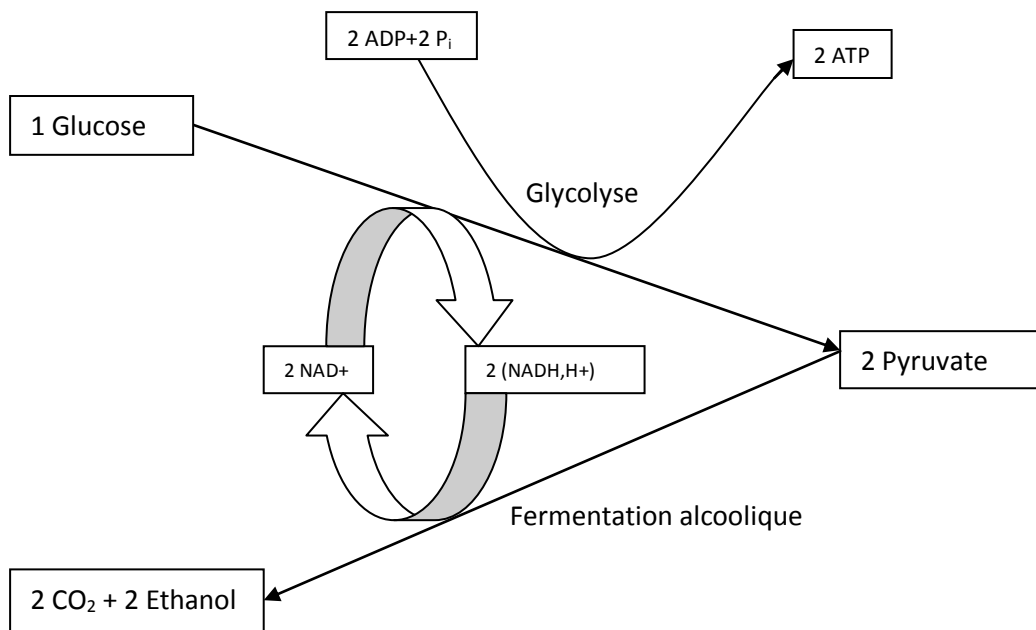


Figure 1 : Formation d'éthanol en milieu anaérobie

¹ ADP : Adénosine diphosphate
 Pi : Phosphate inorganique
 ATP : Adénosine triphosphate

b. Intervention de l'Homme

De nos jours la fabrication de l'alcool repose toujours sur ce même mécanisme. L'Homme intervient toutefois sur les paramètres nécessaires au bon déroulement de la fermentation, afin d'obtenir un meilleur rendement, et une meilleure qualité de produit final. Il veille ainsi à conserver un milieu pauvre en oxygène, à optimiser la température, et ajoute en général des levures, des substances activatrices et des éléments nutritifs.

Dans ces conditions optimales, les boissons obtenues par simple fermentation peuvent arriver au maximum à un taux d'alcool approchant les 18[°]. En effet, au delà de cette concentration, les levures sont détruites et la réaction ne peut plus avoir lieu.

Pour obtenir une concentration d'alcool plus élevée, il faut faire appel au procédé de distillation : sous l'effet de la chaleur, l'alcool présent dans le mélange fermenté s'évapore en premier^{II}, et ses vapeurs sont ensuite isolées, puis condensées dans un récipient prévu à cet effet. En effectuant cette manipulation plusieurs fois de suite, on obtient un liquide alcoolique de plus en plus concentré.

C. Les différents types d'alcool

a. Les boissons alcooliques et les boissons alcoolisées

Parmi les alcools on distingue :

→ les **boissons alcooliques** qui sont fabriquées de manière naturelle par fermentation, et pour lesquelles aucun ajout n'est effectué.

On peut les re-diviser en deux sous groupes :

-les boissons alcooliques fermentées, qui sont obtenues par fermentation de substances naturelles et sucrées. Leur degré alcoolique peut aller jusqu'à 18°. Ce sont par exemple les vins, les champagnes, les bières, les cidres, les poirés ou encore le saké.

-les boissons alcooliques distillées, qui sont obtenues par fermentation et distillation. Leur degré alcoolique peut aller jusqu'à 60 voire 80°. Elles comprennent notamment la téquila, le rhum, la vodka, le whisky, l'armagnac, le cognac ou encore les eaux de vie.

→ les **boissons alcoolisées** qui sont obtenues par mélange d'alcool avec d'autres liquides, comme des sodas ou des jus de fruit, ou encore par macération de certaines substances dans de l'alcool neutre^{III}. Ici l'alcool ne se forme pas, il est ajouté. Il s'agit du pastis, des liqueurs ou encore des crèmes. Elles possèdent un degré alcoolique variable.

Les premix font aussi partie de cette catégorie. Ce sont des mélanges d'alcool fort et de boissons non alcoolisées (sodas ou jus de fruit), qui possèdent un degré d'alcool compris entre 5 et 6, et qui ont la particularité d'être très sucrés.

Afin d'apporter une meilleure lisibilité, les termes boissons alcoolisées et boissons alcooliques seront utilisés indifféremment au cours de ce travail.

^I Degré alcoolique : c'est le pourcentage d'éthanol pur contenu dans une boisson.

^{II} L'alcool s'évapore en premier du fait de sa faible température d'ébullition.

^{III} On entend par alcool neutre un alcool de degré supérieur à 95%, et qui n'est caractérisé par aucun arôme.

b. Autres classifications

J'ai choisi ci-dessus, de présenter les différents types d'alcool en les classant en fonction de leur obtention ; toutefois de nombreuses autres classifications sont possibles. Par exemple, les alcools peuvent être répertoriés en fonction de la nature de leur matière première (feuille, fruit, graine, etc.), de leur degré alcoolique, ou encore en fonction de la législation. Dans ce dernier cas, l'article L3321-1 du code de la santé publique les classe en cinq groupes (**Annexe 1**).

c. Equivalence entre les différents types d'alcool

Les boissons contenant de l'alcool peuvent présenter des degrés alcooliques très variables. Pour uniformiser cela et aider les français à mieux contrôler leur consommation, tous les verres servis dans les bars et les restaurants contiennent la même quantité d'alcool pur, à savoir 10 grammes. En terme d'alcool ingéré, boire un verre de vin rouge et boire un verre de whisky revient donc au même.

Il est important de souligner que ce verre standard ne possède aucune valeur internationale, et diffère d'un pays à l'autre, allant de 8 grammes pour le Royaume-Uni à 19,75 grammes pour le Japon (5). Cet écart parfois important doit nous amener à rester prudent lors de voyages à l'étranger, ou encore lors de comparaisons d'études menées sur la consommation d'alcool dans différents pays.

Enfin, il faut rappeler que les verres servis à domicile dépassent souvent largement la dose standard, rendant le suivi des consommations parfois difficile.

D. L'alcool au fil des époques

Depuis des millénaires l'alcool est utilisé par de nombreuses civilisations pour ses différentes propriétés. Il permet d'étancher la soif de certains peuples lorsque l'eau n'était pas potable, il servit d'aliment pour d'autres, et pour la majorité d'entre eux, de par ses propriétés psychoactives et sa mystérieuse production, il fut considéré comme une substance mystique, enivrante et sacrée.

a. Alcool et civilisation

La découverte de l'alcool par l'homme est quasiment impossible à dater. Cependant d'après des travaux archéologiques, les premières fabrications de boissons alcoolisées remonteraient à la période de la préhistoire, et plus précisément à l'ère néolithique en même temps que la naissance de l'agriculture et de la poterie. Les premières données concernant le rôle de l'alcool dans les civilisations, apparaissent quant à elles à l'antiquité avec les premiers écrits (6).

1) Alcool et Antiquité

Les papyrus, les peintures égyptiennes, ou encore les écrits grecs comme l'Illiade et l'Odyssée, nous montrent que l'alcool faisait parti du quotidien de ces civilisations. Sa fabrication est bien maîtrisée, et il occupe un rôle à la fois économique, social et religieux. En ce qui concerne le type d'alcool, la bière et le vin sont les principales boissons produites et consommées (7).

Son rôle religieux découle de ces propriétés psychoactives. Il est en effet associé aux dieux comme l'illustre Osiris, dieu égyptien de la terre qui aurait appris aux hommes l'agriculture et la viticulture, ou encore Dionisos, dieu du Vin et de l'ivresse, appelé Bacchus par les Romains. L'ivresse que procure l'alcool est assimilée à une transe qui permettrait d'entrer en contact avec ces divinités. Son utilisation est donc rattachée aux rituels et aux cérémonies religieuses. On peut citer en exemple les fêtes dionysiaques chez les Grecs (en hommage à Dionysos), et les bacchantes chez les Romains (en l'honneur de Bacchus), qui sont de grands banquets auxquels toute la population participe (6).

Outre ce rôle mystique, l'alcool possède aussi un rôle économique. On retrouve des notions de commercialisation de ce dernier chez les Romains, où il pouvait être échangé contre d'autres denrées, ainsi que chez les Egyptiens où la bière faisait souvent partie intégrante du salaire des ouvriers (8).

Enfin, d'un point de vue social, le vin est décrit dans l'Iliade et l'Odyssée comme pourvu de pouvoirs initiatiques, et il est également consommé lors de banquets philosophiques réservés à une certaine élite (6).

C'est à cette époque qu'apparaissent aussi les premières mises en garde contre l'alcool. Chez les Egyptiens, les adolescents, les jeunes adultes et les femmes ont interdiction de boire de l'alcool ou du moins sont incités à en consommer de façon modérée. Chez les romains, des règles encadrent le rythme et les quantités d'alcool ingérées ; et malgré ces recommandations, le sénat finira même par interdire les bacchantes du fait de trop grands débordements (7).

2) *Alcool et Moyen Age*

La production d'alcool et son exportation se développe à cette époque, et le vin devient une source de richesse pour les pays occidentaux.

En parallèle, face à une consommation grandissante, l'Eglise met en garde contre l'excès d'alcool et considère l'ivresse comme un péché. Malgré cela, les consommations ne baissent pas pour autant, et seront même relancées par la mauvaise qualité de l'eau (7).

A la fin du XIII^{ème} siècle, le procédé de distillation ramené par les croisés en Europe, est à l'origine de l'élaboration de nouveaux alcools. Dans un premier temps, ces nouvelles boissons possèdent un statut de remède et de fortifiant, dont la vente a lieu exclusivement chez les apothicaires. On les appelle eaux de vie ou encore élixirs. Au fil des années leur statut évoluera passant de médicament à celui de boisson (9).

3) *Alcool et les Temps Modernes*

Le XVIII^{ème} siècle et la révolution industrielle marquent un tournant dans la fabrication et dans le mode de consommation des alcools. En effet, grâce à l'amélioration des techniques de production et de transport, l'alcool devient largement disponible aussi bien en terme de quantité que de prix. De plus, les conditions de travail et de vie difficile des ouvriers, font que sa consommation jusque là réservée aux classes aisées se démocratise (9).

Au niveau scientifique et médical, c'est le XIX^{ème} siècle qui marque un tournant. L'alcool y est en effet chimiquement identifié et reçoit le nom d'éthanol.

De plus, en 1849, Magnus Huss, un médecin suédois, définit le concept d'alcoolisme comme une pathologie à l'origine de l'altération de différents organes et de répercussions mentales. Cette avancée s'accompagne dans les années qui suivent de diverses publications scientifiques, ainsi que d'œuvres littéraires dénonçant les méfaits de l'alcool (l'Assommoir d'Emile Zola). C'est dans ce

contexte qu'apparaissent les premières associations d'aide aux personnes alcooliques, suivies par la création de centres de cures (10).

L'association des Alcooliques Anonymes apparaît quant à elle en 1939. Elle est créée aux Etats unis suite à d'importants problèmes d'alcool, ayant même entraîné l'interdiction de ce dernier en 1920, finalement levée en 1933 face à un commerce illicite grandissant. Son idée principale est que le traitement de l'alcoolisme repose sur l'abstinence, celle-ci n'étant possible qu'à l'aide d'une réflexion sur le motif de consommation, et d'une mise en commun des expériences de chacun.

b. Alcool et religion

L'alcool et la religion sont deux notions liées depuis tout temps.

Dans la religion chrétienne, il apparaît ainsi dès la genèse.

« Noé commença à cultiver la terre, et planta de la vigne. Il but du vin, s'enivra [...]. » (La Genèse chapitre IX, verset 20 et 21).

Cité près de 170 fois dans la bible, le vin occupe une place sacrée pour les chrétiens. En effet, il représente le sang du Christ et est utilisé au cours de diverses cérémonies (messes, communions...) en rappel de la Cène¹. Lorsqu'elle est modérée, sa consommation apparaît dans certains versets avec une connotation positive. Toutefois des mises en garde apparaissent régulièrement envers l'excès et l'ivresse, qui sont considérés comme des pêchés.

L'alcool a aussi une place importante dans la religion juive, où les prières et les bénédictions sont généralement récitées sur une coupe de vin. De ce fait, il accompagne systématiquement certaines cérémonies traditionnelles et religieuses comme le sabbat, les mariages ou les bar-mitsva. Comme chez les catholiques, son abus ou son usage quotidien sont réprimandés.

Enfin, les religions musulmanes, bouddhistes ou encore hindouistes confèrent à l'alcool un statut tout à fait différent. Il est en effet considéré comme une substance qui empêche l'esprit d'y voir clair, et toute consommation y est de ce fait interdite.

L'alcool occupe depuis toujours une place clé dans le quotidien des civilisations. A la fois substance divine, boisson, monnaie d'échange, remède ou encore poison, ses multiples statuts font ressortir de tout temps son ambivalence. De plus, ses différentes interdictions et réintroductions, ainsi que les volontés de contrôler sa consommation, montrent que l'homme avait compris dès les premiers âges les dangers de cette molécule, sans toutefois arriver à l'écarter définitivement.

¹ Selon le dictionnaire Larousse : « Repas que Jésus-Christ fit avec ses apôtres, la veille de sa passion, et dans lequel (selon la doctrine catholique et orthodoxe) il institua le sacrement de l'eucharistie ».

2. L'alcool en France

A. La consommation d'alcool en chiffres

a. La consommation des français

Selon l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), en France métropolitaine, 91% des 11-75 ans ont déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie. En d'autres termes cela représente 44,4 millions d'expérimentateurs en 2011. Ce chiffre nous donne déjà une idée du caractère omniprésent de ce produit dans notre société, ainsi que de sa valorisation culturelle (1).

La quantité d'alcool consommée annuellement par les français, peut s'estimer quant à elle, à partir des chiffres des ventes de boissons alcoolisées hors exportation. Toujours selon l'OFDT, elle s'élevait à 12 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus en 2011, soit une moyenne d'un peu plus de 2 verres¹ et demi par jour (1).

Afin de mieux comprendre ces chiffres, il est intéressant de revenir sur l'évolution de cette consommation au cours des 50 dernières années. En effet, même si 12 litres d'alcool est une quantité qui paraît élevée, il faut rappeler qu'en 1960 le volume d'alcool annuel consommé par les habitants de plus de 15 ans, était de 26 litres d'alcool. Il a donc été divisé par deux en 50 ans, essentiellement du fait de la baisse de consommation de vin ; le volume des autres alcools étant resté stable sur cette même période (11).

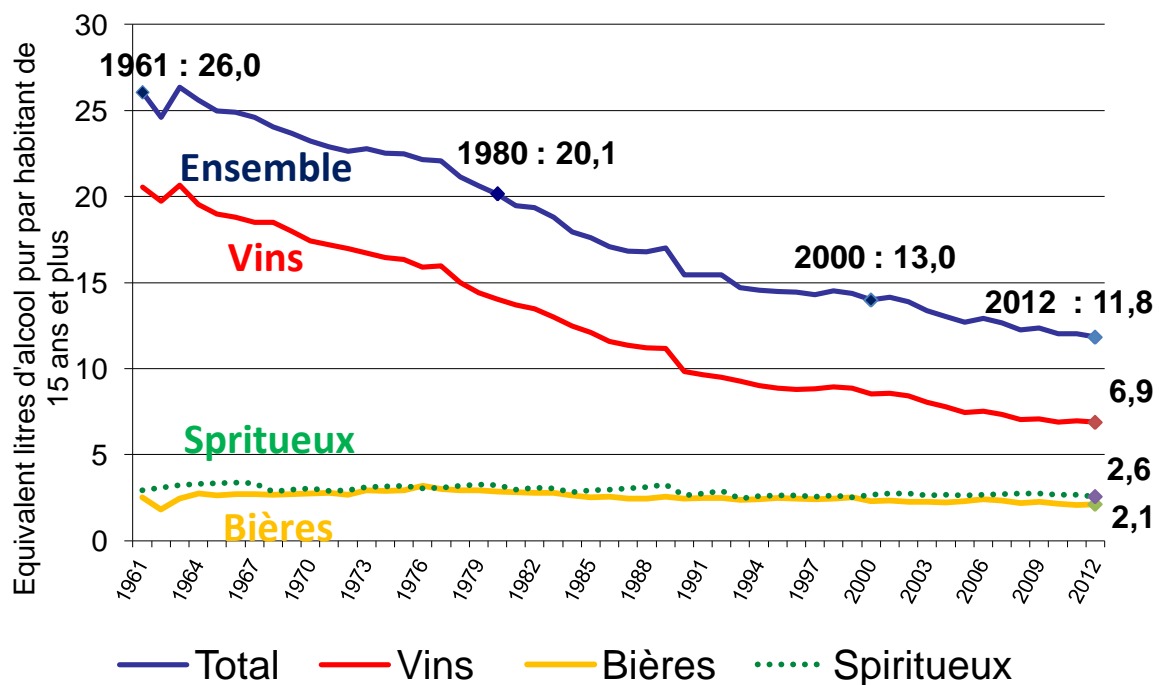


Figure 2 : Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur) (11)

¹ Verre standard contenant 10 grammes d'alcool

Malgré cette forte baisse, la France continue cependant d'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), de s'inscrire parmi les plus forts niveaux de consommation au monde.

En ce qui concerne le type d'alcool consommé, le vin est sans aucun doute la boisson préférée des Français. Il représente 58 % de l'alcool consommé en France en 2012 (11).

Enfin, en terme de fréquence de consommation, selon l'OFDT en 2010, 12 % des 18-75 ans interrogés déclarent avoir bu de l'alcool quotidiennement au cours des douze derniers mois, 37 % au moins une fois par semaine et 38 % occasionnellement (12). Ces chiffres, nous indiquent que la consommation d'alcool hebdomadaire est une pratique très courante qui concerne plus d'une personne sur trois ! La consommation quotidienne, quant-à-elle, a fortement diminué ces dernières années et apparaît plus rare. Il paraît aussi intéressant de souligner que cette dernière augmente avec l'âge, et qu'elle concerne trois fois plus les hommes que les femmes (18,0 % contre 6,0 %) (13, 14).

b. Les français en difficulté avec l'alcool

Les consommations pathologiques d'alcool peuvent être mises en évidence par un test appelé « Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption » (AUDIT-C), qui est composé de trois questions. Il s'agit d'une version courte de l'« Alcohol Use Disorder Identification Test » (AUDIT), mis au point par l'Organisation mondiale de la santé, qui comprend dix items (**Annexe 2**). Il permet de classer les participants en trois catégories : les non consommateurs, les consommateurs à risque faible, et les consommateurs à risque. D'après l'OFDT, en 2010, on comptait 3,8 millions de consommateurs à risque (dépendants ou non) parmi les 18-75 ans au sens du test Audit-C (1).

Malgré une importante baisse des consommations, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée en France. Son usage est tellement courant que la quasi-totalité de la population adulte déclare en avoir déjà bu. Cette situation aboutit à un nombre important de consommateurs, dont l'usage fréquent d'alcool les expose à des effets toxiques, responsables de multiples pathologies et de dépendance. Avec près de 3,8 millions de consommateurs à risque et environ 50 000 décès par an à son actif, l'alcool pose donc un réel problème de santé publique (1).

B. Poids culturel et perception de l'alcool

Comme l'illustre la partie de ce travail « l'alcool au fil des époques », les boissons alcoolisées accompagnent notre civilisation depuis des millénaires. Elles font partie intégrante de notre patrimoine culturel et de nos traditions.

a. L'alcool et la culture française

L'alcool est associé à tous les événements importants de la vie des Français, qu'ils soient privés ou publics. On le consomme pour célébrer les victoires, les naissances, les départs (« pot de départ »), les emménagements ou encore les augmentations. Il scelle les alliances lors des mariages, des fiançailles et des signatures de contrat. Sa consommation accompagne aussi les changements de rythme temporel, tel que le passage d'une année à l'autre (fête de la Saint-Sylvestre ou anniversaires), ou encore le passage de la semaine au week-end, avec les consommations

importantes du vendredi et du samedi. Dans notre pays, boire est aussi associé au geste de trinquer. Cette coutume nous provient de l'Antiquité, et est en général liée à un vœu positif tel que le célèbre « santé ». Cette idée contradictoire alliant l'alcool à la santé est un héritage des Temps modernes, où l'alcool était considéré comme un remède (15).

Ces différents exemples illustrent la place de l'alcool dans notre société, où il symbolise la réussite, le savoir vivre, la convivialité, le partage et le plaisir. Il est en général utilisé au cours des divers événements cités plus haut pour son rôle social, qui est de délier les langues et de favoriser la communication. Toutefois en parallèle de cette image d'alcool festif, il possède un deuxième visage plus sombre. En effet, il est aussi associé à certains malheurs, que ses propriétés psychoactives aident à oublier lors d'une consommation excessive. Dans la pensée populaire, il accompagne ainsi les ruptures amoureuses, les pertes d'emploi, la solitude ou encore le suicide, et est alors rattaché à une image négative.

Malgré cet aspect sombre, le caractère légal de la consommation d'alcool, la permissivité de notre société et son image largement positive, font que pour la grande majorité des gens, l'alcool n'est pas considéré comme une drogue. De plus, son omniprésence dans notre société (on le trouve dans les livres, les films, les publicités, les séries, etc.) rend sa consommation totalement banale. Les non buveurs sont d'ailleurs régulièrement stigmatisés. La consommation d'alcool étant vu comme une marque de savoir vivre, ils sont de ce fait souvent mis à l'écart, ou au contraire extrêmement sollicités. Paradoxalement, une personne alcoolique ou complètement ivre sera elle aussi exclue et stigmatisée. L'aspect ambivalent de cette substance ressort encore une fois ici.

En France, la consommation modérée d'alcool est donc la norme : elle renvoie à une image positive, rattachée à la fête, tout en étant source d'insertion sociale.

b. Le vin : un alcool au statut particulier

Le vin est de loin l'alcool le plus consommé des français. Dans notre pays de tradition viticole, il a d'ailleurs été longtemps tenu éloigné du statut de boisson alcoolique. Aujourd'hui encore, il est souvent considéré comme différent des autres alcools.

Une enquête menée dans le nord de la France par l'institut Sorgem, auprès de buveurs excessifs au début des années 2000, nous montre ainsi à travers certaines déclarations, que cette idée est encore bien présente dans certains esprits : « je n'achète jamais d'alcool, je n'achète que du vin, du rosé et du rouge (...) » (16). De plus, le paradoxe français ou French paradox, consolide aussi ce statut particulier. Il s'agit du fait qu'une consommation régulière et modérée de vin permettrait de diminuer le risque des maladies cardiovasculaires ; cette notion étant cependant nuancée par certaines recherches (17).

Cette différence de statut vient aussi du fait que cet alcool représente aujourd'hui un savoir faire valant à la France une réputation internationale. Nos vins sont en effet dégustés dans le monde entier, et font même depuis 1955 l'objet d'une science appelée Œnologie. Le vin est d'ailleurs cité comme partie intégrante du « repas gastronomique des Français », inscrit sur la liste du patrimoine immatériel de l'humanité, établie par l'Unesco. Il est véritablement un emblème de notre pays, si bien qu'un sénateur a même récemment proposé une loi qui l'inscrirait en tant que tel au patrimoine culturel et gastronomique protégé de la France (18).

C. Poids économique

L'influence de l'alcool sur notre économie est assez difficile à appréhender. En effet, d'un côté, la production et la commercialisation de ce dernier influent positivement sur l'économie française, et de l'autre, la consommation excessive d'alcool est un souci majeur de santé publique, à l'origine de dépenses non négligeables.

a. La filière alcool : un atout majeur pour l'économie française

Le nombre d'emplois généré par la filière alcool permet d'apprécier son implication dans l'économie française. Même si ce nombre est difficile à déterminer, on sait que les syndicats professionnels et le ministère de l'Agriculture, estiment à environ 550 000 le nombre d'employés dans la filière vitivinicole, l'Association des brasseurs de France revendique quant à elle 71 000 emplois, et enfin, la Fédération française des spiritueux compte 100 000 emplois. On estime donc le nombre d'emplois directs ou indirects créés par la filière alcool en France à près de 721 000 (19).

De plus, en 2011, la France était le premier consommateur et le premier producteur mondial de vin. Cette même année, le chiffre d'affaire des boissons contenant de l'alcool vendues sur le marché intérieur représentait 16,7 milliards d'euros dont 9,3 milliards d'euros pour les vins (19, 20).

Enfin, en termes de marché mondial, la viticulture française occupe une place de choix élevant le vin au premier poste de nos exportations agro-alimentaires. On obtient ainsi pour les boissons alcoolisées un chiffre d'affaire total de 28,12 milliards d'euros en 2011 (19).

En ce qui concerne la fiscalité, tout alcool vendu à l'intérieur de notre pays est soumis à des taxes. Le montant ainsi récolté par le biais de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), des droits sur les volumes consommés (également appelés contribution indirecte ou droits de consommation), et des cotisations de santé publique, revient à l'Etat et à la sécurité sociale. En 2011, près de 6 milliards d'euros ont ainsi été récoltés (19).

Enfin, les vignobles français contribuent fortement à la dynamique du tourisme français.

b. Alcool et coût social

Le coût social de l'alcool est une notion difficile à chiffrer, du fait de l'ensemble des domaines qu'il peut impacter. En effet, il est responsable de pertes financières aussi bien pour le secteur privé que pour le secteur public. Pour ce qui est du domaine privé, on peut citer par exemple les pertes de revenu, les pertes de productivité ou encore les coûts médicaux non remboursés. Le domaine public quant à lui, est impacté par l'ensemble des coûts hospitaliers et médicaux liés aux pathologies consécutives à l'alcool, par des dépenses administratives (ministère de la santé, ministère de la justice, etc.), par des dépenses de prévention, ou encore par des frais liés aux arrêts de travail.

Selon un rapport effectué en 2005, les économistes Pierre Kopp et Philippe Fenoglio ont évalué le coût des soins imputables à l'alcool à 6,15 milliards d'euros. Le coût social total est estimé quant à lui à un peu plus de 37 milliards d'euros soit 2,37% du produit intérieur brut de la France (21).

Malgré l'importance du coût social imputable aux boissons alcoolisées, l'alcool est aussi une source de revenu et d'emploi non négligeable pour la France. Ces deux aspects influent donc sur la

mise en place d'une prévention, qui est à la fois indispensable, mais aussi un peu différente de celle consacrée aux autres drogues, dans le sens où la perte de l'ensemble des atouts économiques apportés par cette filière serait catastrophique pour l'économie française.

D. Cadre légal

Le code du travail, le code de la santé publique, le code de la route, ou encore le code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, fixent les grands principes de la consommation d'alcool, de sa vente, de sa production, et de son utilisation publicitaire.

a. Alcool et vente

La vente des boissons contenant de l'alcool est très réglementée en France.

Tout d'abord, on rappelle que les boissons alcoolisées sont classées en cinq groupes par l'article L.3321-1 du code de la santé publique (**Annexe 1**).

En ce qui concerne la distribution de ces dernières, l'article L.3331-1 de ce même code met en vigueur différentes licences, qui déterminent le type de boissons que les commerçants sont autorisés à vendre.

Pour ce qui est des **débits de boissons à consommer sur place**, il existe quatre catégories de licences :

- la licence de 1^{ère} catégorie, dite « licence de boissons sans alcool » qui autorise la vente des boissons sans alcool uniquement ;
- la licence de 2^{ème} catégorie, dite « licence de boissons fermentées », qui autorise la vente des boissons des deux premiers groupes ;
- la licence de 3^{ème} catégorie, dite « licence restreinte », qui autorise la vente des boissons appartenant aux trois premiers groupes ;
- la licence de 4^{ème} catégorie dite « grande licence » ou « licence de plein exercice », qui autorise la vente de toutes les boissons autorisées (c'est-à-dire des boissons des groupes 1, 2, 3, 4 et 5).

Les **établissements voulant vendre de l'alcool à emporter**, sont quant-à-eux soumis selon l'article L.3331-3 à deux types de licences :

- la « petite licence à emporter », qui autorise la vente des boissons appartenant aux groupes 1 et 2,
- la « licence à emporter », qui autorise la vente de toutes les boissons alcoolisées.

En ce qui concerne les mineurs, la vente d'alcool est strictement encadrée par l'article 93 de la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) du 21 juillet 2009, qui interdit la vente d'alcool ainsi que son offre gratuite à toutes personnes âgées de moins de 18 ans. De plus, il est interdit de recevoir des mineurs de moins de seize ans qui ne soient pas accompagnés d'un majeur responsable dans les débits de boissons alcooliques (article L.3342-3 du code de la santé publique).

Enfin dans l'optique de limiter la quantité d'alcool consommée dans les débits de boissons, la loi prévoit :

- que lorsque des boissons alcoolisées sont proposées à prix réduits sur une période restreinte, des boissons sans alcool doivent également être proposées à prix réduits (article L.3323-1 du Code de la santé publique),
- l'interdiction des open-bars, qui se définissent par l'offre d'alcool à volonté (article 94 de la loi HPST),

-l'interdiction pour les débitants de boissons de donner à boire à des personnes manifestement ivres, ou de les recevoir dans leur établissement (article R.3353-2 du code de la santé publique).

b. Alcool et travail

Les articles R.4228-20 et R.4228-21 du code du travail interdisent toutes boissons contenant de l'alcool autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré, ainsi que toute personne en état d'ébriété sur les lieux de travail. Cependant, la notion d'ivresse n'étant pas toujours facile à définir, les entreprises peuvent limiter ou interdire toute consommation d'alcool dans leur règlement intérieur (circulaire TE 4/69 du 13 janvier 1969).

c. Ivresse sur la voie publique

L'article 3353-1 du code de la santé publique interdit à toute personne de se trouver en état d'ivresse manifeste dans un lieu public.

d. Alcool et conduite

Il est interdit de conduire un véhicule avec une alcoolémie égale ou supérieure à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang, soit 0,25 milligramme d'alcool par litre d'air expiré (article L.234-1 du code de la route). En fonction du taux d'alcool retrouvé chez le conducteur, plusieurs cas de figure sont possibles :

-une alcoolémie comprise entre 0,5 et 0,8 gramme par litre de sang constitue une contravention. Le conducteur encourt : une amende forfaitaire de 4^{ème} classe (135 euros), un retrait de 6 points sur son permis de conduire, et une suspension de ce dernier.

-une alcoolémie supérieure ou égale à 0,8 gramme par litre de sang (ou 0,4 milligramme d'alcool par litre d'air expiré) constitue un délit. Le conducteur encourt : une amende pouvant aller jusqu'à 4500 euros, un retrait de 6 points sur son permis de conduire, une suspension voire une annulation de ce dernier, et une peine de prison.

Pour lutter contre l'alcoolisme au volant, l'article 94 de la loi HPST interdit aussi de vendre entre 18 heures et 8 heures, des boissons contenant de l'alcool dans les stations services, et interdit totalement la vente de celles-ci, lorsqu'elles sont réfrigérées.

e. Alcool et publicité

La publicité pour les boissons contenant de l'alcool est strictement réglementée depuis 1991 par la loi Evin. Cette dernière détermine en effet les supports et les contenus autorisés, ainsi que les conditions de diffusion (plage horaire, type de média autorisé...).

Par exemple, la publicité pour l'alcool est interdite à la télévision, à la radio dans certaines tranches horaires, et dans l'ensemble de la presse destinée à la jeunesse.

En France, l'alcool est ancré culturellement, jouant un rôle social et économique important. Produit de consommation courante, il reste tout de même très encadré par la loi, du fait de ses propriétés psychoactives et de ses effets toxiques.

3. Alcool et effets toxiques sur l'organisme

Au-delà de ses effets plaisants, l'alcool est un toxique redoutable pour l'organisme. La consommation de ce dernier expose en effet la quasi-totalité des organes à diverses atteintes.

A. Devenir de l'éthanol dans l'organisme

a. Absorption

On abordera uniquement la voie digestive, qui est la plus fréquente, mais aussi celle directement en rapport avec ce travail.

Une fois ingéré, l'éthanol est absorbé par diffusion simple au niveau de l'estomac pour environ 20%, puis majoritairement au niveau de l'intestin grêle, et plus précisément au niveau du duodénum et du jéjunum pour environ 80%. La vitesse d'absorption est variable, et dépend notamment de paramètres individuels et de facteurs environnementaux. Elle est par exemple ralentie par l'ingestion concomitante de nourriture, et par la prise d'alcools de concentration supérieure à 20° ; ces facteurs étant à l'origine d'une modification de la vidange gastrique qui prolonge le temps de séjour de l'éthanol dans l'estomac. Cette vitesse est aussi ralentie par l'usage associé de la cigarette. Au contraire elle est accélérée par les boissons sucrées, gazeuses, peu concentrées en alcool, et par la consommation à jeun (22, 23).

Le pic sérique est ainsi atteint de façon variable entre 30 et 90 minutes après l'ingestion, et la quasi-totalité de l'éthanol ingéré atteint la circulation sanguine, du fait d'un faible premier passage gastrique et hépatique (entre 5 et 20% selon les études) (22, 23).

b. Distribution

L'éthanol est une petite molécule qui diffuse facilement au travers des membranes cellulaires. Elle ne se lie pas aux protéines plasmatiques, et sa solubilité dans les graisses et dans les os étant négligeable, son volume de distribution correspond donc au volume d'eau libre présent dans chaque organisme. Il est important de souligner que ce volume, en moyenne de 0,60 litre par kilogramme chez l'homme, varie d'une personne à l'autre notamment en fonction du sexe et de l'âge. Cela permet d'expliquer en partie le fait que pour une même quantité d'alcool consommée, on retrouve des concentrations plasmatiques plus élevées chez les femmes et les personnes âgées (22, 23).

L'éthanol est rapidement et largement distribué à la quasi-totalité des organes, et en particulier à ceux bénéficiant d'une vascularisation importante, tels que le poumon, le foie ou encore le cerveau, pour lesquels la demi-vie de distribution est d'environ huit minutes (22, 23).

c. Métabolisme

L'éthanol est essentiellement métabolisé par les cellules hépatiques¹, les autres tissus impliqués dans son oxydation, comme par exemple le rein, étant clairement minoritaires. Il subit ainsi au niveau du foie deux oxydations successives, au cours desquelles il est d'abord transformé en acétaldéhyde puis en acétate (22).

→ **1^{ère} étape : oxydation de l'éthanol en acétaldéhyde (22, 23)**

Cette réaction peut être effectuée par trois voies métaboliques différentes :

- la voie enzymatique de l'alcool déshydrogénase (ADH), qui est la voie majoritaire. Cette réaction a lieu dans le cytosol des hépatocytes, et utilise le NAD^+ comme cofacteur.
- le système microsomal d'oxydation de l'éthanol (MEOS), localisé dans le réticulum endoplasmique des hépatocytes, qui met en jeu le cytochrome P450 2E1 (CYP2E1). Il intervient en cas de consommation massive ou de consommation chronique d'éthanol.
- le système de la catalase, localisé dans les peroxysomes des cellules hépatiques, qui est minoritaire.

→ **2^{ème} étape : oxydation de l'acétaldéhyde en acétate (22, 23)**

Cette réaction nécessite une enzyme appelée l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH), qui est localisée au niveau du cytosol et des mitochondries. Elle s'accompagne de la réduction du NAD^+ en NADH, H^+ . L'acétate ainsi obtenu est ensuite transformé en acétyl-coA, molécule prise en charge par le cycle de Krebs au sein de différents tissus extra-hépatiques, et oxydée en dioxyde de carbone et en eau. Cette dernière réaction s'accompagne d'une production d'énergie.

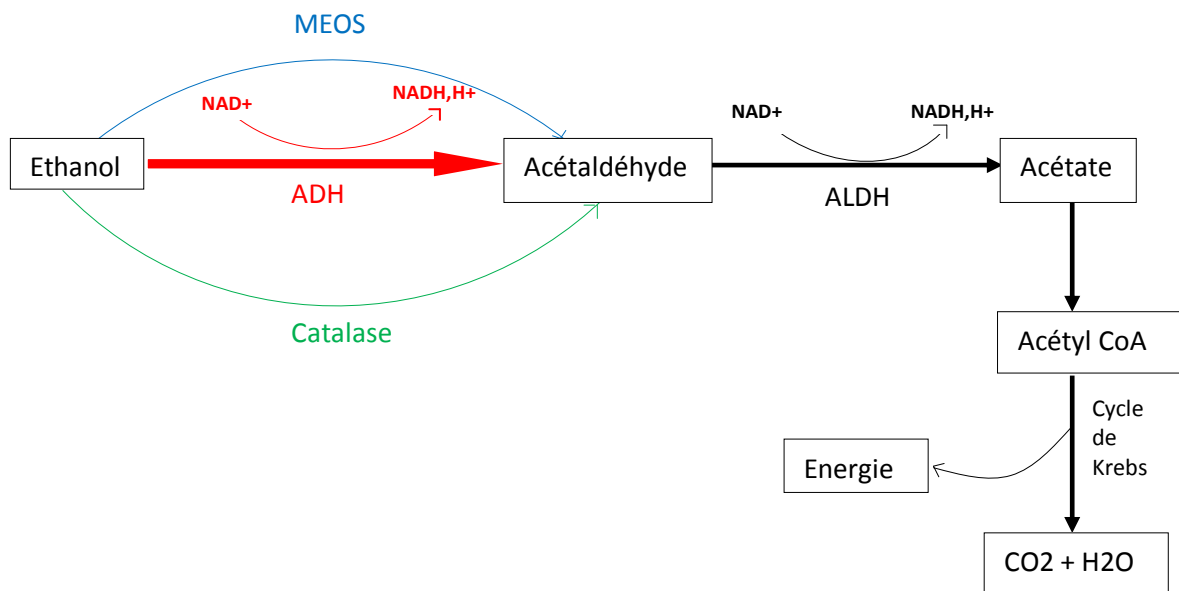


Figure 3 : Métabolisme hépatique de l'éthanol

Du fait d'un polymorphisme enzymatique important, le métabolisme de l'éthanol présente d'importantes variations individuelles le rendant plus ou moins efficace.

¹ Cette métabolisation prend en charge plus de 80% de l'alcool ingéré.

d. Élimination

L'éthanol est éliminé par deux mécanismes. Le premier, minoritaire, est l'excrétion de ce dernier sous forme inchangée par voie rénale, pulmonaire et sudorale. Il concerne 2 à 5 % de la quantité d'alcool absorbée. Le deuxième largement majoritaire, s'effectue par le système de métabolisation hépatique détaillé ci-dessus (23).

En ce qui concerne la vitesse d'élimination, elle est estimée à environ 0,15 gramme par litre et par heure chez le sujet naïf et chez le buveur occasionnel, lorsque l'alcoolémie est supérieure à 0,40 gramme par litre de sang¹. En pratique, environ quatre heures seront nécessaires pour éliminer une alcoolémie de 0,60 gramme par litre de sang. Il faut tout de même souligner que cette vitesse ne représente qu'une moyenne, pouvant en réalité varier d'un individu à l'autre, dans des proportions allant de un à trois en fonction de l'activité métabolique de chacun (22).

Enfin, malgré de nombreuses croyances populaires, aucun « truc » ne permet d'éliminer l'alcool plus rapidement.

La pharmacocinétique de l'éthanol dépend de nombreux facteurs aussi bien génétiques (âge, sexe, morphologie, capacité enzymatique, etc.) qu'environnementaux (usage concomitant de certains médicaments, présence de certaines pathologies, usage quotidien d'alcool, etc.), rendant pour chaque individu le devenir de l'alcool dans l'organisme très différent.

En ce qui concerne la population adolescente, elle est particulièrement exposée aux effets de l'alcool notamment du fait :

- d'un poids corporel en règle générale inférieur à celui des adultes, correspondant à un volume de liquide corporel réduit, à l'origine d'une alcoolémie plus importante,
- d'une capacité enzymatique moins importante et moins performante, entraînant une élimination de l'alcool moins efficace.

De plus, on constate aussi bien chez les jeunes que chez les adultes, que les usagers de sexe féminin sont davantage exposés à l'alcool du fait d'une absorption supérieure, d'un volume de distribution moindre et d'une élimination moins performante (22).

B. Mécanisme d'action et de toxicité

Si le caractère toxique de l'alcool n'est plus à prouver, l'ensemble de son mécanisme d'action reste encore partiellement inconnu. Ceci s'explique en effet par ses multiples points d'impact d'une part, mais aussi par le fait que sa toxicité n'est pas seulement imputable à l'action de la molécule d'éthanol, mais découle aussi de son métabolisme.

Nous nous contenterons d'aborder au sein de cette partie les mécanismes d'action et de toxicité prédominants consécutifs à une consommation d'alcool.

¹ L'élimination de l'alcool suit une cinétique linéaire pour des alcoolémies supérieures à 0,40 gramme par litre de sang, et une cinétique michaélienne pour des concentrations inférieures à 0,40 gramme par litre de sang (22).

a. Dommages directement imputables à l'action de la molécule d'éthanol

Contrairement à de nombreux agents pharmacologiques sélectifs, l'éthanol n'a pas une seule mais bien de multiples cibles d'action.

Il interagit notamment avec des récepteurs, des neurotransmetteurs, des canaux ioniques ou encore avec les constituants des membranes cellulaires, modifiant la fluidité de ces dernières. Il perturbe ainsi la transduction du signal neuronal, impactant notamment les voies de transmission GABAergiques, glutaminergiques, dopaminergiques, serotoninergiques, noradrénergiques ou encore cholinergiques (24).

Parmi les sites d'action de l'éthanol bien décrits au sein de la littérature, on peut d'ailleurs citer suite à une alcoolisation aiguë, une action potentialisatrice au niveau des récepteurs GABA (acide gamma-aminobutyrique) de type A, et une inhibition de l'activation des récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) au glutamate, toutes deux responsables d'un effet inhibiteur du système nerveux central (24).

Pour finir, l'éthanol possède aussi un effet irritant par contact direct avec les muqueuses tapissant l'ensemble des voies digestives, dont la manifestation la plus fréquente est la gastrite.

b. Dommages consécutifs au métabolisme de l'éthanol

Le métabolisme oxydatif de l'éthanol est à l'origine de désordres métaboliques et d'effets toxiques découlant principalement des quatre grandes conséquences suivantes : formation d'acétaldéhyde, augmentation du rapport $NADH,H^+/NAD^+$, production de radicaux libres et induction du cytochrome P450 2E1 (22).

1) Formation d'acétaldéhyde

L'acétaldéhyde généré au cours du métabolisme de l'éthanol est un métabolite très réactif et très toxique. Il forme en effet des adduits covalents avec de nombreuses biomolécules, touchant notamment les protéines et les acides nucléiques. Ces liaisons covalentes occasionnent ainsi des dommages cellulaires à la fois structurels et fonctionnels (altération des membranes cellulaires, modification de l'activité de certaines enzymes, formation de protéines antigéniques à l'origine de réactions immunologiques, etc.) (25).

Ces différents effets toxiques sont retrouvés essentiellement au niveau du foie, qui est le site principal du métabolisme de l'éthanol, mais aussi au niveau d'autres organes tels que le pancréas, le tube digestif, le cerveau ou encore le cœur, qui peuvent eux aussi participer à cette métabolisation. Au niveau cardiaque, il est d'ailleurs démontré que cet acétaldéhyde est responsable d'une importante toxicité, pouvant entraîner des hypertrophies cardiaques et des cardiomyopathies dilatées (25).

Pour finir, au niveau cellulaire, il est avéré que ce métabolite génère une toxicité mitochondriale importante et augmente la sensibilité des cellules à l'apoptose (26).

2) Augmentation du rapport $NADH,H^+/NAD^+$

Au niveau hépatique, le métabolisme de l'éthanol est à l'origine d'une augmentation du rapport $NADH,H^+/NAD^+$, une conséquence qui perturbe notamment le métabolisme des lipides et des glucides.

En effet, l'augmentation de ce ratio est responsable :

- d'une hyperproduction de lactates pouvant conduire à une acidose lactique ou à une hyperuricémie,
- d'une inhibition de la néoglucogenèse hépatique pouvant entraîner une hypoglycémie,
- d'une augmentation de la synthèse des triglycérides et d'une diminution de leur catabolisme, à l'origine d'une accumulation de ces derniers au sein des cellules hépatiques (22).

3) Production de radicaux libres

Les radicaux libres sont des espèces chimiques particulièrement réactives, responsables d'un stress oxydatif dont le caractère nocif n'est plus à prouver. Générés par le métabolisme de l'éthanol, ils sont responsables d'altérations des protéines, de dommages à l'ADN, et ils impactent aussi fortement les membranes cellulaires en altérant leur structure et leur fonction par lipopéroxydation (25, 26).

4) Induction du cytochrome P450 2E1

Le cytochrome P450 2E1 métabolise un certain nombre de xénobiotiques en molécules parfois très toxiques. Le paracétamol est par exemple transformé par ce dernier en une benzoquinone-imine hépatotoxique. Il est aussi responsable de la métabolisation d'agents procarcinogènes en agents carcinogènes (c'est notamment le cas pour les nitrosamines).

La consommation d'alcool étant un facteur inducteur de ce cytochrome, elle entraîne ainsi un effet toxique en augmentant la formation de ces métabolites nocifs pour l'organisme, et en potentialisant les effets cancérogènes de l'alcool (22).

L'éthanol est une molécule responsable d'altérations multiples aussi bien fonctionnelles que structurelles, sous-tendues par des mécanismes à la fois directs et indirects. Sa toxicité impacte l'ensemble de l'organisme, et le fait qu'elle dépende en partie de ses propriétés pharmacocinétiques, lui donne une intensité variable d'une personne à l'autre. L'alcool peut ainsi entraîner d'importantes répercussions physiques (atteintes hépatiques, cardiaques, cérébrales, etc.), psychiques (troubles comportementaux, dépendance, etc.) et sociales (exclusions, difficultés familiales et professionnelles, etc.).

4. Usages et mésusages de l'alcool

Comme nous avons pu le voir dans les parties précédentes de ce travail, boire de l'alcool avec modération peut être une source de plaisir et de convivialité, synonyme de bons repas et d'événements festifs. Cependant, l'alcool est aussi un toxique redoutable, et l'ambivalence de cette substance nous amène ainsi à nous poser la question suivante : A quel moment passe-t-on d'une consommation sans risque à une consommation nocive ? Existe-t-il vraiment un boire sans risque ?

A. Alcoolisations et recommandations

a. Recherche d'une limite quantitative

Il paraît tentant de déterminer une limite quantitative entre un usage d'alcool sans danger et un usage nocif. Le consommateur pourrait ainsi savoir à partir de quelle quantité il s'expose à un risque. Cependant plusieurs problèmes se posent à la mise en place d'une telle notion.

Tout d'abord qu'entend-on exactement par une consommation sans danger, sachant qu'à l'heure actuelle aucun usage d'alcool n'a pu être démontré comme sans risque?

De plus, on sait que les répercussions de l'alcool ne dépendent pas uniquement de la quantité consommée, mais que de nombreux facteurs entrent en jeu, tels que le mode de consommation ou la variabilité interindividuelle. Ces différents critères rendent d'ailleurs impossible la détermination d'une limite quantitative applicable à l'ensemble de la population.

Face à ses difficultés, les différents comités d'experts ont tout de même essayé de mettre en place des recommandations, afin de limiter les dégâts sanitaires et sociaux imputables à l'alcool. Cependant, d'une part, ces dernières ne garantissent pas une totale sécurité d'usage, et d'autre part, il n'existe pas de réel consensus. En effet, même si tous s'accordent sur le fait que la consommation à risque se situe bien avant l'ivresse ou la dépendance, les différents seuils varient d'un pays à l'autre, et d'une institution à l'autre (27).

b. Les recommandations

1) Recommandations dites de l'OMS¹

D'après l'OMS, une consommation d'alcool à faible risque ne doit pas dépasser plus de 21 verres par semaine pour les hommes, et pas plus de 14 verres par semaine pour les femmes, et cela sans jamais être supérieure à 4 verres par occasion, même lors d'un usage ponctuel. Enfin, elle recommande aussi de s'abstenir de toute consommation d'alcool au moins un jour par semaine. Dans ces recommandations la notion de « verre » représente une quantité moyenne de 10 grammes d'alcool pur, ce qui correspond à la dose standard servie dans les bars et restaurants français.

L'OMS précise aussi que ces seuils repères doivent être abaissés lors de diverses « situations à risques » (conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, toute situation qui requiert vigilance

¹ Repris sous ce terme dans de nombreux articles, il n'est pas certains que ces seuils aient été réellement recommandés tel quel par l'OMS. Selon certaines sources, ils seraient extraits d'un rapport traitant du test de dépistage AUDIT, et non de recommandations destinées à la population générale (28).

et attention, etc.), ou en cas de « risque individuel » (consommation concomitante d'autres substances actives, en cas de pathologies organiques ou psychiatriques, en cas de modification de la tolérance du consommateur du fait par exemple de son âge ou de son faible poids, ou encore en cas de situations physiologiques particulières telles que la grossesse ou un état de fatigue important). Ces différents exemples étant loin de représenter l'ensemble des situations où la consommation d'alcool doit être moindre, il est aussi clairement notifié que cette liste n'est pas limitative (29).

2) *Recommandations françaises*

Le ministère chargé de la santé ainsi que l'Académie nationale de médecine donnent des recommandations équivalentes à celles de l'OMS citées ci-dessus, à savoir : pas plus de 2 verres par jour en moyenne pour les femmes (soit 14 verres standards par semaine), et pas plus de 3 verres par jour en moyenne pour les hommes (soit 21 verres standards par semaine) ; tout cela sans jamais dépasser 4 verres standards par occasion, et en conservant au moins un jour par semaine sans consommation d'alcool (30, 31).

L'institut national du cancer a quant à lui publié un rapport en 2009 au sein duquel, dans un souci de prévention du risque de cancers, il déconseille la consommation d'alcool (31).

On peut donc voir que même au niveau national, les seuils préconisés divergent en fonction des institutions. Cela témoigne de la difficulté à appréhender le risque, ou peut être de la difficulté à remettre en question notre consommation culturelle d'alcool.

B. Les différentes conduites d'alcoolisation

a. Le concept d'alcoolisme

Voici un terme qui possède de très nombreuses définitions.

Quand est-on considéré comme alcoolique ? Lorsqu'on est dépendant ? Lorsque notre consommation est à l'origine de conséquences sociales ou médicales néfastes ? Lorsque notre consommation est trop fréquente ? Nombreux sont ceux qui ont essayé de répondre à ces questions.

A l'origine, le terme d'alcoolisme a été employé pour la première fois par le Dr Magnus Huss, qui le définissait alors comme « l'ensemble des conséquences pathologiques d'une consommation excessive de boissons alcooliques » (32).

Puis, dans les années 1950, des définitions plus globales ont vu le jour, dans lesquelles l'alcoolisme n'est plus seulement décrit par ses conséquences pathologiques, mais par l'ensemble de ses répercussions médicales et sociales. C'est le cas de la définition de E.M. Jellinek, un médecin américain, qui le présente comme « toute consommation de boissons alcooliques qui cause un dommage à l'individu, à la société ou aux deux ». Pierre Fouquet, médecin français considéré comme le père de l'alcoologie française, le définit quant à lui par le lien qui se développe entre l'alcool et le malade : « est alcoolique celui ou celle qui a perdu la liberté de s'abstenir de l'alcool ». Il introduit ainsi le concept de dépendance (33).

En 1990, the American society of addiction medicine reprend toutes les dimensions vues ci avant et précise la notion d'alcoolisme pour aboutir à la définition suivante : « maladie primaire, chronique, dont des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux en favorisent le développement et les manifestations. Cette maladie est souvent progressive et fatale. Elle se caractérise par une

altération du contrôle des consommations d'alcool, une préoccupation par la "drogue alcool", l'usage d'alcool en dépit de ses conséquences négatives, des distorsions de la pensée et en particulier le déni. Chacun de ces symptômes peut être permanent ou périodique » (9).

On voit à travers ces différentes définitions que l'alcoolisme du fait de son installation chronique et de son origine multifactorielle a été et reste encore difficile à définir.

L'OMS déconseille d'ailleurs l'usage de ce terme depuis 1980 qu'elle considère comme trop imprécis, et recommande plutôt de parler d'alcool-dépendance ou de syndrome de dépendance alcoolique afin d'éviter toutes confusions (34).

b. Classification des conduites d'alcoolisation selon la Société Française d'Alcoologie (SFA)

Les alcoolisations problématiques s'inscrivent dans un processus complexe et insidieux, dans lequel le patient ne bascule pas brutalement d'un état sain à une alcool-dépendance. Il s'agit plutôt d'un continuum, composé d'une suite de stades pathologiques, rendant d'ailleurs toute tentative de diagnostic plutôt complexe. En effet, autant le stade de la dépendance est assez simple à repérer, autant ceux le précédant, nettement moins bruyants, se révèlent assez difficile à appréhender. De nombreuses classifications des conduites d'alcoolisation ont donc vu le jour, afin d'aider les cliniciens dans leur démarche de diagnostic, et donc dans la prise en charge de ces pathologies.

On présentera principalement dans ce travail la classification mise au point en 2001 par la Société Française d'Alcoologie, qui présente l'avantage par rapport aux classifications préexistantes, pour la plupart trop complexes ou trop imprécises, de permettre un repérage précoce des conduites d'alcoolisation problématiques, et d'harmoniser la prise en charge de celles-ci en offrant aux différents professionnels de santé impliqués un vocabulaire commun.

Ces recommandations cliniques validées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (remplacée depuis par la Haute autorité de santé) définissent différents modes de consommation de l'alcool, qu'elles classent en trois grandes catégories : le non usage, l'usage et le mésusage.

1) Le non usage

Cette conduite est définie par la non consommation d'alcool.

2) L'usage

Cette conduite définit le consommateur modéré. Elle est caractérisée par une consommation d'alcool inférieure ou égale aux recommandations de l'OMS, et s'opérant en dehors des situations à risques et de tout risque individuel. Le risque encouru, s'il n'est pas nul, est faible et considéré comme « acceptable pour l'individu et la société » (29).

3) Les mésusages

L'usage à risque

Cette conduite d'alcoolisation définit le consommateur à risque. Elle est caractérisée par une consommation ne respectant pas les recommandations de l'OMS. Cela peut se traduire par des quantités bues supérieures aux seuils donnés, ou par des usages d'alcool en présence d'une situation

à risque ou d'un risque individuel. L'utilisateur ne présente pas encore de dommages, mais sa consommation est « susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme » (29).

L'usage nocif

Cette conduite d'alcoolisation caractérise le consommateur à problème.

Elle est définie par « l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social » sans toutefois qu'il y ait dépendance à l'alcool. Ce n'est donc plus la notion de quantité consommée qui importe, mais l'émergence d'effets néfastes imputables à l'alcoolisation. On peut donc être un consommateur à problème tout en buvant des quantités inférieures aux seuils de l'OMS.

Cet usage correspond aux troubles définis dans la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) sous le terme d'« abus » d'alcool, et à la notion d'« utilisation nocive pour la santé » d'alcool qui apparaît dans la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). (**Annexe 3 et 4**)

L'usage avec dépendance

Il caractérise le sujet alcool-dépendant, et est défini comme : « Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation » (29).

Les notions de quantités consommées et de dommages induits ont ici disparu, cet usage étant uniquement caractérisé par le lien de dépendance qui se crée entre le consommateur et le produit.

Cette conduite correspond au « syndrome de dépendance » défini de la CIM-10 et à la « dépendance à une substance » défini dans le DSM IV. (**Annexe 3 et 4**)

4) L'ivresse

Selon la SFA, elle est définie comme une : « une conduite d'alcoolisation aiguë », et selon les cas, elle peut être associée à un mésusage de l'alcool ou à un usage.

Elle correspond aux « intoxications alcooliques aiguës » (IAA) définies dans les classifications CIM-10 et DSM-IV. (**Annexe 3 et 4**)

5) Evolution des conduites d'alcoolisation

Ces différentes conduites d'alcoolisations sont en continuité, les consommateurs pouvant évoluer au sein de cette classification et passer d'un usage à l'autre, avançant dans les stades pathologique ou au contraire revenant vers un usage moins risqué. Toutefois, lorsque le stade de dépendance est atteint aucune régression n'est possible sans prise en charge.

Cette classification, très intéressante d'un point de vue clinique, simplifie le dépistage des conduites pathologiques et permet ainsi une prise en charge plus précoce et plus adaptée, dont le but est d'éviter l'apparition de dommages et l'installation d'une dépendance.

c. Classification des troubles liés à l'alcool selon la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)

Le DSM-5, publié en mai 2013, met encore plus en avant cette notion de continuité entre les stades pathologiques. Les troubles qualifiés d'« abus » d'alcool et de « dépendance » à l'alcool, définis par le DSM-IV, ont en effet disparu afin de laisser leur place à un trouble unique intitulé « substance use disorder », que l'on pourra traduire par « trouble de l'usage d'une substance ». Ce dernier comprend onze critères correspondant principalement à ceux retrouvés à la fois dans la définition de l'abus et

de la dépendance du DSM-IV, et est défini par la manifestation d'au moins deux d'entre eux au cours des douze derniers mois. De plus, le nombre de critères retrouvés chez le patient détermine le degré de sévérité du trouble :

- 2 ou 3 symptômes positifs sur onze caractérisent un trouble léger,
- 4 ou 5 symptômes positifs sur onze caractérisent un trouble modéré,
- 6 symptômes positifs sur onze ou plus caractérisent un trouble sévère.

(Annexe 5)

En France, l'alcool fait partie intégrante de notre histoire et de nos coutumes. Source de plaisir et de convivialité lorsqu'on prend le temps de le déguster, il accompagne nos bons repas ainsi que les événements importants de notre vie. Atout majeur de notre économie et élément culturel à part entière, il paraît donc impossible dans ce contexte, de stigmatiser l'ensemble des alcoolisations. Cependant, au vu des dommages imputables à l'alcool, il est indispensable de prévenir et de prendre en charge les mésusages de celui-ci. Pour ce qui est des consommations plus raisonnées, classées parmi les usages, le risque est souvent difficile à évaluer, comme en témoignent les désaccords existants entre les différentes recommandations. On préconisera alors d'opter pour le savoir boire : c'est-à-dire prendre le temps de savourer, d'apprécier un bon verre, savoir s'arrêter quand l'envie n'est plus là, et savoir refuser quand la situation l'exige.

**2^{ème} partie : Alcool et adolescence : de
l'expérimentation aux alcoolisations
excessives**

1. L'adolescence : une période d'émancipation, de découverte et de prise de risque

A. Définition

L'adolescence est une période très complexe, qui peut être étudiée sous diverses approches, aussi bien clinique, qu'anthropologique, psychanalytique ou encore sociologique. Objet de nombreuses théories, j'ai choisi de la présenter ici d'une manière générale, certainement réductrice, en décrivant ces principaux axes caractéristiques.

Elle est définie par le dictionnaire de français Larousse comme une : « période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté ».

L'OMS donne quant à elle une définition un peu plus précise, dans laquelle l'adolescence est « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. »

L'adolescence est donc une période de transformation, une phase charnière dans la construction de la personnalité du futur adulte, qui s'accompagne de nombreux changements à la fois psychiques, physiques et sociaux, sous l'influence d'un contexte socio-culturel donné.

a. Naissance de l'adolescence

Il s'agit d'un concept assez récent. En effet, ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que le terme adolescent a commencé à être employé dans le sens où on l'entend aujourd'hui. Avant cette période les enfants obtenaient le statut d'adulte suite à un événement. Cela pouvait être un changement physiologique, tel que l'apparition des règles chez les filles, un rite initiatique bref comme la première participation à une chasse chez les garçons, ou encore un événement important, tel que la célébration de la première communion. Il n'existait donc pas de période de transition, les jeunes passant directement du statut d'enfant à celui d'adulte, et cela à des âges bien plus jeunes qu'aujourd'hui, en cohérence avec le fait que les femmes se mariaient plus tôt, et que les hommes commençaient à travailler plus précocement (35).

De nos jours, dans notre société contemporaine, les différents changements sociologiques font que le passage de l'enfance à l'âge adulte s'étend sur une période temporelle assez conséquente, pouvant en général s'exprimer en années. Cela peut s'expliquer d'une part, par l'obtention d'un premier emploi et donc d'une indépendance financière de plus en plus tardive, repoussant le départ du domicile familial ; et d'autre part, par une puberté de plus en plus précoce (en 2 siècles, l'âge moyen des premières règles a diminué d'environ trois ans en France). Ces données amènent même certains auteurs à prolonger le statut d'adolescent bien au delà des 19 ans annoncés dans la définition de l'OMS (36).

On devient donc adulte plus tôt d'un point de vue physique et plus tard d'un point de vue social, cette situation donnant naissance à un statut intermédiaire, souvent source de tensions internes pour ces jeunes populations.

b. Adolescence et transformations

Tout d'abord, en termes de transformations physiques, l'adolescent va voir son corps changer et devenir physiologiquement capable de procréer. En effet, l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique va entraîner la production d'hormones stéroïdiennes, responsables du développement des caractères sexuels secondaires : apparition d'une pilosité pubienne, d'une poussée mammaire pour les filles, d'une mue pour les garçons, et tout cela accompagné pour les deux sexes d'une modification importante de leur morphologie. Cette puberté a en général lieu entre 10 et 13 ans pour les filles, et entre 11 et 14 ans pour les garçons. Ces chiffres ne sont toutefois que des moyennes, et peuvent présenter d'importantes variabilités d'un individu à l'autre.

Ces changements physiques particulièrement rapides, vont aussi être à l'origine de répercussions psycho-affectives importantes. En effet, l'adolescent va devoir apprendre à vivre avec ce nouveau corps qui lui est clairement imposé, dans lequel il ne se reconnaît plus, et cela à une période où le regard de l'autre est primordial. Cette nouvelle apparence que l'adolescent ne sait comment appréhender peut ainsi être à l'origine d'un certain mal être.

En termes de modifications psychiques, nos futurs adultes vont être soumis à des sentiments nouveaux et pour la plupart contradictoires. Ils vont en effet éprouver le besoin de rompre avec leur enfance, et avec tout ce qui s'y rattache. Ils vont ainsi s'éloigner de leurs parents, trouver de nouveaux modèles, et de nouveaux passe-temps, qui vont notamment les aider à se projeter dans l'avenir. Ce passage vers l'indépendance et l'autonomie, est ainsi à la fois source d'anxiété et d'impatience. Le détachement du cadre familial sécurisant peut en effet être responsable d'angoisses et de stress ; l'excitation étant quant à elle liée à ce nouveau statut, à la recherche de nouvelles expériences, et d'un sentiment de liberté. Le monde extérieur est perçu par le jeune adulte sous un angle nouveau où tout reste à découvrir (37).

Face à cette situation sociale naissante et à ce corps en transformation, l'adolescent va donc devoir apprendre à s'accepter et à se construire. Pour cela, le cocon familial laisse en général sa place à un groupe de pairs avec lequel il partagera ses goûts, ses opinions et ses expériences. L'appartenance à ce groupe possède un caractère structurant très important, qui va notamment permettre à l'adolescent de s'intégrer socialement, et qui va aussi l'aider dans sa quête identitaire.

Enfin, l'ensemble de ces émotions et de ces remaniements psychiques sont à l'origine d'une certaine vulnérabilité, faisant de l'adolescence une période où des troubles psychopathologiques peuvent apparaître (addictions, anorexie, boulimie, troubles obsessionnels compulsifs, troubles suicidaires, dépressions, etc.) (37).

Pour conclure, on rappellera que cette période de transition propre aux sociétés contemporaines, comporte de grandes variabilités d'un individu à l'autre, que ce soit en termes de temporalité, ou de manifestations psychiques. Cette définition n'est donc pas une science exacte, l'entrée dans l'âge adulte étant une notion difficile à déterminer et à définir.

B. Les comportements à risque

a. Définitions et classification

La notion de risque au sens large étant intimement liée à toutes expériences nouvelles et à toutes confrontations à l'inconnu, il n'est donc pas à première vue étonnant qu'elle soit fréquemment associée aux conduites de nos adolescents.

Cependant le problème est que ces comportements dépassent en général cette simple notion, et s'inscrivent dans une prise de risque non nécessaire, effectuée de manière volontaire, qui peut même être pour certain une source de plaisir ou de soulagement, les amenant à réitérer ces actes.

La répétition de ces attitudes constitue ce qu'on appelle les conduites à risques. Selon J. Adès et M. Lejoyeux, deux grands professeurs de psychiatrie, elles se définissent comme : « la recherche active et répétée du danger, impliquant, pour un sujet, la mise en jeu de sa propre vie ». Elles ont pour conséquences de pouvoir « léser ou entraver l'avenir psychique, physique ou social de l'adolescent » (38, 39).

Même si ces comportements ne concernent pas la majorité des adolescents, ils sont tout de même fréquents et ne doivent pas être banalisés, du fait de leurs conséquences parfois graves en termes de morbidité et de mortalité.

Ces agissements aux multiples formes peuvent être classés en fonction de la nature du risque encouru ; et lorsque plusieurs risques y sont associés, on les classera en fonction de celui qui prédomine.

On distingue ainsi :

-les conduites à risque médical : le jeune met son corps et sa santé en danger. On peut par exemple citer : la consommation de drogues, l'inhalation de solvants ou de tout autre produit toxique, les rapports sexuels non protégés, la conduite automobile dangereuse, la pratique de sports à risque (saut à l'élastique, kitesurf, etc.), la participation à des jeux pouvant être mortels comme le tristement célèbre jeu du foulard¹, ou encore les comportements pathologiques à l'égard de la prise alimentaire (anorexie, boulimie).

-les conduites à risque judiciaire : le jeune s'expose à des sanctions pénales. Il peut s'agir de vols, de violences, de racket ou de toute autre transgression à la loi.

-les conduites à risque social : on pourra citer parmi celles-ci le désintéressement scolaire, l'absentéisme, le risque de grossesse non désirée, ou encore les fugues pouvant être à l'origine d'une véritable rupture sociale.

Tous ces risques peuvent être pris par l'adolescent d'une façon plus ou moins consciente.

b. Rôle des prises de risque au cours de l'adolescence

La prise de risque, même si elle n'est pas spécifique des adolescents, est une attitude classique de leur comportement. Lorsqu'elle est adaptée, elle peut d'ailleurs posséder un rôle structurant.

¹ Il s'agit de se couper la respiration à l'aide d'un foulard jusqu'à l'évanouissement.

Elle aide en effet certains jeunes à rééquilibrer leur psychisme, à construire leur identité, et à obtenir ainsi leur statut social d'adulte. En symbolisant la rupture avec le foyer familial et le rejet de la figure parentale, elle les accompagne aussi dans leur prise d'indépendance et d'autonomie (40).

Ces prises de risque ont pour la plupart lieu face à un tiers, qui possède un rôle de spectateur. Ce tiers peut être aussi bien un parent qu'un groupe de pairs. Dans ces deux cas cette attitude est en général associée à la recherche d'une reconnaissance. Face à la figure parentale, l'adolescent signifie ainsi son changement de statut, alors qu'aux cotés de ses pairs, il s'agit plutôt d'une mise à l'épreuve permettant à l'adolescent d'intégrer le groupe, ou encore, lui permettant d'obtenir un statut au sein de ce dernier. Dans ce dernier cas, la prise de risque suscite en général l'admiration et le respect.

Ces conduites permettent aussi à l'adolescent de tester ses limites, d'appivoiser son nouveau corps, de se sentir vivant et maître de celui-ci. Pour le sociologue D. Le Breton, ces conduites à risque peuvent ainsi se décrire comme « des détours symboliques pour s'assurer de la valeur de son existence, rejeter au plus loin la peur de son insignifiance personnelle ». En effet, face à un contexte économique et des perspectives d'avenir difficiles, les jeunes ont souvent du mal à trouver leur place et à se projeter.

Ces prises de risque peuvent aussi avoir un rôle thérapeutique, dans le sens où elles peuvent être un moyen pour certains adolescents de réguler leurs émotions, de mettre à distance un possible affect négatif, ou encore de diminuer une anxiété (41).

Enfin, face à ces différentes caractéristiques, certains auteurs¹ rapprochent ces comportements des rites de passage accompagnant les changements de statuts dans les sociétés traditionnelles. En effet, la recherche de reconnaissance, et le passage à l'âge adulte lié à une sorte de mise à l'épreuve, sont des éléments communs à ces pratiques. Ces prises de risque constitueraient ainsi un palliatif à ces cérémonies qui ont totalement disparu de nos modes de vie contemporains.

Cependant, tous soulignent que de nombreux éléments propres à ces rites traditionnels, ne sont pas retrouvés dans ces conduites à risque. En effet, on peut par exemple citer, l'absence d'encadrement par des individus au statut social supérieur, ainsi que l'absence des règles habituellement transmises au cours de ces rituels. De plus, les prises de risque de nos adolescents sont pour la plupart reprouvées par la société, et effectuées de façon individuelle, alors que ce changement de statut devrait s'accomplir aux yeux de tous, pour pouvoir être reconnu par l'ensemble de la collectivité.

c. Limite du rôle structurant de ces prises de risque

Même si pour la plupart des adolescents ayant recours à ces pratiques, le risque aura un rôle positif dans la construction de ces derniers ; il ne faut pas nier le fait qu'il existe des comportements dangereux, qui sont dénués de tout caractère structurant. Ils peuvent d'ailleurs être le reflet d'un mal être important et d'une difficulté à vivre à caractère pathologique.

Toute la complexité réside alors dans le fait de différencier les « bonnes » des « mauvaises » prises de risque. Ces dernières concernent en général les adolescents les plus vulnérables psychiquement. Elles se traduisent par des comportements particulièrement dangereux, dont le but n'est plus d'aider le futur adulte dans sa quête d'identité, mais va plutôt être centré vers une destruction des autres ou de soi-même. Cela peut se traduire par des conduites hétéro-agressives ou auto-agressives relativement faciles à mettre en évidence, ou plus subtilement par des comportements dont le

¹ Le Breton D., Adès J., Lejoyeux M.

niveau de risque est particulièrement élevé, dont la fréquence est importante, ou encore lorsque ces derniers s'inscrivent dans la durée.

C. La consommation d'alcool un exemple de comportement à risque

La consommation d'alcool est une forme de comportement à risque très fréquente chez les adolescents, pouvant les exposer à des répercussions à la fois médicales, sociales et judiciaires.

Ces alcoolisations peuvent posséder un **rôle constructif** notamment en termes de quête identitaire. En effet, la consommation de boissons alcoolisées étant interdite au cours de l'enfance, elle permet à l'adolescent de rompre avec ce statut et d'intégrer le monde adulte. Ces usages se démarquent toutefois de ce dernier par le type de boissons consommées, et par le contexte de ces consommations, qui ont rarement lieu dans le cadre d'un bon repas.

Les alcoolisations adolescentes possèdent aussi un **rôle social** particulièrement recherché par ces futurs adultes. De par leurs propriétés désinhibantes, elles vont ainsi leur permettre d'aller plus facilement vers les autres, et notamment vers le sexe opposé, leur apportant de l'assurance et les aidant à dépasser les angoisses liées à la sexualité.

On retrouve aussi pour certains un **rôle thérapeutique**, l'alcool permettant d'apaiser l'anxiété ressentie face à l'apparition des multiples bouleversements physiques et psychiques, ou encore face à une possible pression scolaire ou sociétale.

Ces différents rôles nous amènent à nous interroger sur la valeur positive des alcoolisations au cours de l'adolescence : ont-elles toutes un caractère constructif ? Comment différencier une consommation transitoire, à faible risque et à l'aspect structurant, d'un usage problématique ?

La nuance entre ces modes de consommation est souvent difficile à définir. Elle dépend de la quantité bue, de la fréquence des alcoolisations, et de la nature des attentes du consommateur vis-à-vis de l'alcool.

Marcelli et Braconnier, deux psychiatres spécialistes de l'enfance et de l'adolescence, distinguent ainsi chez les adolescents trois grands profils de consommation de drogues, tout à fait applicables à l'alcool. Il s'agit des consommations récréatives, auto-thérapeutiques et toxicomaniaques (9).

-les consommations récréatives :

C'est le rôle social et l'effet euphorisant de l'alcool qui sont particulièrement recherchés dans cet usage. Il s'agit du mode de consommation le plus courant chez les adolescents. Il accompagne les anniversaires, les sorties de fin de semaine, ou encore les événements marquants, comme les fins d'examen. Il se déroule en groupe et dans un contexte festif.

Même s'il peut entraîner certains dommages, notamment à court terme, ou évoluer de façon problématique vers une consommation abusive ; il s'accompagne en général du maintien des activités scolaires et extrascolaires, et évolue avec l'âge vers une consommation plus raisonnée.

On peut donc retrouver un caractère structurant dans cet usage.

-les consommations auto-thérapeutiques :

C'est l'effet anxiolytique de l'alcool qui est principalement recherché ici ; l'alcool aide à oublier les problèmes, à soulager une souffrance. Ces consommations, en général solitaires, s'accompagnent souvent de problèmes scolaires, et d'un désintéressement de l'adolescent pour ses activités sociales. Il n'est pas exclu que ce mode de consommation cohabite avec celui présenté ci-dessus.

Il existe un risque non négligeable de développer une dépendance suite à cet usage.

-les consommations toxicomaniaques :

Il s'agit de la recherche d'un état second : l'adolescent se coupe ainsi du monde réel.

Elles s'accompagnent d'une rupture scolaire, et plus largement d'une rupture sociale. Un risque important de développer une dépendance est d'ailleurs associé à cet usage.

Tous les modes de consommation présentent le risque que l'adolescent bascule dans un usage problématique, avec cependant une fréquence plus importante en ce qui concerne les usages auto-thérapeutiques et toxicomaniaques.

Les consommations d'alcool problématiques apparaissant pour la plupart avant 20 ans, il est important de ne pas banaliser ces alcoolisations quelque soit leur fréquence, leur contexte ou leur quantité. De plus, il est nécessaire qu'elles fassent l'objet d'une prévention adaptée, dont le but sera de préserver les plus jeunes, d'accompagner et d'encadrer les conduites à risque structurantes, afin de prévenir l'apparition d'éventuels dommages, et enfin de dépister les alcoolisations à problème afin de les prendre en charge le plus précocement possible.

2. La consommation des adolescents en chiffres

Plusieurs enquêtes épidémiologiques rendent compte de la consommation d'alcool chez les jeunes au niveau national, européen ou encore international. Après avoir présenté ces différentes enquêtes, nous essaierons de préciser les caractéristiques de ces modes de consommation, ainsi que leur évolution.

A. Présentation des enquêtes

a. L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (enquête HBSC)

Depuis 1982, cette enquête internationale dirigée par l'Organisation Mondiale de la Santé, a pour but de rendre compte des conditions de vie des adolescents, de leurs comportements, et de leurs états de santé. On dénombre plus de 40 pays participants, pour la plupart européens, dont la France depuis 1994. Les données sont recueillies tous les quatre ans auprès d'élèves scolarisés de 11, 13 et 15 ans, à l'aide d'un auto-questionnaire commun à l'ensemble des pays, permettant ainsi la comparaison des résultats. La dernière en date a eu lieu en 2010.

En France métropolitaine, du fait des âges concernés, cette enquête cible essentiellement les collégiens scolarisés dans l'ensemble des établissements publics et privés sous contrat avec l'éducation nationale.

b. L'enquête European School Survey Project on Alcohol and Others Drugs (enquête ESPAD)

Il s'agit d'une enquête quadriennale européenne, mise en place en 1995, qui récolte des données concernant la consommation de substances psychoactives chez les jeunes scolarisés, âgés de 15 et 16 ans. Son protocole repose sur un questionnaire auto-administré identique pour chaque pays. La dernière en date est celle de 2011, qui concerne au total trente cinq pays.

En France, elle est coordonnée par l'OFDT en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale, l'Inserm et l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Elle est menée au sein d'établissements scolaires aussi bien privés que publics (collèges, lycées techniques, lycées professionnels ou encore lycées généraux), et concerne principalement les lycéens.

c. L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l' Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD)

Il s'agit d'une enquête nationale effectuée sur une période d'environ une semaine par l'OFDT. Elle interroge l'ensemble des adolescents âgés de 17 ans, par le biais d'un questionnaire auto-administré, lors de leur participation à la journée Défense et Citoyenneté (anciennement appelée Journée d'appel de préparation à la défense). Mise en place depuis 2000, elle a pour objet d'étude la santé des adolescents, leur mode de vie et l'usage de drogues au sein de cette population cible. La dernière en date s'est déroulée en 2011.

d. L'enquête baromètre santé

Mise en place en 1992, cette enquête nationale se déroule tous les 5 ans sous le contrôle de l'INPES. Les résultats sont récoltés par téléphone auprès de Français sélectionnés aléatoirement, ayant entre 15 et 85 ans. Elle permet ainsi de recueillir de nombreuses informations concernant la santé de la population.

La dernière enquête baromètre santé a eu lieu en 2010.

Bien que ces différentes enquêtes n'étudient pas les mêmes populations et utilisent des méthodologies différentes, la juxtaposition des tendances obtenues se montre cohérente ; et permet donc de d'approcher la réalité des modes de consommation adolescents.

B. Etat des lieux

Rappelons tout d'abord les différents termes utilisés au sein de ces enquêtes :

-l'**usage récent** est défini comme au moins un épisode de consommation au cours des trente derniers jours,

-l'**usage régulier** concerne au moins dix épisodes de consommation au cours des trente derniers jours,

-l'**usage quotidien** concerne au moins un épisode de consommation par jour,

-les **ivresses répétées** sont définies comme au moins trois épisodes d'ivresse au cours de l'année,

-les **ivresses régulières** sont définies comme au moins dix épisodes d'ivresse au cours de l'année,

-les **alcoolisations ponctuelles importantes** (API) sont définies comme la consommation d'au moins cinq verres en une seule occasion. Elles peuvent être **répétées**, c'est-à-dire au moins trois fois par mois, ou **régulières**, c'est-à-dire au moins dix fois par mois.

a. Alcool et expérimentations

Loin devant le tabac, le cannabis et les autres drogues, l'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée et la plus consommée par nos adolescents (41).

On entend par expérimentation, l'utilisation de la substance au moins une fois au cours de la vie. Les expérimentateurs comprennent ainsi les usagers occasionnels, les usagers réguliers, et les non consommateurs ayant arrêtés de consommer, ou n'ayant consommés qu'une seule fois.

En termes de chiffres, selon l'enquête HBSC 2010, 60% des élèves de 6^{ième} déclarent avoir déjà bu de l'alcool, un pourcentage qui ne cesse de croître au cours des années collèges pour arriver à plus de 80% chez les élèves de 3^{ème}. En terminale, un peu plus de 9 jeunes sur 10 ont ainsi déjà consommé une boisson alcoolisée (41, 42).

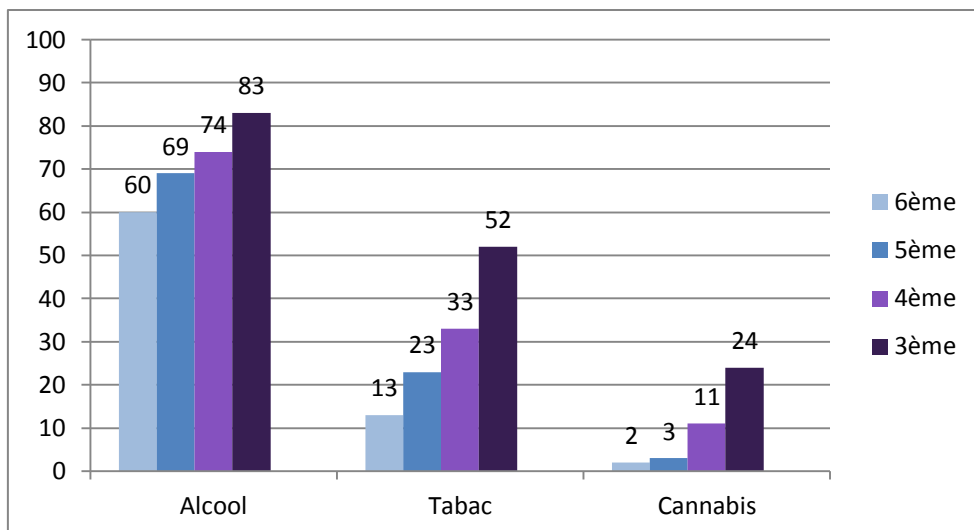


Figure 4 : Expérimentation des boissons alcoolisées, du tabac et du cannabis parmi les collégiens selon le niveau scolaire en 2010 (%) (41)

Soixante pour cent des élèves de 6^{ème} ont déjà goûté de l'alcool : les expérimentations s'effectuent donc dès l'école primaire. Ces chiffres s'expliquent en partie par le statut culturel de l'alcool, les premières consommations ayant en effet majoritairement lieu dans le cadre familial. On peut citer par exemple les repas de fête, où les adolescents sont souvent invités à goûter du champagne ou du vin, généralement dans le souci de transmettre un objet de la culture française, ou encore le cas assez fréquent de l'adolescent qui finit les fonds de verre dans un moment d'inattention parentale.

Les premières ivresses, quant à elles, ont lieu en moyenne à 15 ans selon ESCAPAD 2011. Une faible minorité (environ 7% selon l'enquête HBSC 2010) déclare avoir déjà connue une ivresse en 6ème, puis ce chiffre augmente fortement au cours de l'adolescence pour arriver à un pourcentage de 69% chez les jeunes de terminale (41, 42).

L'adolescence est donc la période d'expérimentation des premières ivresses, dont la diffusion s'accélère dès la classe de 4^{ème}.

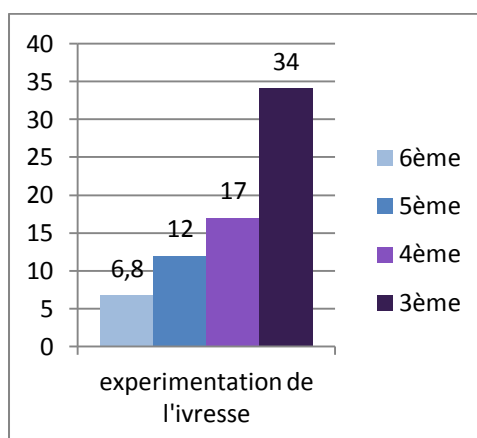


Figure 5 : Expérimentation de l'ivresse chez les collégiens selon le niveau scolaire en 2010 (%) (41)

En termes de sex-ratio, que ce soit pour l'expérimentation de l'alcool ou des ivresses, les garçons se révèlent plus précoces que les filles au cours des premières années de l'adolescence, ces dernières les rattrapant toutefois dès l'âge de 15 ans (41).

b. Type d'alcool consommé

Les boissons les plus consommées par **les collégiens** sont le champagne et le cidre (enquête HBSC 2010). Ces résultats corroborent d'ailleurs le fait que les premières alcoolisations seraient majoritairement familiales. La bière, les alcools forts et les prémix apparaissent eux aussi parmi les boissons consommées par ces derniers, bien que nettement moins fréquents. On peut cependant noter une augmentation de la consommation de ces trois types d'alcool entre la 4^{ème} et la 3^{ème}, ce qui peut être interprété comme le commencement des usages entre pairs, en dehors du cadre familial (43).

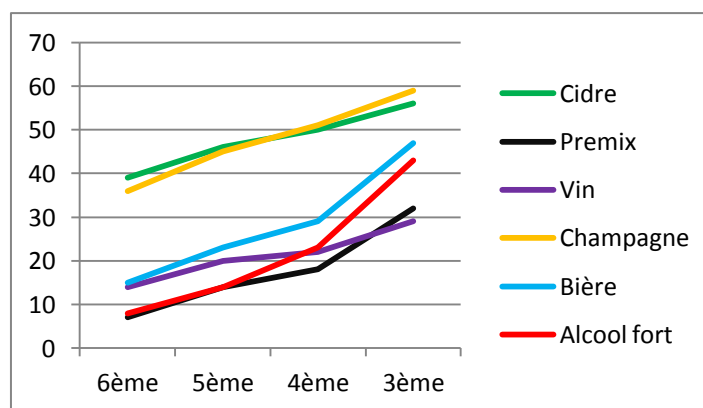


Figure 6 : Types de boissons alcoolisées bues dans l'année par les collégiens selon la classe (%) (43)

En ce qui concerne **les lycéens**, les boissons les plus consommées sont les alcools forts et les bières (respectivement 78% et 72% des élèves déclarent en avoir bu au cours du dernier mois), suivis ensuite par le champagne et le vin, puis viennent enfin les prémix et le cidre (43).

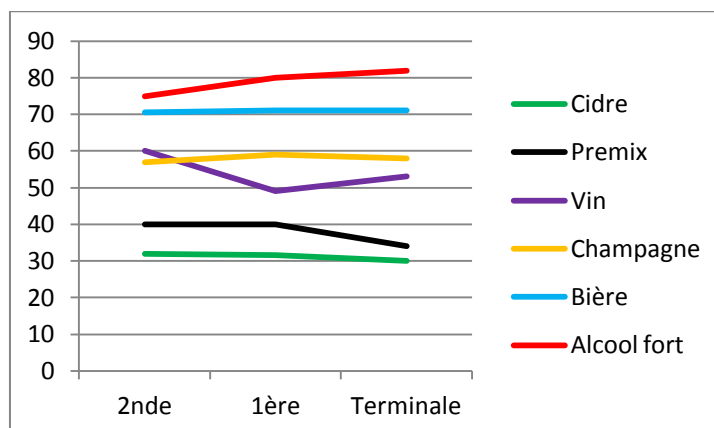


Figure 7 : Types de boissons alcoolisées bues dans le mois par les lycéens selon la classe (%) (43)

c. Modes de consommation

L'alcool est une substance très consommée par nos adolescents, en effet, 53% des élèves de 3^{ème} et 80% des jeunes de 1^{ère} déclarent un usage récent de boissons alcoolisées au cours des 30 derniers jours. Ces données nous montrent que les alcoolisations sont courantes chez les jeunes, et cela dès la fin des années collèges ; cependant elles ne nous apportent aucune information sur leur façon de consommer (41, 42).

Afin d'essayer de comprendre quels sont les modes d'alcoolisation les plus représentatifs à l'adolescence, nous nous sommes donc concentrés sur les données disponibles concernant la fréquence et la quantité d'alcool absorbée lors de ces usages.

→ **Fréquence des alcoolisations**

Selon l'enquête baromètre 2010, il apparaît très clairement que l'usage d'alcool quotidien est un comportement très rare chez les jeunes, ne concernant qu'1% des 15-19 ans (44).

Pour ce qui est des usages réguliers d'alcool, on les retrouve chez une minorité d'adolescent, majoritairement masculine. Ils semblent généralement s'installer aux alentours de la classe de 3^{ème}, augmentant un peu avec l'âge, pour arriver chez les jeunes âgés de 17 ans à une proportion d'un jeune sur dix selon l'enquête ESCAPAD 2011 (41, 45).

→ **Quantité d'alcool consommée**

En ce qui concerne la quantité d'alcool consommée, ce sont les réponses relatives **aux ivresses** et aux **alcoolisations ponctuelles importantes** qui nous orientent sur ce paramètre.

Les alcoolisations jusqu'à l'ivresse, sont des comportements qui semblent apparaître à la fin des années collèges. **Les ivresses récentes** passent en effet de 7% à 14% entre la 4^{ème} et la 3^{ème} (enquête HBSC 2010). Ces chiffres sont toutefois à interpréter avec précaution, cette augmentation ne signifiant pas nécessairement une installation d'usage, mais pouvant correspondre à la diffusion des expérimentations de l'ivresse, ayant majoritairement lieu au sein de cette tranche d'âge (41).

Les **ivresses répétées**, quand à elles, apparaissent minoritaires chez les collégiens (3% chez les élèves de 3^{ème}), et commence à se développer plus clairement chez les jeunes de 17 ans, où elles concernent 28% de cette population. Enfin, les **ivresses régulières** représentent un usage moins courant, concernant un peu plus de 10 % des jeunes de 17 ans (41, 45).

Face à ces résultats, il est tout de même important de noter que cette notion d'ivresse qui permet d'approcher les alcoolisations excessives est un paramètre intéressant mais très subjectif, chacun lui attribuant en effet une définition variable. De plus, la dose d'alcool ingérée à l'origine de cet état diffère d'un individu à l'autre. Face à ces imprécisions, la notion **d'alcoolisation ponctuelle importante** (prise de cinq verres ou plus en une même occasion) a été mise en place dans certaines enquêtes. Cet indicateur à l'avantage d'être simple et explicite, et permet ainsi de s'affranchir de l'aspect subjectif lié à la définition de l'ivresse. Cependant il n'est pas parfait et présente lui aussi certaines limites. En effet, les verres servis ne contenant jamais la même quantité d'alcool, et la difficulté pour certains de se souvenir du nombre de verre qu'ils ont consommés (du fait qu'ils comptabilisent rarement les quantités ingérées, mais aussi du fait que certains re-remplissent leur verre avant que celui-ci ne soit entièrement vidé) amène sûrement quelques imprécisions à ces données.

En terme de chiffre, ces **alcoolisations ponctuelles importantes** apparaissent très répandues chez les lycéens, parmi lesquels plus de la moitié des jeunes de 17 ans rapporte un tel usage au cours du

dernier mois. Elles sont fréquentes pour 22% des jeunes du même âge qui en déclarent plus de 3 au cours du dernier mois, mais rarement régulière (2,7% en déclarent plus de 10 par mois) (45).

De plus, même si ces alcoolisations ponctuelles importantes sont plus fréquentes chez les consommateurs d'alcool réguliers, il faut noter qu'elles sont aussi largement répandues au sein des adolescents qui boivent plus rarement (45).

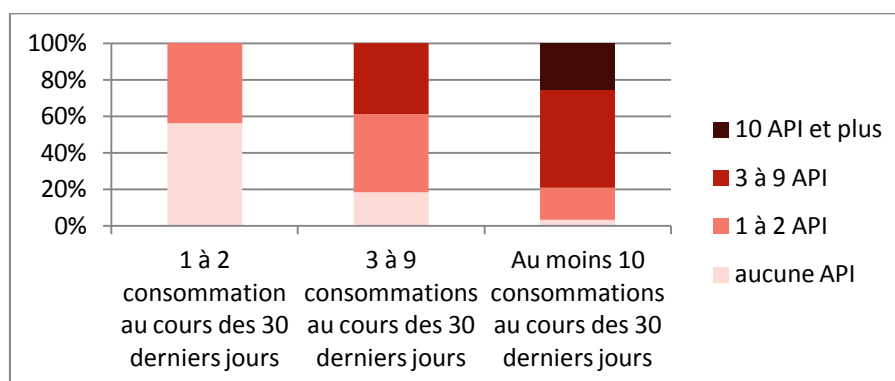


Figure 8 : Répartition des alcoolisations ponctuelles importantes selon la fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours en 2011 chez les jeunes de 17 ans (45)

Ces comportements d'alcoolisation en quantités excessives sont donc bien connus des adolescents, et cela dès l'entrée en seconde, augmentant ensuite jusqu'à la terminale passant de 47% à 56% pour les API récentes et de 19% à 29% pour les ivresses répétées (42).

Pour conclure, en ce qui concerne les modes de consommation adolescents, on peut noter que les usages d'alcool ponctuels sont fréquents au détriment des alcoolisations régulières et quotidiennes qui semblent assez rares.

En termes de quantité, les alcoolisations excessives sont courantes chez les lycéens, où plus d'un jeune sur cinq déclare trois API par mois et plus d'un sur quatre déclarent au moins trois ivresses par an, ces comportements apparaissant plus fréquents chez les garçons que chez les filles (42).

Enfin, il paraît intéressant de souligner la différence retrouvée dans les chiffres entre les ivresses et les alcoolisations ponctuelles importantes. Celle-ci nous amène d'ailleurs à penser que l'ivresse n'est pas le but recherché principalement par ces jeunes (seulement 27% des adolescents de 17 ans déclarent trois ivresses ou plus par an, alors que 53% déclare une alcoolisation ponctuelle importante dans le mois), cette notion étant corroborée par l'étude des motifs de consommation présentée ci-dessous (45).

d. Motifs de consommation

Selon ESCAPAD 2008, les usagers d'alcool au cours du dernier mois, déclarent à 80% consommer pour « faire la fête » et pour « s'amuser », ce qui les rapproche d'un mode de consommation récréatif. Les usages d'alcool toxicomaniaques peuvent quant à eux être évalués par le taux de jeunes ayant répondu pour « vous défoncez » et représentent 11% des réponses données. Enfin, les

motifs « pour se calmer », pour « surmonter ses difficultés » et pour « mieux dormir » rappellent les usages dits auto thérapeutiques, et représentent 8% des adolescents questionnés (46).

Les consommations adolescentes sont donc principalement motivées par l'aspect social de l'alcool.

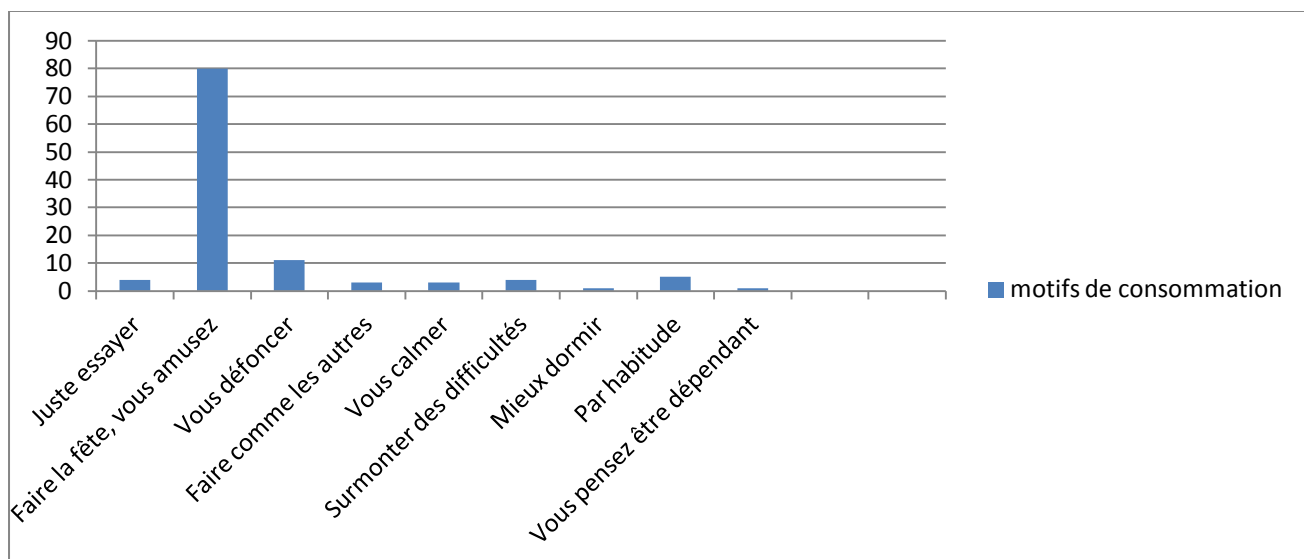


Figure 9 : motifs de consommation d'alcool au cours du mois (%) (46)

e. Contexte de consommation

Les alcoolisations adolescentes ont surtout lieu le week-end, et presque toujours en groupe, les usages solitaires étant très rares (47, 48).

Elles se déroulent majoritairement dans un domicile privé, lors de fêtes entre amis ou en famille, mais aussi, depuis quelques années, en extérieur dans les rues et les parcs. Les alcoolisations dans les bars ou les discothèques sont quant-à-elles moins fréquentes, notamment pour des raisons financières et légales (47, 48).

Enfin, cette consommation d'alcool s'inscrit majoritairement dans le cadre d'un événement festif (anniversaire, fin d'examen, etc.) (47, 48).

f. Comparaisons internationales et européennes

1) *Au niveau international (enquête HBSC 2010)*

La France apparaît par rapport aux autres pays étudiés en retrait des plus gros consommateurs, et garde une position se situant dans le dernier tiers du classement pour la plupart des indicateurs (49).

2) *Au niveau européen (enquête ESPAD 2011)*

En termes d'usage récent d'alcool, il se dessine globalement un clivage nord-est/sud-ouest, les pays les plus consommateurs, dont la France, se situant au sud-ouest. Nos jeunes occupent la 9^{ème} place

sur 33 avec 67% d'entre eux qui déclarent une alcoolisation au cours du dernier mois, se situant au dessus de la moyenne européenne de 57% (50).

En ce qui concerne les alcoolisations ponctuelles importantes récentes, la France se situe en 12^{ème} position européenne sur 33 pays avec un pourcentage de 44%, la plaçant là encore, au dessus de la moyenne européenne de 39% (50).

C. Évolutions

En ce qui concerne **la primo adolescence** (11-15 ans), les expérimentations d'alcool, d'ivresse et les alcoolisations régulières apparaissent dans l'ensemble stables entre 2006 et 2010 (41).

Il aurait été intéressant de comparer les chiffres de 2010 avec des résultats plus anciens obtenus par cette même enquête HBSC, mais le remaniement important du questionnaire effectué en 2006, rend toute confrontation antérieure délicate.

Chez les jeunes français âgés de **15 à 16 ans**, les comparaisons des différentes enquêtes ESPAD nous montrent que l'usage récent d'alcool a augmenté entre 1999 et 2011, passant de 60% à 67%. Pour ce qui est des modes de consommation, les alcoolisations ponctuelles importantes récentes sont passées de 33% à 44% entre 1999 et 2011, l'écart entre filles et garçons se réduisant au cours de cette même période (50).

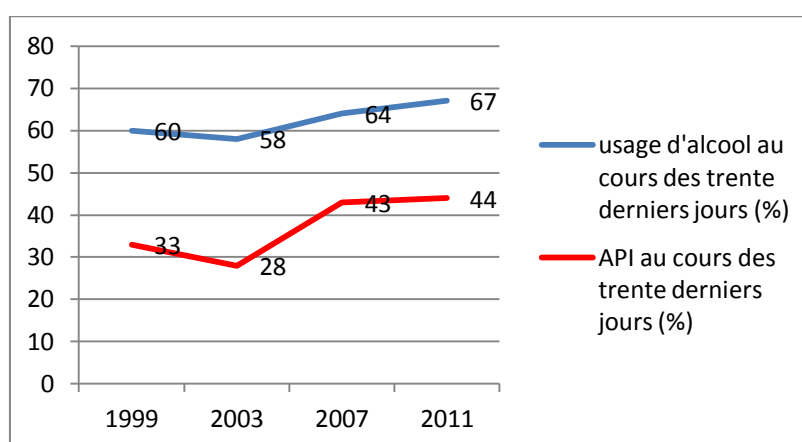


Figure 10 : Evolution de l'usage d'alcool et des alcoolisations ponctuelles importantes au cours des trente derniers jours chez les jeunes de 15-16 ans

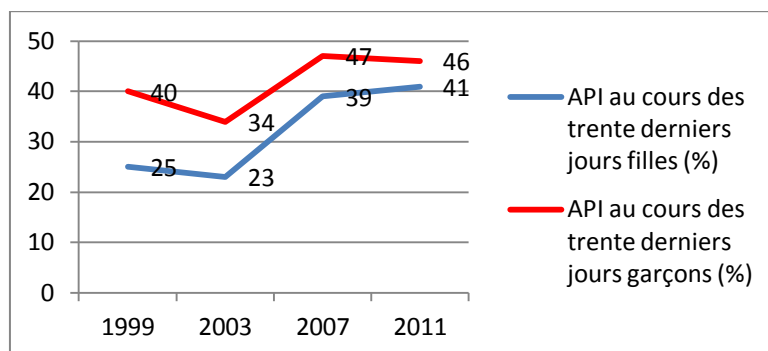


Figure 11 : Evolution des alcoolisations ponctuelles importantes au cours des trente derniers jours chez les filles et les garçons de 15-16 ans

Les enquêtes ESCAPAD menées chez **les jeunes de 17 ans** depuis 2000, nous montrent quant-à-elles, des expérimentations de l'alcool et des usages récents légèrement en baisse, ainsi que des usages réguliers stables (45).

Pour ce qui est des ivresses, les expérimentations apparaissent légèrement en hausses (56,6% en 2000 à 58,5% en 2011), s'accompagnant d'une augmentation des ivresses répétées et des ivresses régulières passant respectivement de 20 à 28% et de 6,5% à 10,5% (45).

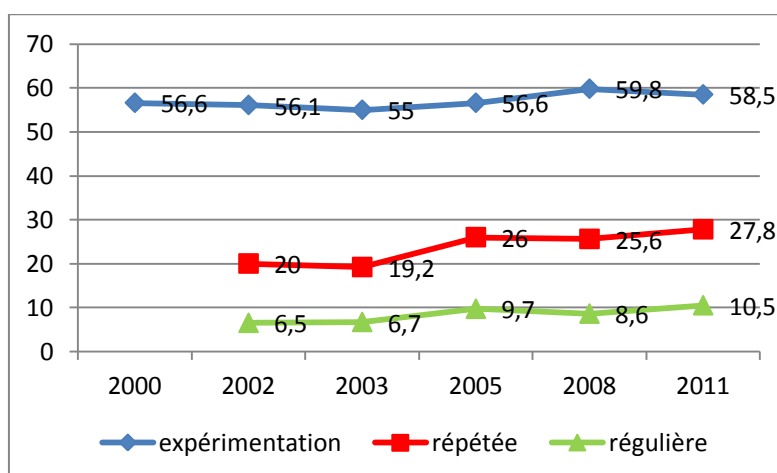


Figure 12 : Evolutions entre 2000 et 2011 des ivresses alcooliques à 17 ans, en métropole (%) (45)

L'âge moyen de la première ivresse recueillie par cette même enquête ESCAPAD est cependant resté stable depuis 2000 à environ 15 ans (45).

Enfin, concernant les alcoolisations ponctuelles importantes, intégrées depuis 2005 dans le questionnaire ESCAPAD, on note que cet usage déclaré au cours du dernier mois est en hausse passant de 45,8% en 2005 à 53,2% en 2011 (45).

Il en est de même pour les API répétées qui passent de 17,9% à 22,6%. Enfin, les API régulières présentent elles aussi une faible hausse (2,1% à 2,7%) tout en restant minoritaire (45).

L'étude de la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes en fonction de la régularité d'usage du consommateur complète ces données, et nous montre que ces comportements ont augmenté pour tous les profils de buveurs, et non pas seulement pour les buveurs réguliers.

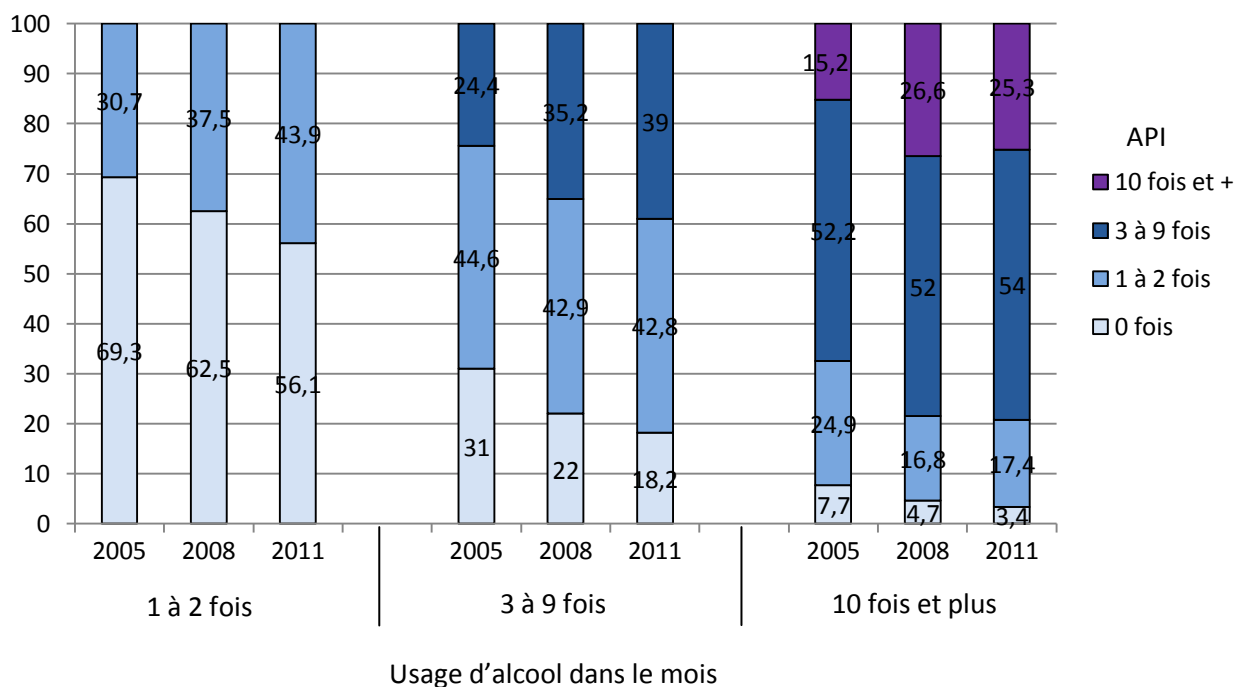


Figure 13 : Répartition des alcoolisations ponctuelles importantes selon la fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours entre 2005 et 2011 (%) (45)

L'ensemble de ces résultats concernant les évolutions des usages d'alcool à l'adolescence sont en accord avec les données recueillies par les enquêtes du baromètre santé, qui présentent chez les 15-19 ans des ivresses répétées en hausse entre 2005 et 2010 (respectivement 10,5% de cette population en 2005 et 16,4% en 2010), ainsi que des épisodes de consommation de plus de six verres en une même occasion en augmentation. Les 15-19 ans étaient en effet 17% à déclarer ce type d'alcoolisation de façon mensuelle et 3,3% de façon hebdomadaire en 2005, passant respectivement à 20,4% et 5,6% en 2010 (44).

Le collège est la période d'expansion du premier contact avec l'alcool. C'est aussi la période au cours de laquelle s'installent les premières consommations régulières, et où les usages associés aux ivresses commencent à se dessiner, restant toutefois sporadiques.

Par la suite, le lycée représente la période d'ancrage des consommations et d'initiation aux premières alcoolisations excessives. C'est à cette période que se développent les ivresses et les alcoolisations ponctuelles importantes répétées.

L'évolution des usages d'alcool chez ces adolescents se caractérise quant-à-elle par une nette augmentation des ivresses et des alcoolisations importantes, les autres modes de consommation

rester stables ou présentant une légère baisse sur la dernière décennie. Cela témoigne d'un changement dans les modes de consommation d'alcool, les jeunes consommant ponctuellement mais de plus en plus souvent en quantité massive. Bien que la majorité des adolescents consomment surtout dans un but convivial et social, ces comportements en hausse posent un réel problème de santé publique du fait de l'impact important qu'ils peuvent avoir sur la santé, et parfois sur la vie de ces adolescents.

3. Conséquences sanitaires et sociales des alcoolisations adolescentes

L'alcool est une substance toxique redoutable à l'origine de nombreux dommages. Nous verrons dans cette partie les conséquences et les complications auxquelles s'exposent les jeunes, lors de ces intoxications alcooliques aiguës¹ (IAA), qu'elles soient ponctuelles ou répétées.

Les conséquences et les dommages associés aux intoxications alcooliques chroniques, généralement liées à un usage régulier voire quotidien, seront quand à eux traités brièvement au sein de l'**annexe 6**, du fait de la rareté de ces comportements à l'adolescence.

A. Intoxications alcooliques aiguës et symptomatologie

Nous présenterons ici les principales manifestations cliniques imputables à l'usage aigu de boissons alcoolisées.

Les premiers effets ressentis sont plutôt plaisants. Dès les premiers verres, le jeune consommateur se sent plus détendu, et s'exprime avec une certaine aisance. Cette logorrhée qui facilite d'ailleurs le contact social, s'accompagne aussi d'une tendance aux confidences. Parallèlement, un sentiment d'euphorie se met en place, et les jeunes petit à petit désinhibés, acquièrent un capital confiance de plus en plus important. Le piège réside dans le fait que l'ensemble de ces symptômes ne sont pas toujours correctement évalués par les adolescents, qui passant à côté de ces signes précurseurs, continuent souvent à consommer. Plus l'alcoolémie augmente, plus le consommateur est en proie à une levée des inhibitions psychologiques, l'amenant parfois à faire ou à dire des choses qu'il n'aurait pas osé en temps normal.

L'alcool a aussi des répercussions sur les facultés intellectuelles et physiques. Pour des taux d'alcoolémie supérieurs à 0,5 gramme par litre, la faculté de jugement se trouve ainsi diminuée, de même que les réflexes, l'acuité visuelle et la capacité de concentration. Une incoordination motrice peut aussi apparaître à ce stade. Au delà de 1 gramme par litre, les symptômes précédents s'accroissent et s'accompagnent d'une ataxie, d'une élocution difficile, de perturbations psychosensorielles et de troubles de l'humeur, pouvant se manifester par de l'agressivité, de la tristesse, ou encore par une attitude de repli sur soi. Des nausées et des vomissements peuvent aussi apparaître, ainsi que des troubles de la mémoire et un état de somnolence. La tendance de l'utilisateur à surestimer ses capacités est accrue à ce stade. Au delà de 3 grammes par litre, l'alcool présent dans l'organisme peut entraîner des troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma (51).

La grande majorité de ces symptômes ont pour particularité d'être spontanément résolutifs dès lors que l'alcool est éliminé de l'organisme ; et même si ce parallèle entre alcoolémie et expression clinique a le mérite d'illustrer clairement et simplement les effets de l'alcool, il est important de rappeler qu'il n'est toutefois qu'approximatif, et qu'il diffère d'un consommateur à l'autre. Il dépend en effet de la susceptibilité individuelle de chacun et du contexte de l'alcoolisation.

¹ On entend par intoxications alcooliques aiguës à la fois les comportements d'ivresse et d'alcoolisations ponctuelles importantes, représentant les modes de consommation les plus fréquemment retrouvés à l'adolescence.

B. Intoxications alcooliques aiguës et impact cérébral

Depuis quelques années les études scientifiques commencent à s'intéresser aux répercussions des intoxications alcooliques aiguës sur le fonctionnement cérébral de l'adolescent ; et plus particulièrement aux conséquences des modes de consommation qui alternent phases d'alcoolisations excessives et phases d'abstinence. Au vu des premiers résultats, ces usages souvent considérés comme festifs et anodins, et bien connus de certains jeunes, semblent en réalité être responsables d'effets particulièrement toxiques pour le système nerveux central.

a. Adolescence et vulnérabilité cérébrale

Le monde scientifique a longtemps considéré que le cerveau achevait sa formation au alentour de l'âge de 12 ans (cf. les travaux de Jean Piaget) ; mais grâce aux progrès des techniques d'imagerie non invasives, et en particulier de l'imagerie par résonance magnétique, nous savons aujourd'hui que le développement de ce dernier s'effectue en fait jusqu'à environ 25 ans. Cette maturation se traduit notamment par des réorganisations structurelles, parmi lesquelles on peut observer un élagage synaptique et un renforcement de certaines connexions cérébrales. Ce développement s'opère au fil des âges selon un gradient postéro-antérieur, laissant ainsi les régions frontales encore en cours de maturation au moment de l'adolescence. Ces dernières d'ailleurs impliquées dans la capacité de jugement et de planification, pourraient partiellement expliquer les comportements à risque si répandus chez les jeunes (52).

En termes de toxicité, différentes études menées chez l'animal ont démontré que cette immaturité cérébrale, confère au système nerveux central adolescent une plus grande vulnérabilité vis-à-vis des effets nocifs de l'alcool, que pour le sujet adulte. Cette nocivité affecte notamment le cortex préfrontal, qui est une structure impliquée dans la prise de décision, le contrôle du comportement, l'organisation et la planification, ainsi que l'hippocampe qui est une région impliquée dans les processus d'apprentissage, de mémorisation et de navigation spatiale (53).

b. Altérations structurelles et fonctionnelles

1) Modifications anatomiques

Les alcoolisations excessives répétées chez les adolescents sont tout d'abord responsables d'une modification structurelle de la substance blanche. En effet, grâce aux techniques d'imagerie, une étude réalisée auprès d'adolescents a pu mettre en évidence des altérations de cette dernière dans diverses régions cérébrales, et cela uniquement chez les jeunes ayant déclarés une API au cours des trois derniers mois (54).

Ce mode de consommation est aussi associé à une diminution du volume de certaines structures cérébrales, touchant notamment les régions sous-corticales et temporales. On retrouvera ainsi chez les jeunes s'alcoolisant de la sorte, un volume hippocampique réduit. De plus, concernant l'hippocampe, d'autres modifications ont pu être mises en évidence par différentes études. C'est

notamment le cas du projet de coopération transfrontalier Alcobinge¹, qui s'est intéressée aux différences de densité retrouvées au sein du tissu hippocampique chez deux groupes d'adolescents ; l'un ayant une consommation excessive et épisodique, que l'on appellera les «binge drinkers», et l'autre ayant une consommation d'alcool modérée, que l'on appellera les «buveurs sociaux». Les résultats présentent une diminution significative de cette densité uniquement chez les «binge drinkers » ; une altération que l'on retrouve d'ailleurs chez les personnes alcoolo-dépendantes (55, 56).

2) Dégénérescence cellulaire et altération de la neurogenèse

Les alcoolisations excessives sont aussi à l'origine, au niveau cérébral, d'un phénomène de dégénérescence cellulaire. En effet, une étude menée sur des rats adolescents soumis à un protocole alternant intoxication alcoolique aiguë et abstinence, a pu mettre en évidence vingt-quatre heures après la dernière alcoolisation, une augmentation de la mort cellulaire dans le néocortex, l'hippocampe et le cervelet de ces derniers. De plus, grâce à des données comparatives entre des rats adolescents et des rats adultes, on sait aussi que pour un même protocole d'alcoolisation, on retrouve en moyenne deux à trois fois plus de cellules en dégénérescence (essentiellement des cellules neuronales) chez le rat adolescent. La vulnérabilité du cerveau en cours de maturation est ainsi de nouveau retrouvée dans ces résultats (57).

Les mécanismes impliqués dans cette mort cellulaire proviennent en grande partie du stress oxydatif induit par l'alcool. Une partie du projet Alcobinge étudie la régulation de gènes impliqués dans ces mécanismes oxydatifs, à la fois chez le rat adolescent et chez le rat adulte, en mesurant l'expression de ces derniers à la suite d'une hyperalcoolisation aiguë. Il apparaît alors que les gènes exprimés spécifiquement chez l'adolescent vont plutôt avoir un rôle délétère, alors que les gènes régulés spécifiquement chez l'adulte vont plutôt avoir un rôle protecteur. Les résultats vont donc encore une fois dans le sens des données précédentes, à savoir une plus grande vulnérabilité des adolescents face à ces phénomènes de dégénérescence cellulaire (58).

Enfin, l'usage d'alcool perturbe aussi le phénomène de neurogenèse au niveau cérébral. Des rats adultes ont en effet été soumis à une intoxication alcoolique aiguë, et cinq heures après celle-ci, une nette diminution de la prolifération des cellules neuronales progénitrices a pu être observée dans l'hippocampe des rats alcoolisés comparativement à un groupe de rats témoins. Une seule alcoolisation excessive suffit donc à impacter ce phénomène de neurogenèse (59).

3) Altération de la plasticité synaptique

On appelle plasticité synaptique, la capacité de la synapse à moduler le passage de l'information, en le renforçant ou en le diminuant. Ce phénomène joue un rôle clé dans les processus de mémorisation et d'apprentissage. Lorsque ce passage d'informations est renforcé, on parle de potentialisation à long terme (PLT), et lorsqu'il est diminué, on parle de dépression synaptique à long terme (DLT).

Au cours du projet Alcobinge, des études ont été menées chez l'animal afin d'observer les possibles répercussions d'une alcoolisation excessive et intermittente sur ces phénomènes de plasticité.

¹ Ce projet met en relation les compétences de trois équipes de recherche (deux françaises et une britannique), et a pour objectif principal d'essayer de mettre en lumière les effets cérébraux consécutifs à ces usages d'alcool alternant consommation excessive et abstinence.

Des rats adolescents ont ainsi été soumis à deux intoxications éthyliques aiguës séparées de neuf heures d'intervalle, puis leur capacité synaptique a été testée quarante-huit heures après la dernière intoxication.

Les résultats montrent que le phénomène de DLT est aboli, et que la PLT est réduite. Ce type d'alcoolisation entraîne donc une forte perturbation des capacités plastiques de la synapse. Ce phénomène est réversible, mais le temps de récupération s'étend sur une durée d'environ cinq jours (60).

4) Altération de l'activité cérébrale

Des études à la fois d'électrophysiologie et de neuroimagerie ont été menées chez des adolescents présentant des alcoolisations alternant épisodes excessifs et abstinence, et ont pu mettre en lumière une désorganisation générale de leur activité cérébrale. Il apparaît notamment que dans certaines tâches cognitives impliquant la mémorisation ou une prise de décision, l'activité mesurée au sein des aires préfrontales et hippocampales est réduite, alors que celle retrouvée dans l'amygdale, dans l'insula ou dans les régions fronto-pariétales est augmentée (61).

L'activité cérébrale apparaît d'autant plus altérée que la consommation d'alcool est importante et fréquente, et qu'elle est débutée jeune. De plus, cette désorganisation semble spécifique de ce mode de consommation, ces effets étant moins marqués chez les sujets ayant bu la même quantité d'alcool dans la semaine, mais répartie de façon quotidienne, et non en un ou deux épisodes massifs (61).

Ces alternances entre hyperalcoolisation aiguë et abstinence entraînent donc un dysfonctionnement cérébral marqué, qui dépend à la fois de la quantité d'alcool consommée et du mode de consommation.

Ces différentes données montrent que ces prises d'alcool excessives sont associées à diverses modifications structurelles et fonctionnelles du système nerveux central. Des études complémentaires sont toutefois attendues afin de mieux caractériser l'impact de ces alcoolisations, mais aussi afin de savoir si les modifications anatomiques sont des éléments de vulnérabilité qui prédisposent ces jeunes à boire, ou au contraire si elles sont les conséquences de ces usages d'alcool intermittents.

c. Répercussions comportementales

Des études effectuées sur l'animal ont tout d'abord mis en évidence, des altérations dans les capacités de mémorisation et d'apprentissage, consécutives à seulement deux intoxications éthyliques aiguës proches dans le temps. Des rats adolescents ont en effet été exposés à deux alcoolisations excessives espacées de neuf heures, puis ont été soumis quarante-huit heures après la prise d'alcool à un test de reconnaissance d'un nouvel objet. Il apparaît alors que les rats ayant subi ces deux alcoolisations ont du mal à reconnaître le caractère nouveau ou non des objets présentés, par rapport à des rats témoins (60).

Ces résultats obtenus chez l'animal sont appuyés par différentes données de la littérature mettant en évidence chez l'Homme ces mêmes déficits d'apprentissage et de mémorisation (61).

Certaines études ont aussi mis en évidence que ce mode de consommation est associé à une altération des fonctions exécutives, impliquées notamment dans la prise de décision, la planification

et la flexibilité ; et qu'il impacterait le contrôle inhibiteur donnant lieu à une impulsivité accrue retrouvée chez ces buveurs (61).

Enfin cet usage d'alcool serait aussi associé à une certaine anxiété. Des expériences menées chez des rats ayant subi un protocole d'alcoolisation massive et intermittente à l'âge adolescent, montrent en effet que ces derniers présentent un comportement plus anxieux une fois adulte, en comparaison à des rats témoins non alcoolisés (62).

Encore une fois, il est intéressant de souligner que les différentes fonctions cognitives touchées correspondent aux déficits retrouvés dans l'alcool-dépendance, avec bien entendu des répercussions moindre.

Loin de l'image anodine que peuvent avoir la majorité des jeunes vis à vis de ces alcoolisations excessives, ces études préliminaires montrent des effets non négligeables aussi bien sur la structure que sur le fonctionnement cérébral, à l'origine de répercussions directes sur les fonctions cognitives. Certaines recherches soulignent aussi une plus grande sensibilité face à ces dommages chez les filles que chez les garçons.

Ces altérations restent cependant encore à préciser, notamment en ce qui concerne les questions de réversibilité ou de quantité seuil, qui restent pour l'instant assez imprécises. Un consensus autour de la définition de ces nouveaux modes de consommation, parfois appelés « binge drinking », permettrait aussi d'uniformiser les protocoles d'expérimentation, qui varient aujourd'hui d'une expérience à l'autre.

Enfin, les similitudes retrouvées entre les dommages associés à ces alcoolisations ponctuelles excessives, et ceux associés à l'alcool-dépendance appuient l'hypothèse d'une continuité entre ces deux mésusages de l'alcool.

C. Complications des intoxications alcooliques aiguës

a. Complications somatiques

1) Hypoglycémie

Les hypoglycémies suite aux IAA sont rares chez l'adulte¹, mais fréquentes chez l'enfant et l'adolescent dont les réserves hépatiques en glycogène sont faibles.

C'est le métabolisme de l'éthanol, et plus précisément l'augmentation du rapport $\text{NADH,H}^+/\text{NAD}^+$ qui est principalement à l'origine de cette complication métabolique. Cette hypoglycémie n'est pas proportionnelle à l'alcoolémie, et n'est pas forcément immédiate, mais peut apparaître à tout moment au cours de l'intoxication. C'est une complication grave qui peut aboutir à des convulsions ou à un coma, et qui devra être systématiquement dépistée et corrigée, voire même prévenue par administration d'une solution glucosée par voie intraveineuse, ou par ingestion de sucre si l'adolescent est conscient (22).

¹ sauf lorsque ces alcoolisations s'inscrivent dans le cadre d'une période de jeûne.

2) Hypothermie

Contrairement aux idées reçues, l'alcool ne réchauffe pas, et peut même être à l'origine de graves hypothermies. Son action vasodilatatrice au sein des vaisseaux cutanés entraîne en effet une déperdition de chaleur, et son action centrale altère les mécanismes de régulation thermique. De plus, ces deux éléments peuvent être amplifiés par le contexte environnemental de l'alcoolisation.

L'alcool donnant une impression de chaleur, il n'est de ce fait pas rare de rencontrer au cours des saisons froides, des adolescents ivres vêtus d'un t-shirt ou d'un simple pull. Les cas les plus dramatiques sont ceux de jeunes consommateurs victimes de malaise ou de coma, qui restent ainsi dans le froid parfois plusieurs heures avant d'être secourus, souvent dans un état d'hypothermie sévère pouvant aller jusqu'au décès (51).

3) Coma et risques associés

Le coma éthylique est une complication grave de l'IAA qui peut entraîner la mort. Il est consécutif à une ingestion importante d'alcool, et bien qu'il puisse concerner les adultes comme les adolescents, il sera néanmoins plus profond et d'apparition plus brutale chez ces derniers.

→ Définition

Le coma est défini par l'Académie nationale de médecine comme « l'absence d'ouverture des yeux, spontanée ou provoquée, l'absence d'émission verbale cohérente et de réponse aux ordres, traduisant la perte de la conscience et de la vigilance, les fonctions végétatives (respiration, circulation) étant normales ou altérées ».

Dans le cadre d'une intoxication alcoolique aiguë, il présente les caractéristiques suivantes : il est profond, calme, hypotonique, hyporéflexique, sans signe neurologique de localisation, et il s'accompagne fréquemment d'un relâchement des sphincters.

La durée du coma varie d'un sujet à l'autre, et dépend notamment de l'alcoolémie, et des capacités métaboliques de l'intoxiqué.

→ Les principaux risques associés au coma éthylique

Les risques associés au coma éthylique sont tout d'abord respiratoires. On redoute essentiellement une insuffisance respiratoire aiguë et une pneumopathie d'inhalation. Dans ce dernier cas, il s'agit de l'inhalation du contenu gastrique suite à une régurgitation alimentaire, qui peut être à l'origine d'une obstruction, d'une inflammation ou d'une infection pulmonaire. Afin de prévenir ces risques, le patient sera rapidement intubé, et mis sous assistance respiratoire lors de sa prise en charge.

Les complications peuvent aussi être cardiovasculaires. Une hypotension artérielle et une bradycardie peuvent en effet apparaître, allant parfois jusqu'au collapsus.

Enfin, l'immobilisation prolongée de l'intoxiqué peut être à l'origine de rhabdomyolyses de posture suite à la compression prolongée de masses musculaires, ou encore de neuropathies par compression nerveuse, parfois responsables de paralysies périphériques.

Ces graves complications sont heureusement plutôt rares, et l'évolution du coma est en général spontanément résolutive en quelques heures.

4) Complications du lendemain

Appelé veisalgie, ou encore « gueule de bois » dans le langage familier, il s'agit d'un ensemble de symptômes plutôt désagréables voire douloureux, qui se manifestent une fois l'alcoolémie redescendue à un taux proche de zéro.

Le mécanisme d'action à l'origine de ses répercussions n'est pas totalement élucidé, mais il semblerait que l'éthanol, l'acétaldéhyde ainsi que d'autres molécules (méthanol, histamine, conservateur, colorant, etc.) joueraient un rôle dans cette symptomatologie. Les modifications métaboliques consécutives à l'intoxication, le manque de sommeil, et certaines réactions immunitaires seraient aussi impliqués.

Les complications les plus fréquemment retrouvées sont des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées, gastrites aiguës), une sensation de faiblesse et de fatigue, des difficultés de concentration, des céphalées, des vertiges, et une impression de mal être général.

Malgré de nombreuses croyances populaires, mis à part le temps et le repos, aucun remède ne permet de se débarrasser de ces symptômes. On pourra tout de même conseiller de boire de grande quantité de liquide, pour lutter contre la déshydratation consécutive à l'élimination rénale des toxiques, et si possible des boissons sucrées pour rétablir une possible hypoglycémie. Les repas devront quant à eux être légers, et le café, même si il donne l'impression de combattre la fatigue, est à limiter du fait de son effet diurétique.

On rappellera enfin que le meilleur traitement reste de consommer avec modération, de façon à prévenir l'apparition de ces symptômes.

5) Autres troubles somatiques

Les IAA peuvent aussi entraîner des troubles métaboliques, comme des acidoses métaboliques ou encore des hyponatrémies, ces dernières apparaissant généralement dans le cadre de fortes consommations de bière. Plus rarement, elles peuvent être à l'origine d'arythmies cardiaques, régressant en général spontanément, et sans traitement dans les vingt-quatre heures. Elles sont aussi parfois associées à un risque d'accident vasculaire cérébral, qui reste toutefois anecdotique lorsque ces jeunes adultes sont en bonne santé.

En ce qui concerne les effets à plus long terme, une étude récente a mis en évidence des dommages macrovasculaires et microvasculaires au sein d'un groupe de jeunes adultes relatant environ six épisodes d'alcoolisation excessive par mois, et cela depuis environ quatre ans. Ces données suggèrent une augmentation du risque cardiovasculaire chez ces consommateurs. Ces premiers résultats restent cependant à préciser et à confirmer (63).

De façon assez rare aussi, des crises convulsives peuvent apparaître chez l'intoxiqué suite à l'abaissement du seuil épiléptogène sous l'effet de l'alcool.

Enfin, selon certaines études ces alcoolisations excessives pourraient entraîner une baisse de la production d'hormone de croissance, modifiant le développement des os et des muscles (22).

b. Complications psychiques et sociales

La prise aiguë d'alcool entraîne un effet désinhibiteur, et une perte du contrôle de l'utilisateur sur ses actes. Le consommateur peut être amené à prendre des décisions rapides et irréfléchies, à avoir des attitudes anormales (violence, comportement provocateur, propos inadaptés, etc.), à effectuer des actes répréhensibles, ou encore à prendre des risques non nécessaires. Les adolescents alcoolisés s'exposent ainsi à diverses complications psychiques et sociales dont les répercussions peuvent être plus ou moins graves.

1) *Conflits, transgression de la loi et violences*

Parmi les 15-24 ans, une personne sur cinq déclare avoir déjà eu des conflits avec des amis à cause de l'alcool. En effet, il n'est pas rare de voir des jeunes alcoolisés tenir des propos violents, vulgaires ou blessants envers des camarades, ou des personnes rencontrés fortuitement. Cette attitude peut être source de disputes et parfois même de rixes. Lorsqu'elles se prolongent au delà de l'intoxication, ces querelles peuvent aussi avoir des répercussions psychologiques chez l'adolescent, pour lequel l'importance des relations avec ses pairs n'est plus à prouver. De plus, l'excès d'alcool peut aussi être à l'origine de jalousie et être source de problèmes dans un couple (64).

En ce qui concerne les infractions à la loi, les alcoolisations sont retrouvées dans un délit sur cinq. L'impulsivité, la surestimation de ses capacités ainsi que la difficulté à évaluer les conséquences à long terme de ses actes, peuvent en grande partie expliquer ces chiffres. Parmi les plus fréquents, on pourra citer la conduite sous l'influence de l'alcool, les dégradations de biens privés ou publics, ou encore les vols (65).

L'alcool peut aussi être impliqué dans des actes plus graves tels que des violences physiques ou sexuelles. En effet, après une absorption importante de boissons alcoolisées, l'analyse du contexte situationnel devient souvent délicate, et peut donner lieu à des erreurs d'interprétation : par exemple, une simple bousculade ou une simple remarque peuvent ainsi être vécues comme de véritables agressions, la personne intoxiquée ayant du mal à gérer son impulsivité. L'alcoolisation des victimes peut aussi jouer un rôle facilitateur dans ces violences, en réduisant leur capacité de défense ou en les amenant, souvent de façon inconsciente, à adopter un comportement provocateur. Différentes enquêtes internationales montrent ainsi que l'alcool est la substance psychoactive la plus fréquemment associée aux violences interpersonnelles. Selon l'enquête française *Violence Alcool Multi-Méthodes (VAMM)*, 40 % des bagarres ayant lieu dans un lieu public impliquent d'ailleurs des sujets ayant consommé préalablement de l'alcool, tout comme 25 % des agressions se déroulant hors du cadre familial (66).

Globalement, les différentes études menées montrent que l'excès d'alcool augmente la gravité des agressions physiques et sexuelles, et augmente le risque d'incivilités et d'agressions. De plus, la précocité d'usage de substances psychoactives, dont l'alcool, représente un facteur de risque de développer des comportements violents (67).

Toutefois, à la lecture de ces données il est important de préciser que ces études mettent aussi en lumière le fait que l'alcool n'est ni nécessaire ni suffisant pour qu'une agression se produise ; ces actes violents étant plurifactoriels, influencés à la fois par les caractéristiques psycho-sociales de l'agresseur, ainsi que par le contexte situationnel et culturel.

2) *Prise de risque en matière de sexualité*

L'effet désinhibiteur des alcoolisations excessives augmente le risque pour l'adolescent d'avoir des relations sexuelles non protégées¹. Ces rapports exempts de préservatifs exposent les jeunes filles à un risque de grossesse non désirée, et à toutes les conséquences psychiques et sociales qui s'y rattachent. Plus généralement ils exposent aussi les deux partenaires au risque de contracter une maladie sexuellement transmissible, parmi lesquelles le virus du SIDA, pouvant bouleverser leur vie à jamais. De même des études ont plusieurs fois mis en évidence un lien entre une initiation précoce à l'usage d'alcool, et une augmentation des comportements sexuels à risque.

¹ Les adolescents présentant une consommation problématique d'alcool ont quatre fois plus de rapports sexuels à risque que les autres (68).

L'alcool peut aussi entraîner des modifications comportementales, amenant certains jeunes et plus particulièrement les filles, à effectuer des actes sexuels qu'elles regrettent parfois, une fois les effets psycho-actifs dissipés. Certains de ces actes peuvent ainsi nuire à leur réputation, et être la source d'un mal être psychologique parfois important.

Enfin, dans une moindre mesure, l'excès d'alcool peut être responsable de troubles sexuels, surtout chez les garçons, dont les érections sont plus difficiles à obtenir et à maintenir.

3) Difficultés scolaires

Il a été montré que les alcoolisations excessives ponctuelles impactent fortement les capacités d'apprentissage, de mémorisation, de planification et de décision. Or ces fonctions sont fondamentales pour réussir scolairement, mais aussi à plus long terme, pour établir et mener à bien son intégration socioprofessionnelle. On comprend donc aisément que ce mode de consommation peut être à l'origine de difficultés scolaires, influencer sur les choix d'orientation de l'adolescent ou encore impacter son intégration sociale.

De plus, l'ensemble de ces difficultés sont en général vécues comme des échecs pour l'utilisateur, l'incitant parfois à consommer encore plus d'alcool pour tenter d'échapper à ces situations angoissantes ou honteuses, l'inscrivant ainsi dans un cercle vicieux.

4) Vulnérabilité à l'addiction

Des études menées chez l'animal dans le cadre du projet Alcobinge montrent que les alcoolisations excessives intermittentes à l'adolescence favorisent la consommation d'alcool à l'âge adulte, et augmentent le risque de devenir dépendant.

Des rats ont en effet été soumis pendant leur adolescence à huit intoxications alcooliques aiguës, séparées dans le temps, puis leur consommation d'alcool a ensuite été évaluée à l'âge adulte. Une première expérience confronte tout d'abord ces animaux ainsi que des rats témoins à deux biberons en libre accès, l'un contenant de l'eau et l'autre contenant une solution alcoolisée à 20 %. Les résultats montrent que les rats ayant été soumis à ces alcoolisations précoces consomment deux fois plus de solution alcoolisée que les rats témoins. De plus cette appétence pour l'alcool semble spécifiquement associée à ces intoxications adolescentes, car elle n'est pas retrouvée chez les rats ayant été exposés à ce même protocole mais à l'âge adulte (62).

Dans une seconde expérience, les animaux n'ont plus accès directement à la solution alcoolisée mais doivent fournir un travail pour l'obtenir. On appelle cela un système d'autoadministration opérante : le rat doit appuyer un certain nombre de fois sur un levier afin de libérer une dose d'alcool. Il apparaît clairement que les rats intoxiqués à l'adolescence appuient beaucoup plus de fois sur le levier. Ces animaux sont donc plus motivés à obtenir de l'alcool que les rats témoins (62).

Toujours selon ce même projet, certaines données pourraient en partie expliquer cet engouement pour les boissons alcoolisées retrouvé chez ces rats intoxiqués précocement. Ils seraient en effet moins réceptifs aux propriétés aversives de l'alcool, et ressentiraient moins la sensation de plaisir¹ liée à la consommation de cette drogue, ce qui les pousserait à consommer plus pour obtenir ces effets agréables. Ces données préliminaires montrent aussi une modification à long terme de l'expression de gènes, jouant un rôle important dans l'addiction ou dans certaines pathologies psychiatriques (62).

¹On note chez ces rats une activation moins importante du noyau accumbens suite à la consommation d'alcool.

Enfin, chez l'homme, les données de la littérature mettent aussi en évidence que plus l'âge du premier contact avec l'alcool est jeune, plus le sujet risque de devenir dépendant (62).

Il apparaît que les intoxications alcooliques aiguës à l'adolescence sont associées à une plus grande vulnérabilité vis-à-vis de l'alcool à l'âge adulte. Il est tout de même important de rappeler que ce seul critère ne suffit pas à entraîner une addiction, cette dernière étant d'origine plurifactorielle ; mais qu'une telle pratique à l'adolescence peut constituer une porte d'entrée vers une alcoolisation chronique, voire vers la dépendance.

c. Risque accidentel

De nombreux accidents sont directement imputables à la symptomatologie de l'ivresse. L'alcool favorise en effet les prises de risques, amène le consommateur à surestimer ses capacités, diminue ses réflexes, sa vigilance et entraîne des troubles de l'équilibre, le tout formant une combinaison explosive, pouvant être à l'origine de nombreux drames.

1) *Alcoolisation et accidents de la route*

L'alcool est la première cause de mortalité sur la route. Tout âge confondu, il est retrouvé dans un accident mortel sur trois, et est à l'origine de 9% des blessés légers et de 15% des blessés hospitalisés suite à des accidents routiers. Contrairement aux idées reçues, ce sont les buveurs occasionnels qui sont le plus fréquemment impliqués, et non les consommateurs quotidiens (69).

La symptomatologie consécutive à l'alcoolisation est en effet incompatible avec la conduite. On note par exemple un allongement du temps de réaction, une réduction du champ visuel, une modification de la perception des données environnementales (distance, vitesse...), et une difficulté pour le conducteur à anticiper correctement le comportement des autres automobilistes. Il est d'ailleurs estimé que le risque d'accident est multiplié par deux pour une alcoolémie de 0,5 g/L, par dix pour une alcoolémie de 0,8 g/L, et par trente-cinq pour une alcoolémie de 1,2 g/L (15).

Les 15-24 ans sont particulièrement touchés par ces accidents, et représentaient à eux seuls 25% des tués sur la route en 2011. Pas seulement victimes, ils sont aussi retrouvés parmi les conducteurs à l'origine de ces tragiques incidents. Ainsi, en 2006 22% des conducteurs âgés de 18 à 24 ans et impliqués dans un accident mortel, présentaient une alcoolémie illégale (68, 70).

Chez les mineurs, on retrouve aussi ce type de comportement essentiellement chez les garçons lors de la conduite d'un deux roues (scooter, moto, etc.). L'enquête ESCAPAD 2005 nous révèle ainsi que parmi les usagers récents, plus d'un garçon sur cinq déclare, au moins une fois dans l'année, avoir déjà conduit après une consommation d'alcool supérieure à un verre, contre une fille sur vingt. Chez les adolescents déclarant des usages d'alcool réguliers, ce chiffre monte respectivement à près de 42% chez les garçons et à 18% chez les filles.

2) *Autres accidents*

La consommation d'alcool n'est pas uniquement associée aux accidents de la route. Selon un rapport de la Direction Générale de la Santé (DGS) de 2003, elle est aussi impliquée dans 10 à 20 % des accidents de travail, et dans 20% des accidents domestiques. D'après une étude menée aux Etats unis elle est aussi retrouvée dans 34% des noyades, et dans 28% des chutes mortelles (15).

En ce qui concerne les chutes et les noyades, on dispose malheureusement de tristes exemples bordelais. Notre ville a en effet été le théâtre de plusieurs drames successifs, directement liés à une consommation excessive d'alcool, qui ont profondément marqué la ville et ses habitants. Entre juillet 2011 et juin 2012, six jeunes ont en effet perdu la vie suite à des soirées trop arrosées. Tous ont été laissés seuls avec une forte alcoolisation puis retrouvés quelques jours ou quelques semaines plus tard, décédés par noyade suite à une chute accidentelle dans la Garonne. Ces six jeunes sous l'effet d'une alcoolémie importante seraient tombés à l'eau, leur chute étant certainement liée à leur état d'ivresse avancé, alliant incoordination motrice et incapacité à évaluer le danger environnant. Même si Bordeaux n'est pas la seule ville où de tels drames se sont déroulés¹, elle fait partie de celles qui présentent le plus grand nombre d'accidents de ce type. En effet, depuis la rénovation des quais, la rive gauche de la Garonne est devenue un endroit de fête et de rencontre entre jeunes, multipliant le risque de chutes. Une fois la nuit tombée, le miroir d'eau ou encore la place de la Bourse situés à deux pas de la Garonne, sont des lieux de rendez vous où de nombreux groupes se forment, bouteille à la main, discutant et échangeant dans une ambiance bonne enfant mais fortement alcoolisée. De plus l'emplacement des boîtes de nuit et discothèques, situées pour la grande majorité le long du fleuve contribue sûrement à ces tristes statistiques.

La hausse du nombre d'adolescents pris en charge par les services d'urgence en état d'ivresse, corrobore les résultats des enquêtes épidémiologiques présentées précédemment, et met en évidence le fait que ces alcoolisations excessives sont de plus en plus courantes. Ces usages sont un véritable fléau pour les jeunes, les exposant à de multiples dommages, aussi bien à court terme qu'à long terme, impactant à la fois leur santé physique et psychique, parfois de manière irréversible.

¹ Lille ou encore Nantes ont aussi été témoins de tels accidents.

4. Alcoolisations adolescentes et évolutions sociétales

Quels sont les nouveaux phénomènes sociaux qui pourraient influencer ou expliquer en partie cette augmentation des alcoolisations excessives retrouvées à l'adolescence ?

A. Une offre de boissons de plus en plus diversifiée

Au cours des dernières années, le rayon des alcools n'a cessé de s'agrandir, proposant de nouvelles boissons aux saveurs et aux couleurs toutes plus attirantes les unes que les autres.

En effet, les alcooliers ont rapidement cerné les jeunes comme étant une cible doublement intéressante, à la fois client d'aujourd'hui et de demain. Les adolescents ayant une répulsion naturelle pour le goût de l'alcool, les producteurs se sont donc appliqués ces dernières années à développer des formules permettant de masquer son âpreté et son amertume. Les produits obtenus sont en général des mélanges très sucrés, au packaging coloré et attirant, ne ressemblant pas aux alcools classiques, mais se rapprochant plutôt dangereusement des sodas traditionnels. Ils sont directement destinés à séduire nos enfants dès la primo adolescence, malgré le déni des industriels qui les destinent officiellement aux 18-25 ans, se défendant catégoriquement de vouloir cibler un public aussi jeune.

a. Cadre légal

Dès le milieu des années 90, apparaissent d'abord les premix, définis légalement comme un mélange d'alcool fort (appartenant au 5^{ème} groupe de l'article L3321-1 du code de la santé publique) et de boissons non alcoolisées. Il s'agit des whiskys cola, des rhums cola ou encore des gins tonic. Devant le succès de ces mélanges prêt-à-boire chez les adolescents, le gouvernement décide de réagir dès 1996 en imposant une taxe premix, entraînant une chute importante de leur volume de vente. Cependant les alcooliers ne voulant pas abandonner ce créneau particulièrement rentable, ils contre attaquent en lançant de nouveaux mélanges, dont la formulation permet de contourner cette législation. C'est ainsi qu'apparaissent les bières et les spiritueux aromatisés.

Une fois encore, face au succès important de ces boissons, le gouvernement étend la taxe premix à l'ensemble de ces nouveaux alcools, qu'il définit alors comme : toute boisson ayant un titre alcoométrique compris entre 1,2 et 12 % du volume, et qui est issue, soit d'un mélange préalable de boissons non alcoolisées et de boissons alcooliques, soit d'un ou plusieurs produits alcooliques qui contiennent plus de 35 grammes de sucre ou d'une édulcoration équivalente (article 44 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique). Les alcooliers s'adaptent donc de nouveau en développant des mélanges moins sucrés ou encore des boissons à base de vin aromatisé, qui leur permettent de contourner cette dernière taxe. On peut citer par exemple les vins au pamplemousse, à la pêche, ou encore aux fruits rouges qui connaissent un franc succès, avec plus de 14 millions de litres vendus en 2012.

Malgré un cadre légal sans cesse renforcé, on peut donc voir que les industriels ne manquent pas d'imagination, élaborant continuellement de nouvelles formulations afin de séduire les jeunes et d'augmenter leur volume de vente.

b. Des boissons toujours plus innovantes au marketing de plus en plus travaillé

Les goûts ne sont pas les seuls critères étudiés par les industriels, les dénominations et les packagings, aussi bien dans leur couleur que dans leur forme sont en effet tout aussi travaillés. Prenons par exemple certaines bouteilles dont la forme rappelle un flacon de parfum, ou d'autres qui s'accompagnent d'accessoires tels que des fourrures habillant certaines bouteilles de vodka. Des stars contribuent même au design de certains conditionnements. Le résultat est en général très réussi, et souvent, on en oublie même que l'on est face à de l'alcool. Enfin, encore plus spectaculaire, certains industriels ont réussi à créer des boissons dont la couleur du liquide est entièrement noire ou rouge.

De plus, cette volonté de vendre toujours plus est renforcée par une politique publicitaire agressive : sponsors de divers événements, placement de leurs produits dans des séries ou dans des clips musicaux, parrainages de soirées étudiantes, etc. Pour ces dernières pratiques, normalement interdites en France, les industriels arrivent à contourner la loi en utilisant des marques alibis, ou encore en établissant leur structure dans des lieux échappant à ces réglementations, comme par exemple dans la principauté de Monaco. En termes de campagne publicitaire, ces dernières années les industriels ont aussi beaucoup exploité le réseau internet, qui est le principal média utilisé par les jeunes. Leurs produits sont ainsi suggérés de manière directe à l'aide de publicités classiques, ou encore de manière indirecte en distribuant des accessoires à l'effigie de la marque, tels que des lunettes ou des chapeaux, le but étant que les utilisateurs se prennent en photo avec et créent le buzz sur les réseaux sociaux.

Pour conclure, on soulignera qu'en parallèle de ces pratiques, ces groupes alcooliers sont quasiment tous partenaires de programme de prévention, ce qui leur permet à la fois d'améliorer leur image publique, et de renforcer l'efficacité de leurs actions de lobbying.

B. Une société de plus en plus anxiogène

Les nouvelles générations grandissent dans un contexte particulièrement anxiogène où l'insouciance se fait de plus en plus rare, amenant certains à consommer de l'alcool afin de « lâcher prise ».

En effet, tout d'abord, la perspective d'avenir offerte à nos jeunes est marquée d'une certaine morosité. Elle s'inscrit dans un contexte de crise économique, de diminution du pouvoir d'achat et de chômage en hausse constante touchant l'ensemble des catégories de travailleurs, du non qualifié au surdiplômé. Notre quotidien, quant-à-lui, est bercé par les journaux télévisés relatant des flots d'informations à la fois inquiétantes et alarmantes : insécurité, catastrophe naturelle, précarité, accidents divers, corruptions, réchauffement climatique, augmentation du nombre de cancers, etc...

A cela s'ajoute aussi pour certains une pression scolaire parfois insurmontable. Le bac est devenu quasiment incontournable, les jeunes étant ensuite poussés à faire des études, alors que les filières professionnelles et manuelles sont clairement dévalorisées. Cette réorganisation du circuit scolaire laisse d'ailleurs un certain nombre de jeunes perdus sur les bancs de la fac, face à un système où ils n'arrivent pas à trouver leur place. De plus, les attentes des parents sont en général très fortes : il faut que leur enfant ait un bon métier et gagne beaucoup d'argent, de manière à suivre le rythme effréné de notre société de consommation.

Enfin, le schéma familial a beaucoup évolué ces dernières années. Avec la démocratisation des divorces et l'apparition de nombreux foyers monoparentaux, on est de plus en plus confronté à des

enfants devant trouver leur place au sein d'une famille recomposée, ou devant se construire malgré l'absence d'une des deux figures parentales. Ces éléments sont d'ailleurs illustrés par les enquêtes ESCAPAD et HBSC, qui rapportent que les jeunes de 17 ans dont les parents sont séparés déclarent plus d'ivresses répétées, et que les adolescents de 11 à 15 ans vivant dans une famille recomposée ou dans un foyer monoparental présentent des ivresses plus nombreuses (71, 72).

C. Des jeux et des défis de plus en plus nombreux et inventifs

Les alcoolisations adolescentes s'organisent souvent autour de jeux dont les règles et les appellations peuvent varier d'un groupe de pairs à l'autre. Ils utilisent des dés, des cartes ou se jouent parfois sans accessoires. Parmi les plus fréquents, on citera par exemple :

-le « rouge et le noir » :

Il s'agit d'un jeu de carte. Les règles sont les suivantes : chacun à son tour, les joueurs vont devoir essayer de deviner la couleur de la carte qui sera tirée. Ils annoncent ainsi « rouge » ou « noir », et si cela ne correspond pas à la carte tirée, ils doivent boire, si au contraire la couleur correspond ils désignent quelqu'un qui doit boire. A la fin de ce premier tour chaque joueur se retrouve donc avec une carte placée devant lui. Le jeu continue ensuite de la manière suivante : chaque joueur doit annoncer si la nouvelle carte tirée sera supérieure ou inférieure à celle qu'il possède déjà. A l'identique du premier tour, si le joueur annonce juste, il fait boire un de ses pairs, s'il s'est trompé il boit. Le troisième tour consiste à deviner si la carte tirée sera dans l'intervalle créé par les deux premières cartes en possession du joueur (exemple : le joueur a un 3 et un 8 posés devant lui, il annonce « intérieur », si la carte tirée est un 10 il devra boire car le 10 n'est pas compris entre 3 et 8). Enfin le dernier tour consistera à deviner si la carte tirée sera un pique, un trèfle, un cœur ou un carreau.

Ce jeu a pour objectif principal d'amener ces compagnons à boire, les défiant afin de voir qui « tient l'alcool ». Il peut aussi être un élément d'intégration à un groupe de pair, les jeunes refusant de participer à ce type de jeu au cours d'une soirée étant souvent stigmatisés.

-le « je n'ai jamais » :

Le principe est simple, chacun à son tour, chaque joueur doit énoncer une vérité le concernant en commençant sa phrase par « je n'ai jamais... ». Parmi les autres joueurs, ceux qui ne sont pas concernés par cette affirmation doivent boire. Par exemple, un garçon lance : « je n'ai jamais embrassé de garçons », tous les joueurs qui l'ont déjà fait doivent boire.

Ce jeu combine alcoolisation et découverte de l'autre. En effet, l'alcool ayant un effet désinhibiteur, il permet aux adolescents de poser des questions parfois intimes, et de révéler certains de leurs secrets. Il permet aussi le rapprochement vers le sexe opposé.

On ne citera que ces deux exemples, mais de nombreux autres jeux sont retrouvés dans ces soirées adolescentes. Malgré des supports divers et des règles différentes, ils présentent tous un rôle d'intégration au sein de la soirée et plus généralement du groupe de pairs. Une fois lancé dans le jeu, le risque est que le joueur perde totalement le contrôle de sa consommation, se retrouvant dans l'obligation de boire même si l'envie n'est plus là, afin d'éviter d'être mis à l'écart ou humilié par les autres. Ces jeux aboutissent pour la plupart à une bonne « cuite », finir ivre est donc un élément classique de ces rassemblements.

Les nouvelles technologies ont aussi un impact important sur les alcoolisations adolescentes. En effet, au delà des blogs et des réseaux sociaux sur lesquels il est devenu banal de publier des photos ou des vidéos de personnes ivres, de véritables défis se mettent aussi en place sur la toile. Le plus récent est le phénomène de « neknomination ».

Il s'agit d'un jeu lancé sur Facebook en Australie en janvier 2014. Son appellation provient du terme « neck your drink » qui signifie « boire cul sec ». Le principe consiste à se filmer en buvant un verre d'alcool cul sec, suivi de la désignation de trois personnes qui devront faire de même, ou mieux, dans un délai de temps limité (24 heures).

Ce phénomène semblable à une chaîne s'est répandu très rapidement sur le réseau social, impliquant des étudiants mais aussi de plus jeunes adolescents tels que des lycéens ou des collégiens. Le danger réside dans le fait que si certains vont se filmer en buvant un verre cul sec, d'autres vont vouloir se montrer plus forts en buvant des quantités beaucoup plus importantes, ou relevant le défi dans des conditions périlleuses. C'est notamment le cas d'un jeune anglais qui a bu une bouteille de gin seul face à sa caméra afin de montrer « qui est le boss » ; il sera retrouvé mort dans son appartement quelques heures plus tard. Un autre voulant marquer le coup en buvant son verre dans une rivière, finira noyé emporté par les flots.

Ce n'est pas l'action de défier ses pairs et de boire de l'alcool qui est nouvelle, ces deux notions se retrouvant déjà fréquemment au sein des jeux cités plus haut, mais plutôt le fait que ce soit filmé et exposé sur un réseau social. Ces défis échappent de ce fait au contexte festif, et sont en général relevés seul face à la caméra, en pleine journée. De plus, les jeunes ayant en moyenne bien plus d'une centaine d'amis sur Facebook, se sentent dans l'obligation de répondre à ces nominations, « c'est une question de réputation » comme ils disent, et cela souvent dans un contexte de surenchère. Il faut faire quelque chose de plus grand, de plus dingue. Heureusement, il faut quand même souligner que la majorité des adolescents qui participent à ce jeu boivent un verre dosé avec modération, ne les exposant pas à un risque important, du moins à court terme. Par contre, l'aspect négatif de cette pratique, et cela même chez ces consommateurs modérés, est la banalisation de l'alcool et de l'ivresse. En effet, ces vidéos étant vues et partagées par de nombreux profils, elles arrivent aisément aux yeux des plus jeunes.

Un autre phénomène directement lié à ces réseaux sociaux est celui des apéros géants. Apparue en 2009, il consiste à rassembler le maximum de personnes autour d'un apéritif en plein air. Ces événements peuvent réunir jusqu'à plus de 10000 personnes, et posent de ce fait de gros problèmes d'organisation, de sécurité et de responsabilité juridique. Bien que les personnes qui y participent viennent en grande majorité dans un esprit bon enfant, et dans un but de rencontre plus que de consommation d'alcool, il y a toujours au sein de ces rassemblements des individus qui ont des conduites excessives. De plus, au delà de tous les soucis posés par ces mouvements de foule, on retrouve encore ici le problème de banalisation de l'ivresse, ayant lieu en pleine rue.

D. Et le phénomène du Binge drinking ?

Le « binge drinking » est un terme anglo-saxon qui ne possède pas de traduction française littérale. Il provient des Etats-unis où il a été utilisé pour la première fois dans les années 1990 afin de décrire les alcoolisations étudiantes. Il s'est ensuite étendu à l'Europe.

Très employé par les médias, certain le désigne en français comme une « biture express », une « hyperalcoolisation », ou encore comme la recherche de la « défonce ». Il désigne en fait l'absorption d'un maximum d'alcool dans un minimum de temps, dont le but est d'atteindre l'ivresse. Cependant, aucune définition plus précise ne fait l'objet d'un consensus, variant d'une source à l'autre, et d'un pays à l'autre.

L'Institut américain sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (NIAAA) décrit ce binge drinking comme étant la consommation d'au moins 70 grammes d'alcool pur pour les hommes, et d'au moins 56 grammes d'alcool pur pour les femmes, en moins de deux heures, avec une alcoolisation atteinte supérieure à 0,8 grammes par litre de sang. En Angleterre, les autorités de santé la définissent comme la consommation d'au moins 64 grammes d'alcool pur pour les hommes, et d'au moins 48 grammes d'alcool pur pour les femmes. Ces variations s'expliquent sûrement par la différence de quantité d'alcool pur contenu dans un verre standard pour ces deux pays (73).

En France il n'existe aucune définition officielle, cependant la conversion des quantités données par l'NIAAA en verres standards, nous donnent une consommation d'au moins 7 verres pour les hommes, et d'au moins 6 verres pour les femmes en moins de deux heures.

Cette absence de consensus rend ce phénomène difficile à étudier d'un point de vue épidémiologique. En effet, certains articles se servent des chiffres relatifs aux alcoolisations ponctuelles importantes étudiées au sein des enquêtes ESPAD et ESCAPAD, pour estimer l'évolution du binge drinking. Cependant ce rapprochement me semble très imprécis du fait qu'aucune notion de temps n'est associée à cet indicateur, et que cette consommation d'au moins cinq verres en une occasion ne correspond à aucune des définitions évoquées ci-dessus. D'ailleurs qu'entend-on par une occasion ? Si l'adolescent consomme cinq verres dans toute la nuit et s'il consomme cinq verres en deux heures, l'impact et le résultat seront totalement différents. De plus s'ajoute à cela l'éternel problème des verres servis en dehors des débits de boissons, dont la dose d'alcool peut largement différer des dix grammes réglementaire.

Cependant, comme nous avons pu le voir auparavant, même si elle reste difficile à chiffrer, cette pratique de boire de grandes quantités en peu de temps existe ; et même si nous avons effectivement l'impression que ce binge drinking est de plus en plus répandu dans notre société, il est difficile d'affirmer objectivement que ces comportements sont plus problématiques qu'avant. En effet, cette impression provient peut être simplement du fait que la jeunesse s'affichent plus qu'avant, et boit fréquemment dans les lieux publics. Rappelons aussi que les motifs de consommations donnés par les adolescents sont essentiellement des motifs sociaux et festifs, ce qui montrent que cette attitude de recherche d'un état de « défonce », ne concerne qu'une minorité de cette population, et non pas l'ensemble des adolescents comme le laissent entendre certains médias. L'ampleur et l'évolution du phénomène de binge drinking est donc difficile à déterminer. Cependant cette pratique existant chez certains jeunes et ayant des conséquences particulièrement nocives, il paraît intéressant qu'elle devienne l'objet d'enquêtes épidémiologiques afin de connaître ses tendances, et d'évaluer ainsi l'impact des programmes de prévention.

Dans ce contexte de vie particulièrement angoissant et incertain, où les valeurs et les repères ne sont plus très nets, les jeunes éprouvent de plus en plus le besoin de lâcher prise et d'échapper à ce monde qui ne tourne plus vraiment rond. Face à une société de consommation très inventive, voir parfois intrusive, ce besoin se traduit de plus en plus fréquemment par ces comportements d'alcoolisations importantes, qui apparaissent unanimement en hausse dans les diverses enquêtes épidémiologiques. De plus, ces usages sont confortés par les réseaux sociaux qui banalisent allègrement ce phénomène, lui donnant même parfois une image positive. Ces cuites sont souvent abordées avec amusement, et considérées comme festives et normales : « il faut que jeunesse se passe ». Elles exposent pourtant les jeunes à de multiples répercussions sanitaires et sociales. Toute IAA chez l'adolescent doit d'ailleurs pour ces raisons faire l'objet d'une attention toute particulière. Aussi, face à ces éléments, il est intéressant de se demander comment prévenir et encadrer ces comportements particulièrement nocifs pour l'adolescent.

3^{ème} partie : Prévention des alcoolisations adolescentes

Les nombreuses répercussions sanitaires et sociales des alcoolisations adolescentes placent la prévention de ces dernières comme un objectif prioritaire en termes de santé publique. Dans un premier temps, nous essaierons de comprendre quelles sont les méthodes d'intervention qui se révèlent efficaces auprès des jeunes ; puis nous aborderons ensuite les différentes stratégies mises en place pour prévenir, encadrer et prendre en charge ces consommations. Nous évoquerons enfin les difficultés rencontrées en termes de prévention, ainsi que quelques pistes de réflexion concernant les améliorations à apporter à cette dernière.

1. Généralités

A. Définitions

a. Notion de prévention

Le dictionnaire Larousse définit la prévention comme l' « ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger, un risque, un mal ». Cette première définition nous montre le caractère très général, ainsi que l'étendue de ce concept.

En ce qui concerne le domaine de la santé, cette notion de prévention se précise un peu mais reste néanmoins très vaste et difficile à caractériser en quelques mots. Selon l'OMS, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. La banque de données en santé publique donne quant à elle, une définition plus complète que la précédente, précisant à la fois les objectifs mais aussi les moyens d'y parvenir : il s'agit de l'ensemble des « actions visant à réduire l'impact des déterminants, des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé » (74).

On peut distinguer plusieurs types de prévention :

- L'OMS définit ainsi la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire, qui sont fonction du moment où se dérouleront les actions préventives. La **prévention primaire** comprend l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. En d'autres termes, il s'agit des actions et des mesures mises en place avant l'apparition du problème de santé, qui ont pour but d'éviter qu'il ne survienne. La **prévention secondaire** est définie par l'ensemble des actes visant à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Il s'agit des actions menées lorsque la maladie survient, englobant à la fois le dépistage, le diagnostic, ainsi que toute autre intervention destinée à éviter que la maladie ne progresse, et à en limiter les conséquences. La **prévention tertiaire** est définie par l'ensemble des actes visant à diminuer la prévalence des complications chroniques ou des récidives, consécutives à une maladie dans une population.
- Les interventions de prévention peuvent aussi être classées en fonction du public qu'elles ciblent. RS. Gordon distingue ainsi trois types de prévention : la prévention universelle, la

prévention sélective, et la prévention ciblée. La **prévention universelle** est destinée à l'ensemble de la population, quelque soit son état de santé. La **prévention sélective** s'adresse à des sous-groupes de la population en situation de risques définis. On pourra citer en exemple les campagnes de prévention concernant la contraception, qui s'adressent uniquement aux femmes en âge de procréer, ou encore celles visant le port de la ceinture de sécurité, qui s'adressent au conducteur de véhicules. Enfin, la **prévention indiquée**, encore appelée prévention ciblée, s'adresse à des sous-groupes présentant des facteurs de risque avérés.

b. La prévention appliquée à l'usage d'alcool

La consommation d'alcool n'étant pas une maladie à proprement parler, les définitions et classifications exposées ci-dessus, s'appliquent parfois difficilement à cet usage.

On pourra toutefois définir cette prévention comme l'ensemble des actions visant à empêcher l'apparition et le développement d'une consommation susceptible d'induire des risques et des complications, aussi bien pour le consommateur, son entourage ou encore pour la collectivité.

De plus, du fait que les différentes conduites d'alcoolisation s'inscrivent au sein d'un continuum, où les limites entre les stades pathologiques restent floues et discutées, les stades de prévention primaire, secondaire et tertiaire sont délicats à caractériser. On définira toutefois pour la suite de ce travail :

- la prévention primaire comme l'ensemble des actions visant à empêcher ou à retarder les alcoolisations, et à éviter l'apparition d'un mésusage¹,
- la prévention secondaire comme l'ensemble des actions visant à empêcher l'aggravation de ce mésusage et les complications qui lui sont associées,
- la prévention tertiaire comme l'ensemble des actions visant à prévenir les rechutes, c'est-à-dire la ré-alcoolisation après une période d'abstinence dans le cadre de la prise en charge d'un trouble alcoolique. Les cas de dépendance restant cependant très rares chez les adolescents, ce dernier volet préventif ne sera pas développé au sein de ce travail.

B. Alcoolisations adolescentes et interventions de prévention

La prévention des alcoolisations adolescentes est un sujet complexe, tout d'abord parce qu'elle concerne un produit particulier, mais aussi parce qu'elle s'adresse à un public difficile, généralement plutôt réticent vis-à-vis des actions préventives.

a. Objectifs

En termes d'usage d'alcool plusieurs objectifs de prévention peuvent être définis. D'une manière générale, l'ensemble de ces objectifs se devront d'être réalistes. Par exemple, prétendre à une abstinence totale de la population adolescente, relèverait de l'utopie au vu de la place sociale

¹ Dans cette partie, on appellera « mésusage » à la fois les comportements d'IAA, d'usage à risque, d'usage nocif ou encore d'usage avec dépendance.

qu'occupe l'alcool dans notre société ; et toutes actions menées dans ce sens seraient inefficaces, voire contre-productives.

Les actions de prévention viseront ainsi à :

- retarder les premières alcoolisations. Il a en effet été montré que le risque de développer un mésusage à long terme augmente avec la précocité des premiers usages ;
- limiter les quantités d'alcool consommées, et réduire la fréquence des consommations. On essaiera ainsi de responsabiliser les prises d'alcool ;
- réduire les risques liés aux intoxications alcooliques aiguës ;
- dépister et prendre en charge les consommations problématiques.

Les mésusages naissant d'interactions entre l'alcool, l'adolescent et un contexte social, la prévention s'articulera donc autour de ces trois grandes composantes pour arriver à ces différents objectifs.

b. Critères d'efficacité des interventions de prévention

Face à un public adolescent au goût particulièrement prononcé pour le risque et l'interdit, le message préventif paraît délicat à transmettre, les actions de prévention pouvant rapidement devenir plus incitatives que préventives. Nous présenterons ici, quelques recommandations à suivre pour que ces interventions se révèlent efficaces auprès des jeunes.

1) Contenu de l'intervention

Tout d'abord, les interventions centrées sur la peur, ou au ton moralisateur et culpabilisant sont à bannir. De même, les interventions strictement informatives et centrées uniquement sur le produit, n'entraîneraient pas de bons résultats, tout comme celles prônant l'abstinence (75).

En effet, les adolescents consomment de l'alcool pour diverses raisons, et notamment pour ses effets plaisants, et non pas uniquement parce qu'ils manquent d'informations. Les programmes se contentant donc de lister les effets toxiques des boissons alcoolisées à la manière d'un catalogue, sans prendre en compte les motivations qui poussent les jeunes à consommer, ni le contexte social dans lequel s'inscrivent ces consommations, se révéleraient ainsi peu efficaces.

Il est plutôt recommandé de mener des interventions plus globales, ciblant à la fois le produit et le consommateur. Le contenu de ces programmes devra donc aborder :

- l'alcool, en informant sur ses aspects nuisibles comme sur ses côtés plaisants,
- les motivations qui amènent les adolescents à consommer,
- et les différentes manières de boire.

Des interventions encore plus larges, s'inscrivant dans une démarche globale d'éducation à la santé, ont elles aussi montré de bons résultats (76).

Enfin, le contenu préventif devra systématiquement s'adapter au public cible. Par exemple, l'intervention devra tenir compte de l'âge des adolescents, chaque tranche d'âge correspondant en effet à des expériences d'alcoolisation différentes. Les programmes s'adressant aux élèves de primaire viseront ainsi plutôt à empêcher et à retarder les usages d'alcool, alors que ceux réalisés auprès des plus âgés viseront à réduire les consommations et les risques liés à cet usage.

2) *Forme de l'intervention*

Les méthodes interactives invitant les jeunes à participer (jeux de rôle, mise en situation, affirmations vraies ou fausses, etc.) se révèlent bien plus efficaces que les présentations strictement informatives. Un bon programme de prévention doit en effet amener les adolescents à réfléchir sur les problématiques liées à l'alcool, et les aider à élaborer leurs propres réponses, s'appropriant ainsi l'information.

On pourra aussi recommander de prendre les connaissances et conceptions des jeunes comme point de départ des interventions (77).

3) *Intervenants*

Les données existantes au sein de la littérature, montrent que les intervenants qui seraient les plus efficaces en termes de prévention des alcoolisations adolescentes, sont tout d'abord les professionnels psychosociaux et ensuite les pairs. Pour ces derniers, les jeunes devront toutefois être sélectionnés avec une grande prudence, de manière à apparaître crédibles aux yeux des autres adolescents (77).

Il faut aussi souligner que la formation de ces acteurs est un préalable indispensable à la réussite de ces interventions. Ils doivent en effet posséder des connaissances solides et actualisées, prendre de la distance par rapport à leur propre expérience, et adapter leur discours au niveau de connaissance et de compréhension du public ciblé (48).

4) *Cadre interventionnel*

Les programmes de prévention s'inscrivent le plus fréquemment au cours du cursus scolaire. Cela présente l'avantage de toucher la quasi-totalité des jeunes, de part l'excellent maillage territorial, et l'inconvénient de ne pas pouvoir cibler les groupes les plus à risque.

Pour être efficace cette prévention doit être commencée précocement (dès l'école primaire), et elle doit s'inscrire dans la durée ; l'idéal étant que les interventions s'effectuent tout au long de la scolarité de l'élève sous forme de sessions assez courtes (78).

2. Prévention primaire

La prévention primaire comprend l'ensemble des actions ayant pour but d'empêcher et de retarder les alcoolisations, ou encore visant à éviter l'apparition d'une consommation problématique. Elle s'adresse à un public jeune, qui n'a pas encore fait l'expérience de l'alcool, ou du moins de son mésusage. C'est la méthode de prévention la plus répandue en France.

Les principales actions associées à cette prévention pourront être classées en deux catégories : celles axées sur le produit d'une part, et celles axées sur les individus d'autre part.

A. Actions de prévention axées sur le produit

Il s'agit de l'ensemble des actions et des programmes ayant pour objectif de limiter l'accès à l'alcool, ainsi que la promotion de ce dernier. Elles s'appuient essentiellement sur des mesures législatives et économiques.

a. Actions visant à limiter l'accès à l'alcool

1) Accessibilité économique

Il s'agit par le biais de mesures fiscales d'arriver à une augmentation du prix de l'alcool, permettant de le rendre moins abordable pour les jeunes. Il a en effet été démontré qu'une augmentation tarifaire des boissons alcoolisées est associée à une réduction de la consommation excessive. En France, les boissons alcoolisées sont ainsi soumises à diverses taxes qui dépendent de la nature et du degré de l'alcool (17).

2) Accessibilité physique et légale

La vente et la consommation d'alcool sont strictement encadrées par la législation française. Comme nous l'avons déjà évoqué au sein de la première partie, les établissements proposant une consommation d'alcool sur place ou à emporter sont réglementés par le biais de licences. Cela permet entre autres de contrôler leur nombre grâce à la mise en place de quotas, ainsi que leur implantation géographique. Il est en effet interdit d'ouvrir un débit de boissons dans certaines zones dites protégées, comme par exemple aux abords des écoles.

De plus, afin de mieux protéger les jeunes, la loi HPST du 21 juillet 2009 interdit la vente et l'offre d'alcool à tous les mineurs quelque soit le lieu et le type de boissons. En cas de doute sur l'âge de l'acheteur, le vendeur est en droit de refuser la vente pour motif légitime (article L. 122-1 du code de la consommation). Le client devra alors prouver qu'il est majeur.

Enfin, pour réduire les consommations excessives et leurs méfaits, cette loi met aussi fin aux open-bars, et encadre les « happy hours » en obligeant les établissements à proposer systématiquement des boissons sans alcool aux mêmes conditions tarifaires.

b. Actions visant à limiter la promotion de l'alcool

La publicité pour l'alcool contribue largement à banaliser et à inciter les consommations, notamment en véhiculant une image favorable des boissons alcoolisées. Le jeune public, particulièrement réceptif à ces messages promotionnels, constitue souvent la première cible des publicitaires. Il a d'ailleurs été démontré que les campagnes promotionnelles et autres outils marketing, impactent l'initiation des consommations, et entraînent une augmentation de l'usage chez les jeunes qui boivent déjà (77). Au vu de ces données, il paraît donc particulièrement important d'encadrer ces pratiques.

En France l'article L.3323-2 du code de la santé publique encadre strictement ces pratiques quant aux supports autorisés. La publicité est ainsi tolérée :

- dans la presse écrite, à l'exception de celle destinée à la jeunesse,
 - à la radio dans certaines tranches horaires (le mercredi entre minuit et 7 heures, et les autres jours entre minuit et 17 heures),
 - sous forme d'affiches et d'enseignes,
 - sous forme d'envoi de messages, de catalogues et de brochures à visée commerciale,
 - sous forme d'inscription sur les véhicules de livraison de boissons,
 - en faveur et à l'intérieur des fêtes et foires traditionnelles consacrées à des boissons alcooliques locales,
 - en faveur des musées, des universités, des confréries ou des stages d'initiation œnologique, ou encore en faveur des présentations et des dégustations,
 - sous forme d'objets strictement réservés à la consommation de boissons,
 - sur internet à l'exclusion des sites destinés à la jeunesse et des sites édités par des associations, des sociétés ou des fédérations sportives, et "sous réserve que la propagande ou la publicité ne soit ni intrusive, ni interstitielle." Cette dernière phrase exclut les spams, ainsi que les banderoles ou bannières de type « pop-up » qui surgissent à l'écran sans demande particulière de l'utilisateur.
- Enfin, cet article interdit aussi toutes opérations de parrainage (par exemple lors de manifestations sportives ou d'événements festifs : concerts, soirées étudiantes, etc.).

Le contenu du message publicitaire doit rester le plus objectif possible. Il est encadré par l'article L.3323-4 du code de la santé publique, qui autorise uniquement des renseignements neutres concernant la composition, la fabrication ou encore l'origine du produit. Certaines informations sur le mode de consommation, la couleur, le goût ou encore l'arôme de la boisson peuvent aussi apparaître au sein des publicités. Toute mise en scène pouvant inciter à l'usage, en associant par exemple l'alcool à la réussite sociale, sexuelle ou encore professionnelle, est par contre interdite par la loi. Enfin, toute publicité doit être accompagnée du message préventif suivant : « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé ».

B. Actions de prévention axées sur les individus

Il s'agit des actions de prévention s'adressant aux adolescents et aux personnes qui les entourent. Elles ont pour objectif de réduire la demande en termes d'alcool. Elles peuvent se présenter sous différentes formes : campagnes d'informations médiatiques, interventions en milieu scolaire, flyers, sites internet, etc.

a. Informer et développer les compétences psychosociales des adolescents

La prévention la plus efficace auprès des jeunes consiste à les informer sur le produit, tout en développant leurs compétences psychosociales (48).

Selon l'OMS «les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.» (OMS, 1993) (79).

Le développement de ces compétences passe par des interventions interactives (exercices pratiques, jeux de rôle, etc.) apprenant aux adolescents à résoudre des problèmes, à prendre des décisions, à avoir une pensée critique, à gérer leur stress et leurs émotions, à communiquer, à renforcer l'estime d'eux-mêmes, à améliorer la qualité de leurs relations avec les autres, ou encore à augmenter leur capacité à demander de l'aide. Toutes ces facultés vont permettre à l'adolescent de se sentir bien et d'adopter à chaque situation un comportement adapté, leur permettant de faire face efficacement aux différentes pressions et problèmes de la vie. Elles permettent ainsi de prévenir les alcoolisations et les mésusages d'alcool, en donnant aux jeunes les outils nécessaires pour refuser l'offre de boissons alcoolisées, notamment lorsque la situation ne s'y prête pas ou plus.

b. Sensibiliser, informer et accompagner les parents

Les parents ont un rôle très important à jouer dans le rapport que va entretenir l'adolescent avec l'alcool. En effet, la qualité des relations qu'ils établissent avec leur enfant, le climat intrafamilial, ou encore le contrôle qu'ils exercent sur leur progéniture, sont autant de facteurs qui vont influencer les consommations adolescentes. Par exemple, communiquer avec son enfant, prendre au moins un repas par jour en famille, exercer des activités communes, ou encore superviser ses activités extrascolaires sont ainsi reconnus comme étant des éléments protecteurs (80).

On comprend donc l'importance à la fois d'informer les parents sur ces problèmes d'alcoolisation, mais aussi de les sensibiliser au rôle clé qu'ils peuvent occuper dans la prévention de ces derniers (48).

En termes de compétences parentales, les programmes¹ visant à renforcer la capacité à établir des limites et à gérer les conflits, à consolider la relation « parent-enfant », ou encore à améliorer le dialogue intrafamilial ont montré des résultats positifs (48).

¹ Ces programmes peuvent se présenter sous la forme d'interventions présentant des exercices interactifs à réaliser à la maison, des thèmes de discussion, etc.

Cette prévention pourra aussi s'articuler autour de la mise à disposition d'informations et de recommandations, concernant les conduites à tenir face aux problématiques posées par les consommations adolescentes : « Quand et comment parler d'alcool avec ses enfants? », « Doit-on interdire tout usage d'alcool ? », « Dois-je l'autoriser à aller à une fête où il y aura de l'alcool ? », etc. Tout d'abord ces conseils mettront en avant l'importance d'instaurer des limites et des règles en termes de consommation. Cet encadrement devra être adapté au contexte et à l'âge de l'enfant. En effet, s'il est plutôt facile d'interdire toute consommation à un jeune adolescent, il devient difficile de maintenir cet objectif lorsque ce dernier grandit, et commence à sortir avec ses amis. Quand la question de la consommation d'alcool commence ainsi à se poser, on recommandera alors d'ouvrir le dialogue avec son enfant, et de lui fixer des règles claires. Il sera aussi important de le mettre en garde vis-à-vis de certains pièges liés à la prise d'alcool : se méfier des boissons très sucrées, des verres trop grands, des effets de groupe, d'une consommation trop rapide et trop importante, etc. (77). Un site internet¹ élaboré sous l'autorité d'un pédopsychiatre spécialisé dans la relation « parent-enfant » a d'ailleurs été mis en place afin d'informer et de guider les parents dans cette démarche.

Enfin, on pourra leur recommander de prêter attention à leur propre rapport à l'alcool, les enfants prenant généralement exemple sur leur entourage proche.

Pour conclure, on pourra souligner que cette prévention primaire ne se limite pas uniquement aux notions abordées ci-dessus, mais peut s'organiser à travers de multiples actions, impliquant l'ensemble des personnes en contact avec les adolescents.

¹ www.alcooletparents.com

3. Prévention secondaire

Il s'agit de l'ensemble des actions et des programmes ayant pour objectif d'empêcher l'aggravation d'un mésusage d'alcool, et d'éviter les complications associées à ce dernier. Elle s'adresse aux adolescents ayant des comportements d'IAA, d'usage à risque, d'usage nocif ou encore d'usage avec dépendance. Elle comprend à la fois des actions de réduction des risques, ainsi que des actions de dépistage et de prise en charge.

A. Réduire les risques

La réduction des risques a pour but de prévenir les complications liées à la prise d'alcool. Il ne s'agit pas d'empêcher la consommation, ni de s'attaquer à ce qui la motive, mais plutôt de l'encadrer, de la réduire, et d'en maîtriser, dans la mesure du possible, les effets nuisibles.

En ce qui concerne les adolescents, cette prévention ciblera essentiellement la réduction des quantités consommées ainsi que les dommages associés à un usage aiguë d'alcool (comme par exemple les accidents de voiture, les conduites sexuelles à risque, les violences ou encore les comas éthyliques). Ces actions préventives paraissent d'autant plus intéressantes à mettre en place, que la quasi-totalité des adolescents (80%) déclare consommer de l'alcool pour « faire la fête » et pour « s'amuser », sans souhaiter perdre le contrôle d'eux-mêmes (46).

a. Sensibiliser et accompagner les adolescents

Les actions de prévention ayant pour but la sensibilisation et l'accompagnement des adolescents peuvent s'effectuer sous différentes formes. On citera par exemple : la diffusion de campagnes médiatiques (via la télévision, la radio, la presse, internet), la mise à disposition d'informations par le biais de stands, de flyers, sous forme de rencontres avec les jeunes, d'interventions en milieu scolaire, etc.

1) Informer sur les risques

Les jeunes ont souvent une vision anodine des alcoolisations excessives, et mesurent difficilement l'impact que ces dernières peuvent avoir sur leur santé. Le seul risque bien intégré par les adolescents, est celui lié à la conduite en état d'ébriété, certainement du fait des nombreuses actions préventives menées cette dernière décennie. En termes de prévention, il paraît donc essentiel de sensibiliser ces jeunes consommateurs à l'ensemble des risques et des dommages liés à ces alcoolisations, aussi bien à court terme qu'à long terme (81).

Afin de remplir cet objectif, l'INPES a mis en place une campagne médiatique en 2008, construite autour du slogan « Boire trop : des sensations trop extrêmes ». Elle se présente sous la forme d'un spot télévisé mettant en avant l'ambivalence de l'alcool. On peut globalement la diviser en deux parties distinctes : une première scène se déroulant sur une plage idyllique, où des jeunes boivent et s'amuse, illustrant ainsi les effets plaisants de cette consommation ; et une seconde montrant la fin de soirée qui vire au cauchemar : nausées, vomissements, violences, abus sexuel, noyade.... Cette campagne ayant eu de bons résultats auprès du jeune public, a été reconduite en 2011.

Dans la même optique, la mise en place de sites internet ayant pour objectif la réduction de ces risques, commence aussi à se développer. Depuis 2011, la page « alcool-info-service »^I mise en place par l'INPES, met ainsi un certain nombre d'informations destinées au jeune public sous forme d'articles, de jeux questions-réponses, ou encore de vidéos. Des jeux interactifs ont aussi vu le jour, comme le « serious game » « Ce soir il conclut »^{II}, développé par l'association Entreprise et Prévention. L'internaute y incarne Clément, un adolescent dont la mission est de séduire Chloé au cours d'une soirée entre amis. Il faudra tout au long du jeu l'aider à faire face à diverses situations en lien direct avec la consommation d'alcool. Cette simulation amène ainsi le joueur à s'identifier au personnage, et à prendre conscience des comportements à risque liés à la prise d'alcool.

2) Encadrer la prise d'alcool

Il s'agit de mettre à disposition des jeunes un ensemble de conseils et d'outils, pour les aider à limiter leur consommation d'alcool et à en maîtriser les risques.

1. Préparer l'événement

Les jeunes souhaitant organiser eux-mêmes un événement pourront faire appel à des organismes afin de les guider et de les renseigner. Le site internet « www.montetasoiree.com », mis en place par l'association Avenir Santé, met par exemple à leur disposition des conseils pratiques pour réussir leur soirée, des informations à la fois sur les obligations et sur les responsabilités de chacun, ou encore des renseignements sur les aides préventives (humaines ou matérielles) qu'ils peuvent solliciter au sein de leur département. Le site propose même des entretiens téléphoniques personnalisés avec les organisateurs.

Pour les jeunes amenés à participer à un événement, on pourra leur recommander de penser systématiquement à leur retour : Comment vais-je rentrer ? Où vais-je dormir ? Les transports en commun, un conducteur désigné à l'avance qui ne consommera pas d'alcool, ou encore une réservation de taxi sont autant de solutions qui peuvent être envisagées.

On soulignera aussi le rôle clé des parents dans la mise en place de cette politique de réduction des risques. Il est en effet important de signifier à son enfant que l'on est disponible pour aller le chercher s'il a trop bu, ou s'il se retrouve en difficulté pour rentrer. L'adolescent doit savoir qu'il peut compter sur son entourage en cas de problèmes.

2. Maîtriser les risques au moment de l'événement

Tout d'abord, quelques conseils pourront permettre aux jeunes de mieux gérer leur consommation d'alcool. On recommandera par exemple :

- d'alterner boissons alcoolisées et boissons sans alcool ; cette astuce permettant de diminuer les quantités consommées, de boire plus lentement, mais aussi de lutter contre la déshydratation consécutive aux alcoolisations,
- de se méfier des boissons alcoolisées très sucrées et gazeuses, qui masquent le goût de l'alcool ou qui accélèrent son absorption,
- de toujours manger avant de boire,
- de ne pas se resservir avant d'avoir fini son verre, de manière à mieux se rendre compte des quantités consommées.

I www.alcool-info-service.fr

II www.cesoirilconclut.com

Enfin, lorsqu'un jeune décide de ne pas boire ou d'arrêter de consommer, on encouragera ses pairs à respecter sa décision. Il faut toujours avoir à l'esprit que chacun possède une sensibilité à l'alcool différente, et que cette personne a peut être atteint sa limite.

Si toutefois, un ami ou une personne a trop bu au cours de la fête, il faudra s'assurer qu'il ne reste jamais seul. Si il perd connaissance la conduite à tenir est la suivante :

-appelez les secours (le 15 ou le 18),

-allongez-le sur le côté en position latérale de sécurité, et assurez-vous que sa bouche et son nez sont dégagés,

-gardez-le au chaud en le couvrant avec des couvertures ou un manteau.

L'ensemble des recommandations énoncées ci-dessus peuvent être diffusées sous forme d'affiches, de flyers, de pages internet, ou encore faire l'objet d'une intervention en milieu scolaire.

Ces notions peuvent aussi être renforcées par des actions préventives implantées au cœur de la soirée : distribution d'éthylotests, de documentations, d'eau, de couvertures de survie, de préservatifs, espace de prise en charge pour les personnes ayant trop bu, etc.

b. Cadre législatif et réglementaire

Afin de prévenir les accidents, la conduite d'un véhicule avec une alcoolémie égale ou supérieure à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang, est strictement interdite par l'article L.234-1 du code de la route.

Concernant la vente d'alcool de 22h à 8h du matin, l'article 3332-1-1 du code de la santé publique, prévoit une formation obligatoire pour toute personne tenant un commerce autre qu'un débit de boissons à consommer sur place. Cette formation a pour objectif de responsabiliser les exploitants, et intègre notamment des notions de lutte contre l'alcoolisme et de protection des mineurs. Enfin, le maire de chaque ville peut durcir ces conditions de vente nocturne, en interdisant par arrêté toute vente à emporter sur la commune pour une certaine plage horaire (article 95 de la loi HPST).

c. Prévention des risques : l'exemple de la ville de Bordeaux

Suite aux nombreux cas de noyade, un dispositif à la fois répressif et préventif a été mis en place dans la ville de Bordeaux.

Tout d'abord, afin de prévenir les chutes dans la Garonne, des garde-corps, des panneaux interdisant de grimper sur les rambardes, et des bouées ont été installés le long du fleuve. L'ensemble de ce système s'accompagne aussi d'une patrouille fluviale qui intervient chaque week-end de 23h à 7h du matin.

Plus globalement, des mesures ont aussi été mises en place, afin de prévenir ces comportements d'alcoolisations excessives ainsi que leurs complications. Toute vente d'alcool est ainsi interdite après 22 heures, et de nombreuses actions de prévention sont régulièrement instaurées. On pourra par exemple citer le dispositif Somme'n bus institué en 2013. Il s'agit d'un bus équipé de couchettes et de fauteuils, destiné à accueillir les jeunes ayant trop bu. Un éducateur de l'ANPAA 33 (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) ainsi que des bénévoles sont chargés de leur prise en charge. Ce dispositif permet d'éviter les accidents, les complications de santé, ou encore les mauvaises rencontres.

Dans la même optique, l'opération « soul tram », se déroulant chaque jeudi soir de octobre à juin dans la ligne B du tramway, fait intervenir des équipes associatives qui délivrent des messages de prévention et de modération sur un fond musical, destiné à apaiser les tensions et à éviter les violences.

B. Dépister et prendre en charge

Il s'agit de la partie prévention qui consiste à repérer au plus tôt les usages problématiques, et à organiser leur prise en charge. Elle peut parfois se révéler délicate à mettre en place, du fait que les mésusages adolescents s'inscrivent rarement dans le cadre d'une dépendance, et peuvent ainsi passer inaperçus.

a. Lieux et acteurs du dépistage

Les lieux et les acteurs de ce dépistage sont multiples. Toutes les personnes présentes dans l'environnement de l'adolescent, peuvent en effet jouer un rôle dans le repérage de ces consommations problématiques.

1) Les professionnels de santé

De nombreux professionnels de santé peuvent être acteurs de ce dépistage, on pourra citer par exemple :

-les équipes soignantes des services d'urgence, qui occupent une place de choix dans ce repérage. En effet, recevant régulièrement des jeunes pour des traumatismes en lien avec un usage d'alcool, pour des comas éthyliques, ou encore pour des tentatives de suicide, le dépistage devrait y être systématique.

-les médecins généralistes, qui peuvent être à même de remarquer un changement de comportement, ou des éléments de détresse lors de consultations courantes (bilans de santé, pathologies hivernales, rappels de vaccinations, etc.). De plus, les consultations effectuées en service de médecine préventive apparaissent elles aussi comme un lieu de dépistage privilégié, du fait qu'elles abordent systématiquement ces problèmes de consommation.

-les infirmier(e)s scolaires, qui présentent une position stratégique. Les passages fréquents d'un élève à l'infirmerie doivent en effet les amener à ouvrir le dialogue sur un éventuel mésusage d'alcool.

-les pharmaciens d'officine, en contact direct avec les familles, peuvent eux aussi être témoins d'un changement de comportement chez les jeunes, ou encore répondre aux attentes de certains parents en les orientant efficacement.

Enfin, des structures d'accueil et d'écoute, réunissant différents professionnels de santé, peuvent aussi être le lieu de ce dépistage (maison des adolescents, points d'accueil et d'écoute jeunes, consultations jeunes consommateurs, etc.), même si cela reste plus rare du fait que les adolescents, souvent dans le déni, ne se rendent pas d'une manière spontanée à ces consultations.

2) Autres acteurs

Les parents font aussi partie des principaux acteurs de ce dépistage, ce qui illustre encore une fois leur rôle clé au sein de cette prévention.

De plus, les enseignants et l'ensemble du personnel scolaire peuvent aussi être amenés à repérer ces mésusages. Des retards fréquents, une baisse des résultats scolaires, des absences répétées ou injustifiées, un changement d'attitude (trouble de l'humeur, repli sur soi, etc.) sont des éléments qui doivent les amener à aborder la question de l'alcool. Ils auront aussi un rôle essentiel à jouer en cas d'alcoolisation au sein même de l'établissement. Les élèves ayant bu devront en effet faire l'objet d'une sanction (heure de colle, renvoi temporaire, etc.), qui devra systématiquement s'accompagner d'une rencontre avec le jeune, afin d'ouvrir le dialogue.

Enfin, ce dépistage peut aussi être effectué par des éducateurs, des professeurs de sport, d'autres membres de la famille, etc.

b. Outils de dépistage

Il existe deux tests de dépistage des consommations problématiques de substances psychoactives validés chez l'adolescent en version française. Il s'agit de l'ADOSPA (Auto /moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis/famille) et du DEP-ADO (Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes). On pourra aussi utiliser le test AUDIT, même s'il n'a pas été spécifiquement validé chez l'adolescent.

L'ADOSPA (**Annexe 7**) est un test de repérage précoce des usages problématiques d'alcool à l'adolescence. Il se compose de six questions, et présente l'avantage d'être fiable, simple et rapide. Selon le nombre de réponses positives, la consommation sera qualifiée : sans risque, à risque modéré ou à risque élevé.

La DEP-ADO¹ est un instrument destiné à repérer la consommation problématique d'alcool, et plus généralement de drogues chez les adolescents. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire composé de sept questions, abordant les usages de substances psychoactives, les facteurs de gravité associés à ces usages (âge de début des consommations, injection de substances, épisodes d'alcoolisation massive, etc.), et les impacts négatifs qu'ils peuvent avoir sur la vie du consommateur. Selon le score obtenu, la consommation est dite : non problématique, problématique en émergence ou problématique.

Quelque soit l'outil utilisé, un test positif doit systématiquement donner lieu à un entretien approfondi avec l'adolescent.

c. Prise en charge

Prendre en charge un adolescent constitue une étape difficile de la prévention. Ces derniers sont en effet peu demandeurs de soins, et il est souvent complexe de les garder en traitement. Pourtant plus la prise en charge est précoce, plus on évite les dommages, et moins il sera difficile pour l'adolescent de retrouver le contrôle de ses consommations.

¹ La DEP-ADO est disponible sur le site WEB du RISQ : www.risqtoxico.ca.

1) Structures spécialisées dans la prise en charge adolescente

Les **consultations jeunes consommateurs** (CJC) sont des lieux spécifiquement conçus pour accueillir les jeunes usagers en difficulté et leur famille. Mis en place depuis 2005, ces entretiens gratuits et anonymes effectués par des professionnels formés, sont basés sur l'écoute et la prise en charge des adolescents consommateurs de substances psychoactives.

Ces consultations ont pour but :

- de faire le point avec le jeune sur sa consommation, de répondre à ses interrogations, et de lui offrir des conseils personnalisés,
- d'écouter, d'informer et d'orienter les familles,
- de proposer une prise en charge brève, en quelques consultations pour aider le jeune à réduire ou à arrêter ses consommations,
- d'orienter l'utilisateur vers un service plus spécialisé lorsque la situation le nécessite.

Les **maisons des adolescents** (MDA) sont également des lieux où les jeunes pourront être reçus, informés, écoutés et orientés. Certaines de ces structures proposent même des programmes destinés à informer les parents sur les alcoolisations adolescentes.

Pour les consommations les plus problématiques, la prise en charge pourra s'effectuer au sein de structures spécialisées en addictologie. Ces dernières devront toute fois s'adapter aux spécificités de l'adolescent.

2) Stratégie d'intervention

L'**évaluation globale** de la situation de l'adolescent est un préalable indispensable à la mise en place de toute intervention. On abordera ainsi avec le consommateur ses relations intrafamiliales, ses relations avec les pairs, ainsi que le contexte social dans lequel il évolue, afin d'évaluer les difficultés qu'il rencontre. On recherchera aussi des pathologies associées, notamment psychiatriques (dépression, trouble obsessionnel compulsif, bipolarité, etc.), ainsi qu'une consommation d'autres substances psychoactives. On s'intéressera ensuite à la relation qu'entretient l'adolescent avec l'alcool : premières initiations, premières ivresses, quantités d'alcool consommées, motifs et contextes des consommations, ou encore inventaire des dommages associés à ces usages (dommages scolaires, relationnels, judiciaires, physiques, psychiques, etc.). Pour mener à bien toute cette évaluation, le professionnel de santé pourra d'ailleurs s'appuyer sur des outils spécifiques tels que l'ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) ou le IGT-ADO (Indice de gravité de la toxicomanie chez les adolescents).

Suite à cette évaluation, on conviendra d'un plan de prise en charge personnalisé, avec des objectifs adaptés à chaque adolescent. La stratégie retenue tiendra notamment compte de la situation du consommateur, et de son niveau d'addiction. Pour certains, on visera ainsi une réduction des consommations, alors que pour d'autres on préconisera un arrêt temporaire ou définitif des alcoolisations.

Les **interventions** permettant de prendre en charge ces mésusages et d'atteindre les objectifs fixés, pourront s'appuyer sur plusieurs techniques ayant montré leur efficacité auprès des adolescents. Parmi celles-ci, on pourra citer :

- l'entretien motivationnel : il s'agit d'impliquer le jeune dans sa propre prise en charge en renforçant sa motivation. Il a pour objectif de modifier son comportement, en s'appuyant à la fois sur les raisons qui peuvent l'amener à effectuer ces changements et sur les ressources qu'il possède.

- les thérapies cognitivo-comportementales : il s'agit d'aider l'adolescent à faire face à sa conduite addictive, en lui donnant des solutions alternatives pour gérer au mieux les situations problématiques qui concourent au mésusage d'alcool,
- les approches psychanalytiques,
- les thérapies familiales.

Enfin, pour les mésusages les plus sévères, une prise en charge résidentielle (en centre médicosocial ou en hôpital) peut être envisagée, notamment lorsque l'addiction est très avancée, lorsqu'il existe des pathologies psychiatriques sévères associées, lorsque le contexte familial le nécessite, ou encore lorsque les traitements ambulatoires ont échoué (48).

4. Limites et axes de réflexion

Nous aborderons dans cette partie les limites de la prévention actuelle, ainsi que les axes qu'il nous semblerait intéressant de développer ou de renforcer.

A. L'alcool : un produit encore trop facile d'accès

Malgré l'entrée en vigueur de la loi HPST, interdisant toute vente d'alcool aux mineurs, les boissons alcoolisées restent encore trop facilement disponibles pour le jeune public. En effet, selon les dernières enquêtes, bien que la facilité d'accès apparaisse un peu en recul entre 2007 et 2011, une grande proportion des jeunes perçoit encore cet approvisionnement comme aisé. En 2011, parmi les jeunes de 16 ans qui déclarent avoir consommé de l'alcool au cours du dernier mois, 83% considèrent ainsi qu'il est facile de se procurer de la bière, 79% du vin et 61% des alcools forts. De plus, 30 % d'entre eux déclarent avoir acheté de l'alcool dans le mois précédant l'enquête pour leur consommation personnelle (82).

Ces chiffres particulièrement élevés peuvent s'expliquer par le fait que la loi reste encore insuffisamment appliquée. L'âge des acheteurs est en effet peu vérifié par les commerçants, et les refus de vente sont rares. Face à ce constat, on pourra préconiser d'augmenter les contrôles, et de mettre en place des sanctions plus lourdes.

Enfin, pour ce qui est de la politique de diminution de l'accès par la hausse tarifaire, il s'agira d'être prudent, car cette mesure pose la problématique du déplacement des consommations. En effet, plus les prix sont élevés, plus les jeunes ont tendance à acheter leur alcool en supermarché, les consommant ensuite dans les rues, les parcs ou sur les places publiques. Ces consommations dites « de rue », ont généralement lieu avant de rejoindre les établissements de nuit, poussant parfois les jeunes à consommer de grandes quantités en peu de temps, afin de dépenser moins dans les bars ou dans les discothèques.

B. Une publicité et un marketing omniprésents

Concernant la promotion de l'alcool, malgré le cadre juridique actuellement en place, les publicités restent encore trop présentes et trop visibles, notamment par le jeune public. Il serait ainsi intéressant d'encadrer encore plus sévèrement ces pratiques, en particulier sur internet, où les enfants peuvent facilement y être exposés. On pourra citer en exemple, les campagnes publicitaires présentes sur certains sites très populaires de vidéos en ligne, ou sur les réseaux sociaux.

De même, le marketing reste encore trop présent, incitant le jeune public à la consommation. Une augmentation de la taille des messages sanitaires, pourrait permettre de diminuer l'espace disponible pour le design, sur les contenants et les emballages.

Enfin, les alcooliers établissant sans cesse des stratagèmes pour contourner les lois, il est important de continuer à faire évoluer la législation afin de contrecarrer ces pratiques.

C. Des alcoolisations banales aux risques méconnus

Les alcoolisations adolescentes excessives et ponctuelles sont encore trop considérées comme normales, et les complications qui s’y rattachent restent encore méconnues de la population générale (parents, enfants, enseignants, etc.). La perception du mésusage de l’alcool se résume en effet à l’image populaire de l’alcoolique, c’est-à-dire un individu plutôt âgé, mal dans sa peau (agressif, dépressif, etc.) à la consommation quotidienne et solitaire. Les risques liés aux consommations excessives se résument quant-à-eux aux accidents de la route.

Il apparaît donc important d’informer et de sensibiliser, à la fois le grand public et les différents acteurs concernés (intervenants du secteur scolaire, parascolaire et médical...), sur la vulnérabilité du cerveau adolescent, et sur les risques de ces mésusages. On pourra pour cela préconiser de développer des campagnes de sensibilisation, au contenu parfois choc, afin d’interpeller les adolescents. On espère ainsi modifier les représentations existantes, et faire entrer dans les mœurs le fait que ces comportements sont loin d’être anodins, et qu’ils doivent faire l’objet d’une vigilance accrue.

Enfin, il paraît primordial de déconstruire le lien « fête-alcool ». La consommation de boissons alcoolisées occupe en effet chez les jeunes une place centrale dans le rituel festif. Au vu de ce constat, il serait intéressant de développer des programmes de prévention, visant à redonner un autre sens à la fête, et permettant d’éviter que l’usage d’alcool ne soit la seule manière de s’évader, de se détendre et de se retrouver. Les municipalités pourront pour cela organiser par exemple des concerts, des théâtres de rue, etc.

D. Un rôle parental souvent sous estimé

Que ce soit en termes de prévention primaire ou secondaire, le rôle parental est clé.

Il paraît primordial de replacer les parents au cœur des actions de prévention, et de les impliquer davantage.

E. Une prise en charge et un dépistage qui restent à améliorer

Tout d’abord, la formation au dépistage doit être renforcée. Elle permettra ainsi de donner une vision commune, et plus objective de la problématique des alcoolisations. Certaines études montrent en effet, que les professionnels de santé ont une perception variable de la dangerosité de ces mésusages, rendant le dépistage et la prise en charge plus ou moins efficaces (48).

Cette formation permettra aussi d’améliorer les repérages précoces et les interventions brèves.

Dans la même optique, on pourra aussi préconiser de rendre les dispositifs existants plus visibles. Il s’agira de mieux faire connaître les structures spécialisées telles que les CJC et les MDA.

Enfin, on pourra suggérer d’augmenter le nombre de centres spécialisés dans la prise en charge des adolescents présentant des conduites addictives.

La prévention des alcoolisations adolescentes est un sujet complexe, dont l’efficacité est tributaire d’une part, de la collaboration entre les différents acteurs, et d’autre part, de la qualité des programmes préventifs. En France, malgré une réflexion de plus en plus poussée sur le sujet, cette

prévention manque encore de coordination et d'efficacité. En effet, contrairement à certains pays anglo-saxons, où ce domaine est devenu une véritable discipline, les programmes français sont encore trop écartés des données épidémiologiques et scientifiques, trop peu évalués, et donnent rarement lieu à des publications. Une amélioration de nos pratiques doit donc être envisagée, afin de rendre notre prévention plus efficace.

Conclusion

Même si les consommations à problème ne touchent pas l'ensemble de la jeunesse, l'augmentation au cours de la dernière décennie des ivresses et des API à l'adolescence, inquiète et préoccupe. En effet, ces consommations en quantité souvent excessive, exposent nos jeunes à d'importantes répercussions sanitaires et sociales, parfois dramatiques et irréversibles. C'est pourquoi, il est primordial de ne pas banaliser ces alcoolisations, qui doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

Il paraît aussi important de continuer les différents travaux de recherche relatifs à ce sujet, afin de mieux caractériser cette problématique, encore mal définie et aux conséquences en partie méconnues. Mieux définir ces nouveaux usages, et notamment la notion de binge drinking, permettrait ainsi d'évaluer plus justement ce phénomène, et de suivre plus efficacement son évolution. En termes de recherche scientifique, il semble aussi important, de constituer des protocoles d'expérimentation plus spécifiques de ce mode de consommation, afin de mieux comprendre les répercussions de ce dernier sur l'organisme adolescent.

Enfin, au vu du contexte socioculturel, il faut rappeler que la rencontre entre l'alcool et l'adolescent est un événement apparaissant comme inévitable, qu'il conviendra de préparer au mieux. Il s'agira en effet de fournir aux jeunes, un ensemble d'outils et de compétences psychosociales, afin de les aider à surmonter les différents obstacles et pressions de la vie quotidienne, qui pourraient mener à un mésusage de l'alcool. On conclura par une citation de M. Henri Patrick CEUSTERS, psychologue, qui illustre particulièrement bien cette dernière notion : "si une famille habite une maison au bord de l'océan, pour éviter que les enfants ne se noient, plutôt que de bâtir un mur autour de cet océan, ne vaut-il pas mieux apprendre à ses enfants à nager ?".

Annexes

Annexe 1 : Article L3321-1 du code de la santé publique

« Les boissons sont, en vue de la réglementation de leur fabrication, de leur mise en vente et de leur consommation, réparties en cinq groupes :

1° Boissons sans alcool : eaux minérales ou gazéifiées, jus de fruits ou de légumes non fermentés ou ne comportant pas, à la suite d'un début de fermentation, de traces d'alcool supérieures à 1,2 degré, limonades, sirops, infusions, lait, café, thé, chocolat ;

2° Boissons fermentées non distillées : vin, bière, cidre, poiré, hydromel, auxquelles sont joints les vins doux naturels bénéficiant du régime fiscal des vins, ainsi que les crèmes de cassis et les jus de fruits ou de légumes fermentés comportant de 1,2 à 3 degrés d'alcool ;

3° Vins doux naturels autres que ceux appartenant au groupe 2, vins de liqueur, apéritifs à base de vin et liqueurs de fraises, framboises, cassis ou cerises, ne titrant pas plus de 18 degrés d'alcool pur ;

4° Rhums, tafias, alcools provenant de la distillation des vins, cidres, poirés ou fruits, et ne supportant aucune addition d'essence ainsi que liqueurs édulcorées au moyen de sucre, de glucose ou de miel à raison de 400 grammes minimum par litre pour les liqueurs anisées et de 200 grammes minimum par litre pour les autres liqueurs et ne contenant pas plus d'un demi-gramme d'essence par litre ;

5° Toutes les autres boissons alcooliques. »

**Annexe 2 : TEST AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) et AUDIT-C
(Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption) (34, 83)**

Test AUDIT :

Questions		Score				
		0	1	2	3	4
1	A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
2	Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
4	Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence 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
5	Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu vous a-t-il empêché 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
6	Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
7	Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
8	Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit 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
9	Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
10	Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

Score total :

- inférieur ou égal à 6 (chez l'homme) ou inférieur ou égal à 5 (chez la femme) : non-consommation ou consommation non problématique,
- supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 6 (chez la femme) : consommation d'alcool à risque pour la santé,
- supérieur ou égal à 13 : alcool-dépendance.

Test AUDIT-C :

Questions		Score				
		0	1	2	3	4
1	A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
2	Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque

Score total :

- égal à 0 : non consommation
- inférieur à 4 (chez la femme), et à 5 (chez l'homme) : consommation à risque faible,
- supérieur ou égal à 4 (chez la femme), et à 5 (chez l'homme) : consommation à risque ou dépendance.

Annexe 3 : Troubles liés à l'alcool selon le DSM-IV-TR (liste non exhaustive) (84)

« Abus d'une substance » (en l'occurrence ici « Abus d'alcool ») :

Critères d'abus d'une substance selon le DSM-IV-TR :

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 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 (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

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

« Dépendance à une substance » (en l'occurrence ici « Dépendance à l'alcool ») :

La dépendance à une substance est définie selon le DSM-IV-TR comme un :

Mode d'utilisation inadéquat 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, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - (a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - (b) 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 :
 - (a) syndrome de sevrage caractéristique,
 - (b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit [...], ou à 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. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, [...] poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

« Intoxication alcoolique » :

Critères diagnostiques de l'intoxication alcoolique selon le DSM-IV-TR :

A. Ingestion récente d'alcool.

B. Changements inadaptés, comportementaux ou psychologiques, cliniquement significatifs, (par exemple : comportement sexuel ou agressif inapproprié, labilité de l'humeur, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'ingestion d'alcool.

C. Au moins un des signes suivants, se développant pendant ou peu après la consommation d'alcool :

(1) discours bredouillant

(2) incoordination motrice

(3) démarche ébrieuse

(4) nystagmus

(5) altération de l'attention ou de la mémoire

(6) stupeur ou coma

D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Annexe 4 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives et plus particulièrement liés à l'utilisation d'alcool selon la CIM-10 (liste non exhaustive) (85)

« Utilisation nocive pour la santé » (en l'occurrence ici « utilisation d'alcool nocive pour la santé ») :

Dans la CIM-10, l'utilisation nocive pour la santé est définie de la manière suivante :

Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques [...] ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Directives pour le diagnostic :

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives (par exemple, une arrestation, la perte d'un emploi ou des difficultés conjugales), ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

De même, une intoxication aiguë ou une « gueule de bois » ne sont pas en elles mêmes « nocives pour la santé », selon la définition donnée ici. Enfin, on ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble psychotique ou un autre trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives.

« Syndrome de dépendance » :

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool [...].

Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;

6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

« Intoxication aiguë » :

L'intoxication aiguë est définie par la CIM-10 comme un état consécutif à la prise d'une substance psycho-active et entraînant des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, de l'affect ou du comportement, ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques.

Les perturbations sont directement liées aux effets pharmacologiques aigus de la substance consommée, et disparaissent avec le temps, avec guérison complète, sauf dans les cas ayant entraînés des lésions organiques ou d'autres complications. (...)

Annexe 5 : Les critères définis au sein du « substance use disorder » selon le DSM-5 (86)

	DSM-IV		DSM-5
	Abuse	Dependence	Substance Use Disorder
Diagnostic Criteria			
Failure to fulfill obligations	X	-	X
Hazardous use	X	-	X
Substance-related legal problems	X	-	-
Social/interpersonal substance-related problems	X	-	X
Tolerance	-	X	X
Withdrawal	-	X	X
Persistent desire/unsuccessful efforts to cut down	-	X	X
Using more or over for longer than was intended	-	X	X
Neglect of important activities	-	X	X
Great deal of time spent in substance activities	-	X	X
Psychological/Physical use-related problems	-	X	X
Craving	-	-	X
Diagnostic Threshold	1+ criteria	3+ criteria	Mild : 2-3 Moderate : 4-5 Severe : >5

Annexe 6 : Conséquences des intoxications alcooliques chroniques (22)

→ Alcool et toxicité hépatique

Le foie, lieu du métabolisme de l'alcool, est une des cibles principales de sa toxicité.

Une consommation excessive d'alcool peut ainsi entraîner diverses atteintes de cet organe, comme l'apparition d'une stéatose, d'une hépatite alcoolique ou encore d'une cirrhose. Cette dernière constitue une atteinte irréversible des tissus du foie, à l'origine d'une insuffisance fonctionnelle de cet organe, et de graves complications telles que des hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes, des infections du liquide d'ascite, des encéphalopathies hépatiques, ou encore une évolution vers un carcinome hépatocellulaire.

→ Alcool et cancer

Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) classe depuis 1988 les boissons alcoolisées au sein du groupe 1, c'est-à-dire parmi les agents cancérogènes certains pour l'Homme. En France, l'alcool se positionne d'ailleurs comme le deuxième facteur de risque de cancer évitable après le tabac. Différents mécanismes sont à l'origine de cette toxicité, les principaux étant dus à la formation d'acétaldéhyde et à la formation de radicaux libres. Les déficits en folates et en vitamines causés par l'alcoolisation excessive et chronique, constitueraient aussi un terrain favorable à ce phénomène de cancérogenèse.

L'augmentation du risque de cancers ne dépend pas de la nature de l'alcool, mais de la quantité ingérée. Il augmente ainsi de façon linéaire avec la dose d'alcool consommée.

Pour ce qui est des organes concernés, on sait d'après les recherches et les études épidémiologiques effectuées par le World Cancer Research Fund (WCRF) et l'American Institute for Cancer Research (AICR), que la consommation d'alcool est un facteur de risque convaincant pour les cancers oto-rhino-laryngologiques, les cancers colorectaux chez l'homme et les cancers du sein chez la femme. Les cancers du foie et les cancers colorectaux de la femme ont quant à eux un statut plus mitigé, la relation consommation d'alcool et augmentation du risque étant considérée comme probable.

→ Alcool et toxicité du système nerveux

Au niveau du système nerveux central, la consommation d'alcool à long terme peut être à l'origine d'encéphalopathies, dont la plus fréquente est celle de Gayet-Wernicke. Elle se traduit par un syndrome confusionnel, des paralysies oculomotrices et une ataxie associée à une hypertonie. Etant liée à une carence en vitamine B1, elle est facilement réversible par correction de cette dernière. Cependant si elle n'est pas prise en charge ou mal prise en charge, elle peut se compliquer par la survenue d'un syndrome de Korsakoff. Ce syndrome, qui peut aussi apparaître indépendamment de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, est une démence alcoolique d'installation rapide, aux effets irréversibles et particulièrement ravageurs. Elle endommage la mémoire antérograde et associe à cela une désorientation temporo-spatiale, des fausses reconnaissances et une tendance à la fabulation. Le placement en institution du malade est souvent incontournable.

L'usage régulier d'alcool peut aussi entraîner des troubles psychiques (anxiété, dépression, irritabilité, insomnie, etc.), et des troubles neurologiques tels que l'apparition de crises d'épilepsies, d'un syndrome de sevrage, ou d'un delirium tremens.

Au niveau du système nerveux périphérique, la consommation chronique d'alcool peut entraîner diverses atteintes dont les plus fréquentes touchent les membres inférieurs et le nerf optique. Cela se traduit par l'apparition de difficultés à la marche, de dyschromatopsies ou encore d'une baisse de l'acuité visuelle.

→ Alcool et toxicité cardiovasculaire (87, 88)

En ce qui concerne les atteintes du système cardiovasculaire, on répertorie notamment :

- une élévation de la tension artérielle, et cela pour toute consommation supérieure à 2 verres par jour,
- une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral hémorragique,
- une augmentation du risque d'apparition de cardiomyopathie et de troubles du rythme cardiaque.

→ Autres toxicités

L'alcool à long terme peut aussi entraîner des troubles sexuels, des gastrites chroniques, des pancréatites et des immunodéficiences.

Annexe 7 : Questionnaire ADOSPA (89)

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup?
3. Avez-vous oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues?
6. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues?

Un nombre de réponses positives supérieur ou égal à deux, indique un risque modéré de développer un mésusage d'alcool, alors que trois affirmations positives ou plus indiquent un risque élevé.

Bibliographie

1. POUSSET M., ADES J-E., BASTIANIC T. Drogues, Chiffres clés – 5ème édition. OFDT, juin 2013, 8 pages
Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2013.pdf> (Février 2014)
2. Définitions : Alcool – Dictionnaire de Français Larousse
Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/alcool/2109> (Janvier, 2014)
3. BONNARD N., FALCY M., JARGOT D., PASQUIER E. Fiche toxicologique Ethanol. INRS 2011, 8 pages
Disponible sur : <http://www.inrs.fr/accueil/produits/bdd/doc/fichetox.html?refINRS=FT%2048>
(Janvier 2014)
4. VOET D., VOET J.G. Biochimie - 2^e Edition. De Boeck Supérieur, 2005, 1600 pages
5. IREB. Les seuils de consommation d'alcool. Centre de documentation-Ireb 2012, 13 pages
Disponible sur : <http://doc.ireb.com/documents/synthese%20seuils%20de%20consommation.pdf>
(janvier2014)
6. L'alcool dans notre société - hier et aujourd'hui. Addiction Suisse, Lausanne 2011, 12 pages
Disponible sur :
http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/alcool_societe.pdf (Janvier 2014)
7. <http://www.stop-alcool.ch/fr/informations-diverses-sur-la-substance/histoire-de-la-consommation-d-alcool> (Janvier 2014)
8. CARPICECI A. Art et histoire de l'Égypte: 5000 ans de civilisation. Casa Editrice Bonechi, 2009, 192 pages
9. LAHRICHI S. Intoxications alcooliques aiguës à l'adolescence : Expérience sur un an à l'Hôpital d'Enfants de Nancy (31 cas), 29 pages. Th. d'exercice : Médecine : Nancy : 2009; n°57
10. BERNARD H. Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIXe siècle : autour de Magnus Huss. Histoire, économie et société, 1984, 3e année, n°4. Santé, médecine et politiques de santé. p. 609-628
11. http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml (Février 2014)
12. SPILKA S., TOVAR M.L., BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.B. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, exploitation des données du Baromètre santé. Tendances n° 76, 2011, 6 pages
Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/Tendances%2076%20-%20BaroVF.pdf> (Février 2014)
13. PALLE C. Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, 2013, p.204-213
Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13alc.pdf> (Février 2014)
14. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html#5> (Février 2014)
15. Inserm. Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2003, XXII- 536 p. - (Expertise collective).
16. INPES. « Les hommes et l'alcool » Résultats d'une étude qualitative sur les représentations et attitudes des hommes face à l'alcool. Dossier de presse 22 janvier 2003, 18 pages
Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/03/dp030122.pdf>
17. OMS, WHO. Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. Deuxième rapport. OMS, WHO, 2007, Rapports techniques n°944, 64 pages
18. <http://lessocialistes.fr/content/int-grer-le-vin-dans-le-patrimoine-culturel-et-gastronomique-prot-g-de-la-france#sthash.uLPtiXFF.bhvDFnIq.dpbs> (février 2014)

19. PALLE C. Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, 2013, p.154-172
Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13mar.pdf> (Février 2014)
20. Organisation internationale de la vigne et du vin (OIV). Statistical report on world vitiviniculture 2012. OIV, Paris, 2012, 32 pages
21. KOPP P., FENOGLIO P. Le coût social des drogues en 2003 : les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues. Rapport OFDT, avril 2006
Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkm4.pdf> (Février 2014)
22. INSERM. Alcool : effets sur la santé. Expertise collective. Paris, INSERM 2001, 358 pages
23. KENT W. The pharmacokinetics of alcohol in healthy adults. *WebmedCentral Pharmacology* 2012; 3(5) : WMC003291. 8 pages
24. JUNG MK., CALLACI JJ., LAUING KL., OTIS JS., RADEK KA., JONES MK., KOVACS EJ. Alcohol Exposure and Mechanisms of Tissue Injury and Repair. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 2011, 35, p.392-399
25. GUO R., REN J. Alcohol and Acetaldehyde in Public Health: From Marvel to Menace. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010; 7(4), p.1285-1301
26. MANZO-AVALOS S., SAAVEDRA-MOLINA A. Cellular and Mitochondrial Effects of Alcohol Consumption. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010; 7(12), p.4281-4304
27. PASCHE S., BROERS B., FAVROD-COUNE T. Comment y voir clair face à toutes les recommandations relatives à la consommation d'alcool? *Médecine ambulatoire*, 2012, vol. 355, no 33, p. 1831-1835
28. LATINO-MARTEL P., ARWIDSON P., ANCELLIN R., DRUESNE-PECOLLO N., HERCBERG S., LE QUELLEC-NATHAN M., LE-LUONG T., MARANINCHI D. Alcohol consumption and cancer risk : revisiting guidelines for sensible drinking. *CMAJ*, 2011, vol. 183, no. 16, p. 1861-1865
29. Société française d'alcoologie, Les conduites d'alcoolisations : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S
30. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2006, 190, no 8, 1803-1807, séance du 28 novembre 2006
Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/publication100035594/>
31. LATARCHE C., ALLA F. Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool. HCSP, juillet 2009, 8 pages
Disponible sur : http://www.2340.fr/Analyse_recoHSCPjuil09.pdf
32. MEHAT L. Évaluation du risque alcool chez les personnes âgées : Evaluation du Questionnaire EDDA en médecine générale. 163 pages, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris 5 (Renée Descartes), 2010.
33. <http://uk.alcoveb.fr/alcoveb/front/Controller?controller=InterligoController&action=loadPage&codeRubrique=18&codePage=323> (février 2014)
34. ANDERSON P., GUAL A., COLOM J. INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008, 141 pages
35. HUERRE P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. *Journal français de psychiatrie* 3/ 2001 (no 14), p. 6-8
Disponible sur : www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2001-3-page-6.htm.
36. http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/age_premieres_regles/ (Mars 2014)

37. BRACONNIER A., MARCELLI D. L'Adolescence aux mille visages. Odile Jacob, 1997, 272 pages
38. ADES J., LEJOYEUX M. Conduites de risque. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 37-117-A-70 (2004), 10 pages
39. COURTOIS R. Les conduites à risque à l'adolescence : Repérer, prévenir et prendre en charge. Dunod, 2011, 352 pages
40. MICHEL G., MOUREN-SIMEONI M-C. Comportements de prise de risque à l'adolescence, *in* International Society for Adolescent Psychiatry *et al.*, Troubles de la personnalité. Troubles des conduites. Editions GREUPP Adolescence, 1999, p. 401-418
41. SPILKA S., LE NEZET O., BECK F., EHLINGER V., GODEAU E. Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège ». Tendances n° 80, OFDT, Avril 2012, 6 pages
42. SPILKA S., LE NEZET O. Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée ». Tendances n° 89, OFDT, Novembre 2013, 8 pages
43. SPILKA S., LE NEZET O., GODEAU E., BECK F. La consommation d'alcool parmi les collégiens en 2010 et les lycéens en 2011 en France. BEH, vol.2013, n°16-17-18 (mai 2013)
44. BECK F., RICHARD J-B. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2013, 344 pages
45. SPILKA S., LE NEZET O., TOVAR M. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances n° 79, OFDT, Février 2012, 4 pages
46. LEGLEYE S., SPILKA S., LE NEZET O., LAFFITEAU C. Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. Tendances n° 66, OFDT, Juin 2009, 6 pages
47. RICHARD J-B., BECK F. « L'alcoolisation des jeunes » Des consommations ponctuelles importantes à la hausse. *Agora débats/jeunesses*, 2013/1, n° 63, p. 76-87
48. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2014, XVIII, 482 pages - (Expertise collective).
49. CURRIE C., ZANOTTI C., MORGAN A., CURRIE D., ROBERTS C., SAMDAL O., SMITH O., BARNEKOW V. Social determinants of health and well-being among young people. (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. *WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents*, No. 6, 2012, 252 pages
50. SPILKA S., LE NEZET O. Premiers résultats du volet français de l'enquête european school survey project on alcohol and other drugs (ESPAD) 2011, mai 2012, 17 pages
Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsss5.pdf>
51. BARRIOT P., DANIEL V. Intoxications aiguës en réanimation. Wolters Kluwer France, 1999, 615 pages
52. DAYAN J., GUILLERY-GIRARD B. Conduites adolescentes et développement cérébral : psychanalyse et neurosciences. *Adolescence* 3/ 2011 (n° 77), p.479-515
Disponible sur : www.cairn.info/revue-adolescence-2011-3-page-479.htm
53. CREWS FT., BRAUN CJ., HOPLIGHT B., SWITZER RC., KNAPP DJ. Binge Ethanol Consumption Causes Differential Brain Damage in Young Adolescent Rats Compared With Adult Rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2000, n°24, p.1712-1723
54. MCQUEENY T., SCHWEINSBURG B., SCHWEINSBURG A., JACOBUS J., BAVA S., FRANK L. TAPERT S. Altered White Matter Integrity in Adolescent Binge Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2009, n°33, p.1278-1285
55. SQUEGLIA L., RINKER D., BARTSCH H., CASTRO N., CHUNG Y., DALE A., JERNIGAN T., TAPERT S. Brain volume reductions in adolescent heavy drinkers. *Developmental Cognitive Neuroscience*, Volume 9, July 2014, p.117-125

56. GIERSKI F. Impact du binge drinking sur le fonctionnement cerebral. Alcobinge conférence finale, 17 juin 2013, Amiens, Logis du Roy, coordinateur : Naassila M., GRAP INSERM ERI 24
Disponible sur : <https://podcast.u-picardie.fr/download/CE25AB14E460-7D22C2-D09F04-FC04DA13.mp4>
57. PASCUAL M., BLANCO A. M., CAULI O., MIÑARRO J., GUERRI C. Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. *European Journal of Neuroscience*, 2007, n°25, p.541–550
58. VAUDRY D. Binge drinking et neurotoxicité. Alcobinge conférence finale, 17 juin 2013, Amiens, Logis du Roy, coordinateur : Naassila M., GRAP INSERM ERI 24
Disponible sur : <https://podcast.u-picardie.fr/download/4B8B3947AF6C-2ABEAD-ABFCA0-FCB0104F.mp4>
59. NIXON K, CREWS F.T. Binge ethanol exposure decreases neurogenesis in adult rat hippocampus. *Journal of Neurochemistry*, 2002, n°83, p.1087–1093
Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-4159.2002.01214.x/full>
60. PIERREFICHE O. Effets du Binge-drinking sur la mémoire et l'apprentissage chez le rat adolescent. Alcobinge conférence finale, 17 juin 2013, Amiens, Logis du Roy, coordinateur : Naassila M., GRAP INSERM ERI 24
Disponible sur : <https://podcast.u-picardie.fr/download/0F2D7E853FBF-2A062C-FAC1D0-119E38AA.mp4>
61. MAURAGE P. Effets cérébraux du binge drinking chez les jeunes : l'éclairage des neurosciences. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* (2013)
62. NAASSILA M. Binge drinking et vulnérabilité à l'addiction. Alcobinge conférence finale, 17 juin 2013, Amiens, Logis du Roy, coordinateur : Naassila M., GRAP INSERM ERI 24
Disponible sur : <https://podcast.u-picardie.fr/download/292E295A48AA-430A69-97D0A9-491C377C.mp4>
63. GOSLAWSKI M., PIANO MR., BIAN JT., CHURCH EC., SZCZUREK M., PHILLIPS SA. Binge Drinking Impairs Vascular Function in Young Adults. *J Am Coll Cardiol*. April 23, 2013
64. <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/alcool/effets-et-risques/problemes-sociaux/> (Juin 2014)
65. http://www.franche-comte.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_Sante_cle75d8fd.pdf (Juin 2014)
66. BEGUE L., ARVERS P., SUBRA B., BRICOUT V., PEREZ-DIAZ C., ROCHE S., SWENDSEN J., ZORMAN M. Etude Evaluative sur les Relations entre Violence et Alcool, Direction Générale de la Santé. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etude_evaluative.pdf (Juin 2014)
67. Direction générale de la Santé. « Liens entre alcool et violence » les résultats de la première étude française spécifique, Conférence de presse 19 septembre 2008
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/DPAalcoolViolence.pdf> (Juin 2014)
68. INPES. Boire trop : des sensations « Trop » extrêmes. Dossier de presse Juillet 2008.
Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080717.pdf#xml=http://search.atomz.com/search/pdfhelper.tk?sp_o=1,100000,0
69. http://www.ofdt.fr/BDD_len/Bd_stats/62_Doc.shtml (Mai 2014)
70. <http://www.preventionalcool.com/index.php?/alcool-a-route/quelques-chiffres/> (Juin 2014)
71. BECK F., GUILLEMONT J., LEGLEYE S. L'alcoolisation des jeunes : l'apport de l'approche épidémiologique. *ADSP* n° 67, juin 2009, 64 pages

- Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad670915.pdf>
72. GODEAU E., ARNAUD C., NAVARRO F. (dir.). La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2006. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2008, 274 pages
 73. <http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=abstract&menu=abstract&action=detail&id=101> (Mars 2014)
 74. <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/?Scripts/Show.bs?bqRef=282> (Aout 2014)
 75. CEUSTERS H.P. Jeunes et alcool: quand la prévention s'emmêle. Education Santé, n° 197, janvier 2005
 76. DAVID H. Alcool et jeunes : les grands principes de toute intervention de prévention. La santé de l'homme, 2008, n°398, p.22-24
 77. GAGNON H., APRIL N., TESSIER S. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Meilleures pratiques de prévention. INSPQ, 2012/05, 55 pages
 78. ROUSSEL S., DOUMONT D. Quelle efficacité pour la prévention des addictions chez les adolescents ? UCL-RESO (Université Catholique de Louvain-Unité d'éducation pour la santé), 2008, 26 pages
 79. NEULAT N., MOREL BARNICHON C. Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire. CNDP, 2010/09, 109 pages
 80. IREB. La lettre d'information Recherche et alcoologie n°38, janvier 2010, 4 pages
Disponible sur : <http://www.ireb.com/sites/default/files/lettredinformation/Newsletter%20n38.pdf>
 81. MOREL T. Enquête auprès des jeunes sur l'alcoolisation excessive. La santé de l'homme, n° 408, 2010/07-08, p. 43-44
 82. DIAZ GOMEZ C., LERMENIER A., MILHET M. L'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux moins de 18 ans. Tendances n°87, 2013.
Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcdta.pdf>
 83. GACHE P, MICHAUD P, LANDRY U, ACCIETTO C, ARFAOUI S, WENGER O, DAEPEN JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. Alcohol Clin Exp Res. 2005 Nov; 29(11):2001-7.
 84. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Texte révisé Quatrième édition. Elsevier MASSON, 2005, 1065 pages
 85. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Paris, Masson, 2000, 305 pages
 86. ZULLINO D. DSM-5 Apports et nouveautés pour le champ des addictions
Disponible sur : http://www.grea.ch/sites/default/files/dsm-v_zullino.pdf (Juillet 2014)
 87. FOERSTER M., MARQUES-VIDAL P., WAEBER G., VOLLENWEIDER P., RODONDI N. Association entre consommation d'alcool et facteurs de risque cardiovasculaire : une étude sur la population lausannoise. Rev Med Suisse 2010;6 : 505-509
 88. PAQUOT N., DE FLINES J., SCHEEN A.J. L'alcoolisme, un modèle d'addiction aux complications somatiques multiples. Rev Med Liège 2013; 68 : 5-6 : 272-280
 89. HAS. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins, Recommandations de la commission d'audition, Mai 2007
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_polyconsommations_-_version_finale_2007_12_21__21_47_28_78.pdf

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

VIVIER Laure Cécile

L'alcool et les adolescents : étude des modes de consommation, des conséquences sanitaires et sociales et des mesures de prévention

RESUME : Dans un contexte sociétal difficile, la consommation d'alcool des adolescents inquiète et préoccupe. Largement relayée par les médias, cette dernière figure d'ailleurs parmi les objectifs majeurs de nos politiques sociales en termes de santé publique. Selon les dernières enquêtes épidémiologiques, ces dix dernières années, une augmentation des ivresses et des alcoolisations ponctuelles importantes apparaît en effet chez les jeunes, témoignant d'un changement dans les modes de consommation d'alcool. Les adolescents consomment irrégulièrement, mais de plus en plus souvent en quantité massive. De plus, des travaux récents mettent aussi en lumière les conséquences sanitaires et sociales désastreuses que peuvent avoir ces usages excessifs.

L'objet de ce travail est de dresser un état des lieux des modes de consommation retrouvés chez nos jeunes français, des connaissances actuelles en termes de dommages et de répercussions de ces usages excessifs, et enfin des programmes et actions de prévention en vigueur.

DISCIPLINE : Pharmacie

MOTS-CLES : Adolescent, alcool, binge drinking, prévention

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Université de Bordeaux

UFR des Sciences Pharmaceutiques

146 rue Léo Saignat

33076 Bordeaux cedex