



Prévention et dépistage du risque alcool chez l'adolescent. Enquête menée auprès des médecins généralistes haut normands

Laetitia Carrus-Deneef

► To cite this version:

Laetitia Carrus-Deneef. Prévention et dépistage du risque alcool chez l'adolescent. Enquête menée auprès des médecins généralistes haut normands. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01300185

HAL Id: dumas-01300185

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01300185>

Submitted on 8 Apr 2016

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015 - 2016

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État

PAR

CARRUS DENEFF LÆTITIA

NEE LE 24/09/1985 à PARIS 14^{ème} (75)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/02/2016

**Prévention et dépistage du risque alcool chez l'adolescent.
Enquête menée auprès des médecins généralistes haut
normands.**

PRÉSIDENT DE JURY : Professeur GERARDIN P.
DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur DEOM J-P.

MEMBRES DU JURY :
Professeur LEVESQUE H.
Professeur GUILLIN O.
Professeur BAGUET A.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité (<i>surnombre</i>)
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Lucille PELLERIN	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
---------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)

Physiologie (ADEN)

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (phar)

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)

Chirurgie Expérimentale

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Priscille GERARDIN,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez recevoir le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

À Monsieur le Professeur Hervé LEVESQUE,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger ce travail et l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN,

Pour avoir accepté de prendre part à ce jury et de porter un intérêt à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Alexandre BAGUET,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

À Monsieur le Docteur Jean-Paul DEOM,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse et pour m'avoir fait confiance dans l'élaboration de ce travail, mais également dans l'exercice de la médecine générale. Je te remercie pour m'avoir guidée et formée dans ce métier.

A toute ma famille et mes amis qui m'ont tant de fois demandé :

« Alors la thèse, ça avance ? C'est pour quand ? » ☺

A ma famille :

Alexandre,

Et voilà mon Amour!! Maintenant on va enfin pouvoir concrétiser nos projets ;)

Merci pour ta patience, ton soutien, ta volonté, ton courage et pour tous ces moments partagés depuis toutes ces années... Je suis tellement fière de toi. Je t'aime.

Mes parents,

Pour votre soutien à chaque instant, votre présence toujours réconfortante, votre confiance aveugle, votre amour, et les valeurs que vous m'avez transmises et qui me servent tous les jours.

Maman tu es toujours une référence de bon sens et de bons conseils auprès de mes patients.

Papa tu es un modèle de générosité et tu m'as transmis le goût et la valeur du travail.

Vous m'avez supportée et soutenue tout au long de ces études, depuis la P1 jusqu'à ce jour. C'est grâce à vous que je suis là aujourd'hui. Je n'y serais jamais arrivée sans vous. Merci !

Mes sœurs, mes beaux frères, mes nièces, mes neveux et Rasta,

Pour votre soutien, votre présence, et pour tous les moments de rigolade et ceux à venir ! J'ai beaucoup de chance de vous avoir.

A ma sœur Chloé : on a affronté ces études ensemble et on a partagé tant de moments inoubliables...

La famille Deneef - Butterlin,

Merci pour votre accueil, votre présence et votre amour. Et n'oubliez pas : peut être un peu plus loin des yeux, mais sûrement pas plus loin du cœur ;)

À mes amis :

Audrey,

Ma « copine de Rouen ». Sans toi je crois que je n'aurais jamais réussi à faire cette thèse ! Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait.

Merci pour toutes ces années passées ensemble, ton amitié, notre complicité, ton écoute et ta présence. Tu m'as fait découvrir et aimer la Normandie, les chocolats chauds aux chocobons, les choux passions, les camaïeux de « taupe », les soldes à Deauville... Rouen m'aura offert une amie précieuse pour la vie, et ce n'est pas 655 km qui vont changer quoi que ce soit !

Un grand merci à toute la famille Lalouette (Papy, Denis, Martine, Anaëlle et Luna), pour avoir fait découvrir à une parisienne les joies de la campagne ! Merci de m'avoir tant de fois hébergée et si gentiment accueillie. Je me suis toujours sentie avec vous comme à la maison !

Merci Anaëlle pour l'orthographe et la syntaxe ;)

Et tous les autres, pour tous les bons moments passés ensembles et ceux à venir...:

Edith, Clémentine et Gaëlle, mes copines de toujours.

Mes amis de Bichat :

- Les rouennais, qui vont beaucoup nous manquer : Emeric et Nathou, Souchon et Ludivine, Benjamin et Anne-Charlotte, JB et Cécile. Je vous dis à tantôt, c'était un rien bien !

- Les bordelais, qu'on a hâte de retrouver : Raf et Chacha, Johanns* et Violaine, Arnaud et Gratiane, Bibi, Djoff, Florie.

*Un immense MERCI mon Yoyo pour ton aide précieuse et si gentille dans l'élaboration de cette thèse. Cela m'a profondément touché.

- Les copines : Isa, Chacha, Amélie, Sarah, Audrey et Anne.

Et à Bichat...

ABBREVIATIONS

ADOSPA : Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis/famille

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test – Court

CAGE : Cut Annoyed Guilty Eyes-openers

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CRAFFT : Car, Relax, Forget, Friends/Family, Trouble

DEP-ADO : dépistage de la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

EMCDDA : European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel de préparation à la défense

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

HAS : Haute Autorité de santé

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

INDISS : Indicateur de suivi de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut International de la Santé et de la Recherche Médicale

IREB : Institut de Recherche scientifique sur les Boissons

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

NIAAA : National Institut on Alcohol Abuse Alcoholism

OFDT : Observatoire Français de Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPIB : Repérage Précoce et l'Intervention Brève

SFA : Société Française d'Alcoologie

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

UIA : Unité Internationale d'Alcool

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	20
I. GENERALITES	21
A. DEFINITIONS	21
1. <i>Adolescence et adolescent</i>	21
2. <i>L'alcool, une substance psychoactive</i>	21
B. CLASSIFICATION DES CONDUITES D'ALCOOLISATION	22
1. <i>Les différentes catégories d'usage d'alcool</i>	22
a. Le non-usage	22
b. L'usage simple	22
c. Le mésusage	22
2. <i>L'intoxication alcoolique aigue, un comportement d'alcoolisation</i>	24
3. <i>Les recommandations de l'OMS</i>	25
II. ADOLESCENT ET ALCOOL	26
A. ÉTAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL DES ADOLESCENTS : SYNTHÈSE DES ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	26
1. <i>En Europe</i>	27
2. <i>En France</i>	28
a. Chez les jeunes collégiens.....	28
b. A la fin de l'adolescence : les données de l'enquête ESCAPAD 2014	29
3. <i>En Haute Normandie</i>	30
B. SPÉCIFICITÉ DES ADOLESCENTS VIS-A-VIS DE L'ALCOOL	32
1. <i>Les différents modes de consommation des adolescents</i>	32
2. <i>Bénéfices et risques de l'alcool selon les adolescents</i>	34
3. <i>Conséquences d'une consommation excessive d'alcool à l'adolescence</i>	35
a. Conséquences à court terme.....	35
b. Conséquences à moyen terme.....	36
c. Conséquences à long terme	37
4. <i>Les facteurs de vulnérabilités</i>	38
III. LA PREVENTION.....	42
A. GENERALITES	42
1. <i>Le développement des compétences psychosociales</i>	42
2. <i>Les stratégies de prévention validées</i>	43
3. <i>Intérêt de la recherche en matière de prévention</i>	43
B. LES PRINCIPAUX ACTEURS DE LA PREVENTION ET LEURS MISSIONS	44
1. <i>Les parents</i>	44
2. <i>Le milieu scolaire</i>	45
3. <i>L'État : une politique de l'alcool</i>	46
a. Réglementation des commerces et de la consommation d'alcool des mineurs en France.....	46

b. Réglementation de la publicité et du marketing	47
c. La sécurité routière.....	47
d. Service de prévention et d'aide à distance	47
4. <i>Le médecin généraliste</i>	48
a. Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)	48
b. Les spécificités de la consultation de l'adolescent	52
5. <i>Réseau de soin et aides aux acteurs</i>	53
IV. OBJECTIF	56
V. MATERIEL ET METHODE.....	56
A. LA POPULATION CIBLE.....	56
B. LE QUESTIONNAIRE.....	57
VI. RESULTATS	58
A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	58
B. LA CONSULTATION DE L' ADOLESCENT EN MEDECINE GENERALE	60
C. LE MEDECIN GENERALISTE EN PRATIQUE	63
D. LE POINT DE VUE DU MEDECIN GENERALISTE	68
VII. DISCUSSION	72
A. LIMITES DE L' ETUDE.....	72
B. PRINCIPAUX RESULTATS	74
1. <i>Consultation de l'adolescent</i>	74
2. <i>Prévention du risque alcool chez les adolescents</i>	76
3. <i>Le repérage précoce et l'intervention brève chez les adolescents</i>	82
4. <i>Consommation « normale » et problème de santé publique</i>	87
C. PERSPECTIVES	90
VIII. CONCLUSION.....	92
IX. ANNEXES	94
X. BIBLIOGRAPHIE.....	108

INTRODUCTION

Par attrait de la nouveauté et par besoin d'imitation, l'adolescence est une période de prise de risque, propice à l'expérimentation dans de nombreux domaines et notamment à l'initiation aux substances psychoactives telles que l'alcool.

L'adolescent recherche ainsi de nouvelles sensations en enfreignant souvent les règles établies, ce qui en fait une période de vulnérabilité particulière vis-à-vis de l'alcool (1).

Cependant, son premier usage, et en particulier la précocité de son initiation, apparaissent comme des déterminants majeurs d'usage problématique par la suite. C'est également à cette période que certains adolescents vont adopter des pratiques dangereuses dont les conséquences sanitaires et sociales, à court ou à long terme, peuvent être dramatiques.

La prévention de la consommation d'alcool à l'adolescence constitue donc un enjeu majeur pour notre société et fait intervenir différents acteurs de l'environnement de l'adolescent, à savoir : les parents, les enseignants, le médecin généraliste et les politiques de santé publique.

Le médecin généraliste, en tant que professionnel de santé de première ligne, semble être un acteur déterminant dans la prévention et le dépistage du mésusage de l'alcool chez ces jeunes patients.

- Les médecins généralistes haut normands font-ils la prévention du risque alcool auprès de leurs patients adolescents ? Cherchent-ils à dépister un éventuel mésusage de l'alcool chez ces jeunes ?
- Quelles sont les principales difficultés qu'ils rencontrent pour aborder cette problématique ?

Afin de bien comprendre l'enjeu et la complexité de la prévention du risque alcool chez les adolescents, nous nous intéresserons dans un premier temps aux spécificités de cette population : leurs modes de consommation, les retentissements somatiques et sociaux d'un usage d'alcool à cet âge, les facteurs de vulnérabilités propres aux adolescents, ou encore les différents acteurs intervenant dans cette prévention et leur rôle auprès de cette jeune génération.

I. GÉNÉRALITÉS

A. Définitions

1. Adolescence et adolescent

L'adolescence est un concept imprécis qui ne connaît pas de définition consensuelle. Cependant, l'étude des différentes définitions permet de dégager une notion fondamentale qui présente l'adolescence comme une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescent s'affranchit progressivement du lien de dépendance aux parents et développe un niveau élevé d'interactions sociales. Devenir adulte, c'est inévitablement faire le deuil du statut d'enfant et avec lui de la sécurité, tant affective que matérielle, apportée par les parents. C'est également affirmer son individualité et acquérir une autonomie nouvelle. Cette étape, capitale dans le développement de l'individu, est ainsi caractérisée par une certaine vulnérabilité psychique pouvant menacer la santé de l'adolescent.

Si le début de l'adolescence est facile à cerner, puisqu'il coïncide avec les premiers signes pubertaires marquant la fin de l'enfance, il n'existe pas de critères précis pour en définir l'achèvement. En effet, l'adolescence est non seulement une période de changement physiologique et physique, mais également psychologique. Ainsi, la fin de l'adolescence ne coïncide pas avec la fin de la puberté, mais correspond à l'affirmation des assises affectives et sociales permettant l'autonomisation de l'individu (2).

Si l'on considère qu'un individu est adulte à partir du moment où il accède à l'autonomie sociale et financière, l'adolescence est à notre époque une très longue période : la puberté est aujourd'hui beaucoup plus précoce et l'autonomie sociale beaucoup plus tardive qu'elle ne l'était dans les siècles voir les décennies antérieures (3).

C'est pourquoi, pour réaliser notre étude, nous avons décidé de nous baser sur la définition de l'adolescent donnée par l'OMS : « est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans » (4).

2. L'alcool, une substance psychoactive

Selon l'OMS, une substance psychoactive est « une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect » (5). En ce qui concerne l'alcool, ces effets varient en fonction des modes de consommation et des quantités consommées, et en cas de mésusage, la consommation d'alcool peut entraîner des conséquences négatives sur la vie quotidienne, les relations sociales et la santé.

B. Classification des conduites d'alcoolisation

1. Les différentes catégories d'usage d'alcool

La Société Française d'Alcoologie (SFA) considère qu'il existe cinq catégories d'usage d'alcool (6) : le non-usage, l'usage simple, l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance.

Le non-usage, l'usage simple et l'usage à risque sont des formes d'usage asymptomatiques, pour lesquelles il n'existe pas, ou pas encore, de conséquences manifestes de l'usage, alors que l'usage nocif et l'usage avec dépendance sont des formes symptomatiques de l'usage, entraînant des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical.

a. Le non-usage

C'est l'absence de consommation de boissons alcoolisées. Il peut être :

- primaire quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, pré-adolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles) ;

- secondaire quand il advient après une période de mésusage : c'est l'abstinence.

b. L'usage simple

Il s'agit d'une consommation à la fois asymptomatique et inférieure aux seuils définis par l'OMS, recommandés en France.

c. Le mésusage

Il rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner. La SFA définit trois groupes de « consommateurs à problèmes » :

- **L'usage à risque :**

Il s'agit d'une consommation asymptomatique, ponctuelle ou régulière, supérieure aux seuils définis par l'OMS, et susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages médicaux, psychiques ou sociaux, voir une dépendance.

Cette catégorie inclut également les consommations égales ou inférieures aux seuils de l'OMS, associées à une situation à risque (conduite de véhicule, consommation rapide...).

- **L'usage nocif :**

C'est l'ensemble des conduites d'alcoolisation qui dépassent les seuils préconisés par l'OMS et qui induisent des dommages somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, en l'absence de dépendance.

- **L'usage avec dépendance (ou alcoolo-dépendance) :**

Il s'agit d'une conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. On distingue schématiquement la dépendance physique, qui se traduit cliniquement par l'installation d'une tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet) et par des signes de sevrage à l'arrêt de la consommation d'alcool (pharmacodépendance) ; et la dépendance psychique qui se traduit par une pulsion à consommer des boissons alcoolisées pour en retrouver les effets.

L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits, qui néanmoins sont souvent associés.

La pyramide de Skinner (*Figure 1*) met en évidence les différents comportements de consommation et le type d'intervention à envisager selon la catégorie d'usage dans laquelle se trouve le patient. Elle peut être utilisée en consultation pour permettre au patient de se situer dans cette pyramide et ainsi envisager avec lui la prise en charge la plus adaptée à son comportement (de la simple information à une prise en charge spécialisée).

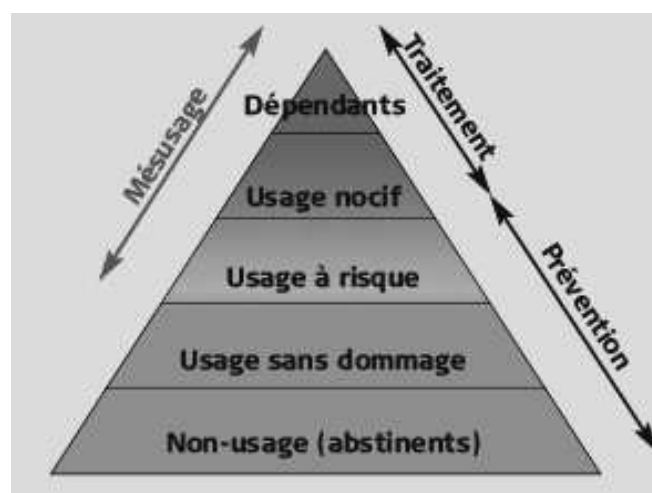


Figure 1 : Pyramide de Skinner adaptée par Batel & Michaud (Source : Dossier *L'Alcoolisme, Le généraliste* n°2358)

2. L'intoxication alcoolique aiguë, un comportement d'alcoolisation

- **L'ivresse :**

Selon l'OMS, l'ivresse est un état d'une durée variable, au cours duquel on observe une atteinte fonctionnelle des performances psychologiques et psychomotrice induite par la présence d'alcool dans l'organisme.

D'après la SFA, c'est une conduite d'alcoolisation aiguë pouvant être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage. A ce titre, elle ne peut être considérée comme une catégorie d'usage (6).

En tant qu'intoxication éthylique aiguë, elle requiert une intervention spécifique pouvant nécessiter une médicalisation, en urgence s'il le faut, adaptée à la gravité de son expression et de ses conséquences. Après dégrisement, il convient d'établir si possible le diagnostic de catégorie de l'usage qui est associé à cette ivresse.

- **L'alcoolisation ponctuelle importante (API) ou « binge drinking » :**

Le terme « binge drinking » nous vient des pays anglo-saxon, où ce mode de consommation a d'ailleurs été observé pour la première fois. En France on parle d'« alcoolisation ponctuelle importante ».

Il s'agit d'une consommation occasionnelle et excessive d'alcool, dans un laps de temps relativement court, qui a pour unique but l'ivresse. C'est un comportement devenu très à la mode chez les adolescents (7).

L'institut américain sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (NIAAA) a donné en 2004 la définition précise du binge drinking, reprise ensuite par l'OMS (8), comme étant la consommation d'au moins 5 unités d'alcool pour les hommes et 4 unités d'alcool pour les femmes, en moins de 2 heures, avec une alcoolémie atteinte de 0,8 g par litre de sang (9).

3. Les recommandations de l’OMS

L’OMS a émis des recommandations reconnues au niveau international pour une consommation à moindre risque.

Elles s'appuient sur l' « unité internationale d'alcool » (UIA), qui équivaut à un verre standard, et dont le contenu en alcool pur est égal à dix grammes. (ANNEXE 1)

Les seuils définis par l’OMS sont les suivants (10) :

- jamais plus de 4 verres par occasion, pour l’usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l’homme (3 verres par jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

L'OMS recommande également de ne pas boire d’alcool dans certaines circonstances particulières, comme par exemple, pendant la grossesse ou l’enfance.

II. ADOLESCENT ET ALCOOL

A. État des lieux de la consommation d'alcool des adolescents : synthèse des enquêtes épidémiologiques

Plusieurs enquêtes nationales et internationales permettent de décrire de façon quantitative la consommation d'alcool et l'évolution des usages des jeunes, en s'appuyant sur des échantillons représentatifs de collégiens et de lycéens :

- ✓ **L'enquête HBSC** (Health Behaviour in School-aged Children) est une enquête internationale réunissant plus de 40 pays essentiellement européens, qui interroge les collégiens de 11, 13 et 15 ans. Elle est menée par l'OMS tous les 4 ans depuis 1982, et est réalisée en France en collaboration avec l'INSERM. Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'enquête HBSC 2010. Les résultats de l'enquête HBSC 2014 devraient paraître au printemps 2016.
- ✓ **L'enquête ESPAD** (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) est une enquête européenne, interrogeant les lycéens. La dernière s'est déroulée en 2011 (la prochaine enquête « ESPAD 2015 » est en cours).
- ✓ **L'enquête ESCAPAD** (Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel de préparation à la défense) est une enquête nationale qui interroge les adolescents âgés de 17 ans. Elle est réalisée par l'OFDT (Observatoire Français de Drogues et des Toxicomanies) en partenariat avec la DSN (direction du service national). Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'enquête ESCAPAD 2014.
- ✓ Les enquêtes réalisées par l'IREB (Institut de recherche scientifique sur les boissons), permettent de mieux cerner les attitudes et comportements spécifiques des jeunes français à l'égard des boissons alcoolisées.
- ✓ Le **Baromètre santé**, est une enquête réalisée par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), auprès de la population générale.

Les principaux indicateurs utilisés dans ces enquêtes sont définis dans l'ANNEXE 3.

1. En Europe

D'après les chiffres des enquêtes HBSC en 2010 (11) et ESPAD en 2011 (12), la France se situe parmi les pays européens les moins concernés par les consommations d'alcool hebdomadaire et les usages réguliers chez les jeunes de 15 à 16 ans.

Cependant, la France se démarque des autres pays européens avec des niveaux supérieurs à la moyenne en ce qui concerne les API (12). (Figure 2)

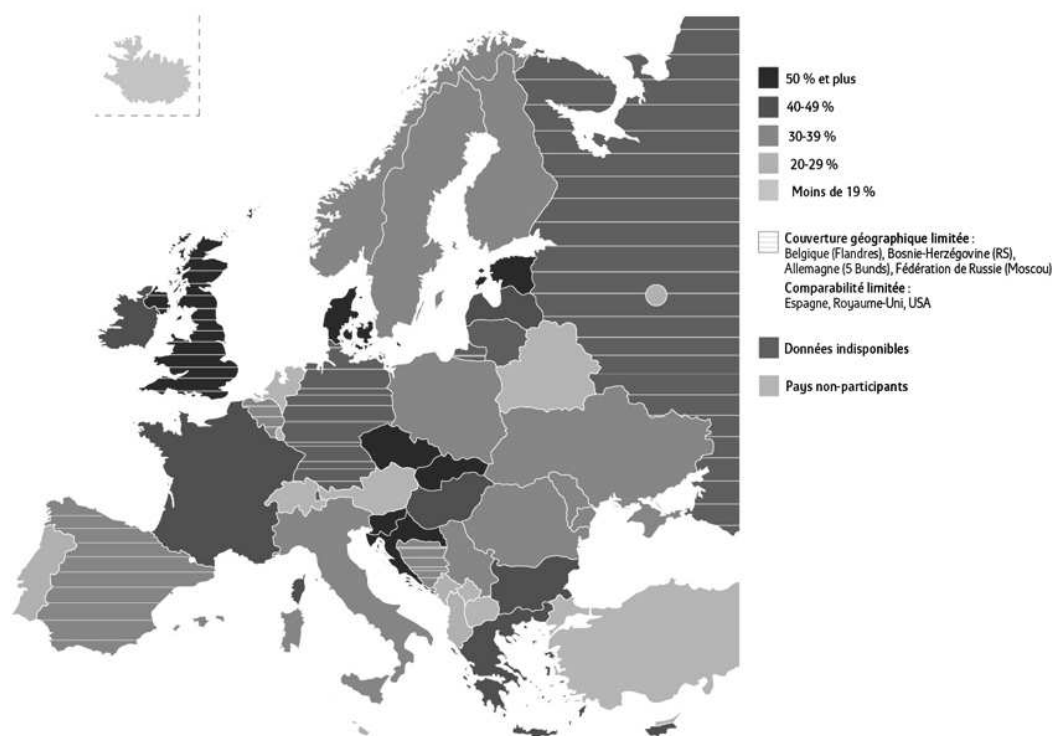


Figure 2 : API dans le mois à 16 ans, en Europe, en 2011. (Source : *Enquête ESPAD 2011*)

2. En France

En France, l'alcool est la première substance psychoactive en termes de niveau d'expérimentation, d'usage occasionnel et de précocité d'expérimentation (13).

Les premières ivresses et les premières consommations régulières se développent fortement pendant les « années collège » et s'intensifient ensuite tout au long du lycée. L'âge moyen de la première consommation est d'environ 13 ans (11), et celui de la première ivresse d'environ 15 ans (14).

a. Chez les jeunes collégiens

L'alcool est le produit le plus précocement expérimenté à l'adolescence et ceci avant même l'entrée au collège : d'après l'enquête HBSC en 2010, plus de la moitié (59,3 %) des élèves en classe de 6^{ème} ont déjà goûté à une boisson alcoolisée (15).

Si le collège ne paraît pas être une période spécifique pour découvrir l'alcool, c'est une période où son abus augmente fortement (13).

Son expérimentation progresse ainsi continuellement tout au long du collège, et fini par concerner 8 élèves sur 10 (83,2 %) en classe de 3^{ème} (11).

En ce qui concerne les ivresses alcoolique, environ 1 collégien sur 6 dit avoir déjà été ivre, avec des niveaux qui sont multipliés par 5, entre la 6^{ème} (6,8%) et la 3^{ème} (34,0 %) (11).

Pour la consommation régulière de boissons alcoolisées, une différence nette marque les élèves de 4^{ème} (2,5 %) et ceux de 3^{ème} (7 %) (11).

Les garçons se révèlent plus précoces que les filles, et sont plus nombreux qu'elles à consommer au début du collège, mais ces dernières « rattrapent » leur retard dès la 4^{ème}. A la fin du collège, filles et garçons présentent des niveaux de consommation comparables (11). Cependant l'écart entre garçon/fille s'accroît dès lors que le niveau de consommation s'élève (11).

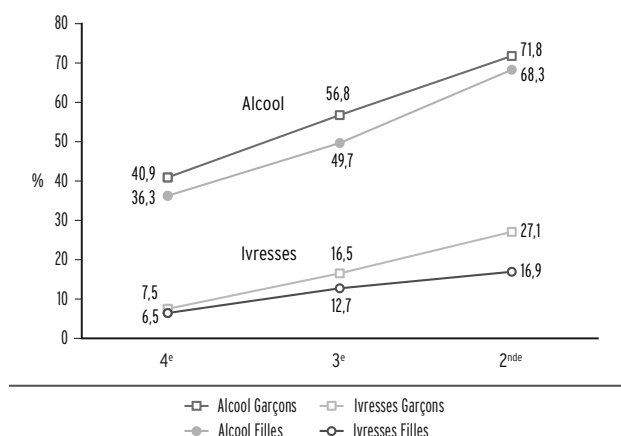


Figure 3 : Usages d'alcool et ivresses au cours des 30 derniers jours par sexe et par classe en France, en 2010 (en %). (Source HBSC - INPES)

b. A la fin de l'adolescence : les données de l'enquête ESCAPAD 2014

• Les consommations d'alcool à 17 ans en 2014 (16) :

- près de 9 adolescents sur 10 (89,3%) ont déjà bu de l'alcool ;
- environ 6 jeunes sur 10 (58,9 %) déclarent avoir déjà été ivre au cours de leur vie ;
- près de la moitié des jeunes (48,8 %) déclare au moins 1 API dans le mois et 3 % en déclarent au moins 10.
- les consommations régulières sont plus rares (environ 10%).

La consommation d'alcool reste un comportement majoritairement masculin, et l'écart entre garçon/fille s'accroît dès lors que le niveau de consommation s'élève. Ainsi, près de trois fois plus de garçons que de filles déclarent un usage régulier.

• Évolutions des consommations d'alcool à 17 ans, entre 2000 et 2014 (16):

- baisse des expérimentations (de 95% en 2000 à 89,3% en 2014) ;
- augmentation des usages réguliers (10,9 % en 2000 à 12,3% en 2014) ;
- stabilisation des ivresses depuis 2005, après une période de forte hausse.

• Évolutions des API à 17 ans, entre 2005 et 2014 (16):

- baisse des API dans le mois et des API répétées, après une période de forte hausse entre 2005 et 2011 ;
- augmentation continue des API régulières (2,2% en 2005, à 3,0% en 2014).

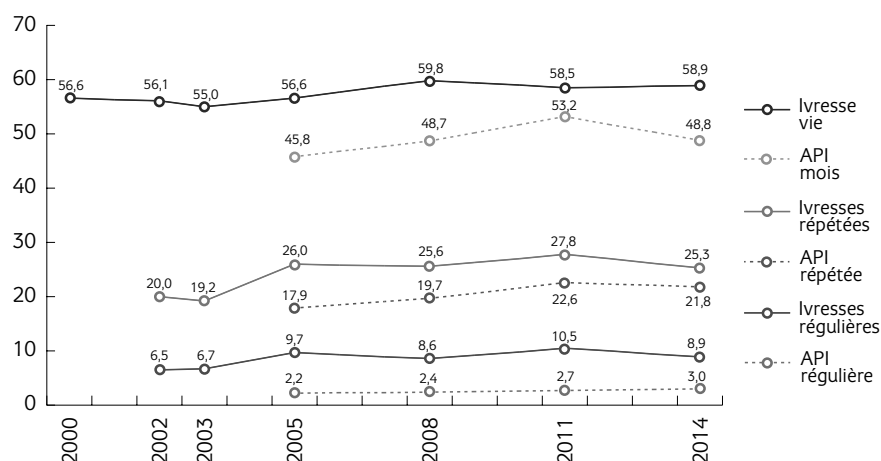


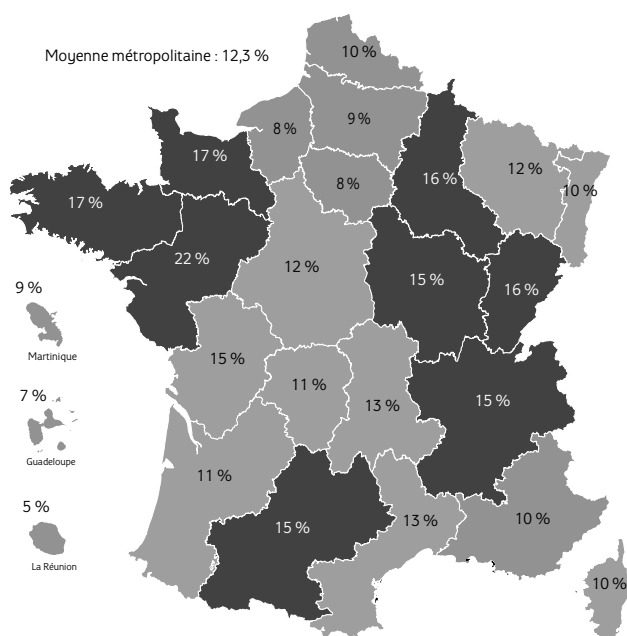
Figure 4 : Évolutions des ivresses alcooliques à 17 ans en France entre 2000 et 2014 (en %).
(Source : Enquêtes ESCAPAD – OFDT)

3. En Haute Normandie

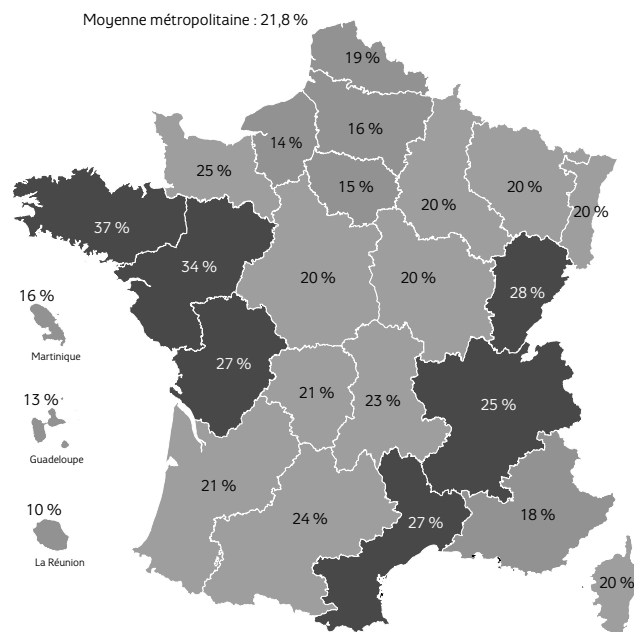
Les chiffres de la consommation d'alcool chez les jeunes français âgés de 17 ans sont très contrastés selon les régions (17). Au sommet des consommations on retrouve à l'Ouest, la Bretagne et les Pays de la Loire très largement en tête des régions les plus consommatrices (18). A contrario, la région PACA et un ensemble de régions au Nord, incluant le Nord Pas-de-Calais, la Picardie, la Haute-Normandie et l'Île-de-France, présentent un caractère sous-consommateur (17).

En 2005, l'INPES et l'OFDT publient le premier Atlas régional des consommations d'alcool (19). Les données recueillies montrent notamment que les adolescents haut normands déclarent plus souvent que les autres avoir bu la dernière fois en compagnie de leurs parents (35% contre 30,8% en métropole), et que les consommations d'alcool ont plus souvent lieu au domicile ou chez des amis (56% contre 49,5% en métropole), plutôt que dans les bars ou les lieux publics (19).

D'après l'enquête ESCAPAD 2014, la consommation moyenne des jeunes haut normands de 17 ans est inférieure à la consommation moyenne nationale, et ce quel que soit le type d'usage (17). Ces derniers se distinguent notamment par les taux les plus bas d'usages réguliers d'alcool (*carte n°1*) et d'API (*carte n°2*), par rapport au reste du territoire (17).



Carte n°1 : Usage régulier d'alcool à 17 ans en France, en 2014 (en %). (Source ESCAPAD-OFDT)



Carte n°2 : API à 17 ans en France, en 2014 (en %) (Source ESCAPAD-OFDT)

- **Une enquête régionale :**

L'enquête INDICateurs de Suivi en Santé (Indiss) a été menée auprès d'un échantillon d'élèves de 5^{ème} (20) et de 2^{nde} (21) scolarisés dans les établissements publics de Haute Normandie durant l'année scolaire 2012-2013. Un questionnaire anonyme comprenant le test CRAFFT (ce test sera défini page 50) a été renseigné par chaque élève.

Cette enquête nous donne un aperçu des comportements d'alcoolisation des adolescents hauts normands. Les principaux résultats sont les suivants :

- En classe de 5^{ème}, 2 élèves sur 5 ont déjà expérimenté l'alcool, et 1 élève sur 10 a déjà été ivre (20) ;
- En classe de 2^{nde}, 4 élèves sur 5 ont déjà bu de l'alcool. Parmi ces élèves, près de la moitié (46,2%) a déjà connu un état d'ivresse (21).

D'après le test de CRAFFT, parmi les élèves déclarant avoir bu au cours des douze derniers mois (9 élèves sur 10), plus d'un quart d'entre eux (26,3 %) présenterait un mésusage de l'alcool (21).

Cependant, ces résultats ne reflètent pas vraiment le ressenti qu'ont les élèves de la dangerosité de leur consommation. En effet, 75,3 % des élèves présentant un test de CRAFFT positif ont déclaré que leur consommation d'alcool n'était pas dangereuse pour leur santé, et seulement 14,5 % d'entre eux ont estimé qu'elle était dangereuse (21).

B. Spécificité des adolescents vis-à-vis de l'alcool

Afin d'effectuer un travail de prévention efficace, il est important de comprendre l'adolescent dans sa globalité : sa vision du produit, ses vulnérabilités ou encore ses modes de consommations.

1. Les différents modes de consommation des adolescents

Les modes de consommation des jeunes ont considérablement évolué ces dernières décennies.

La précocité est un élément qui est souvent mis en avant et ce n'est pourtant pas cela qui a changé, mais bien la façon dont les jeunes consomment. Les générations précédentes consommaient l'alcool plutôt comme un aliment au moment des repas, alors que les jeunes de nos jours font de l'API (ils consomment énormément et rapidement de l'alcool dans le seul but d'être ivre) (22). Ces comportements sont souvent planifiés, prémédités au sein des groupes de pairs et ont souvent lieu le samedi soir. La plupart d'entre eux recherche dans ce comportement les effets psychotropes de l'alcool, et le consomment comme une drogue : ils recherchent la « défonce » (23).

Ce mode de consommation peut être festif, entre amis, mais aussi auto-thérapeutique ou toxicomaniaque.

L'un des principaux enjeux pour le médecin généraliste dans la prévention et le dépistage d'un mésusage d'alcool chez l'adolescent, est de définir son mode de consommation afin d'adapter au mieux sa prise en charge.

- **D'une consommation familiale, à une consommation autonome :**

En France, les jeunes ont un double usage de l'alcool : le plus souvent modéré en famille et important, même si occasionnel, en groupe (24).

L'initiation à l'alcool se fait le plus souvent dans un cadre familial, et une part non négligeable (31%) des alcoolisations à 17 ans a lieu avec les parents (1). Ces derniers ne sont donc pas étrangers à la consommation d'alcool de leurs enfants, d'autant plus que les sorties arrosées du samedi soir reçoivent le plus souvent leur aval (25).

- **La consommation festive :**

C'est le type de consommation le plus fréquent à l'adolescence : elle concerne 85% des jeunes de 17 ans (1) et a lieu le plus souvent entre amis, le week-end ou pendant les vacances. C'est l'effet euphorisant qui est principalement recherché.

Dans ce type de consommation, on ne retrouve pas nécessairement de facteurs de risque familiaux ou individuels, et il n'y a pas de retentissement social, ni scolaire.

Toutefois, l'habitude de boire peut s'installer, souvent sous la pression d'un groupe de pair, et conduire à une escalade dans la consommation (26). La prévention sur les risques de l'alcool chez les adolescents est ici primordiale.

- **La consommation auto-thérapeutique :**

C'est l'effet anxiolytique ou antidépresseur voire excitant de l'alcool qui est recherché. Cette consommation est souvent solitaire, cachée et régulière. L'adolescent a tendance à s'isoler et a une vie sociale plutôt pauvre.

Ce mode de consommation de l'alcool peut traduire un mal être, voir un comportement suicidaire. L'alcool est alors considéré comme un remède à des difficultés personnelles.

Le développement d'une dépendance est à craindre dans ce type de consommation (26), et une prise en charge spécialisée est souvent nécessaire.

- **La consommation toxicomaniaque :**

Ici, l'effet « anesthésie / défoncé » est recherché. La consommation peut être à la fois solitaire ou en groupe, régulière voire quasi quotidienne.

L'exclusion de la scolarité et des circuits sociaux est fréquente, et on retrouve très souvent des facteurs de risque socioéconomiques et familiaux chez ces adolescents.

Ce type de consommation s'accompagne souvent de la prise concomitante d'autres substances psychoactives licites (tabac) ou illicites (cannabis, cocaïne, amphétamines...), dont l'alcool amplifie les effets.

2. Bénéfices et risques de l'alcool selon les adolescents

Les adolescents sont plus réceptifs aux effets de l'alcool ressentis comme « positifs ». Les raisons de leur consommation reposent surtout sur le plaisir de la fête et la quête de l'ivresse, dans laquelle ils perçoivent un certain nombre de bénéfices, tout au moins à court terme (27).

D'après différentes études (28) (29), les bénéfices les plus souvent recherchés sont : l'amusement, la détente, échapper à la routine quotidienne, oublier les problèmes personnels, se sentir heureux, rencontrer l'autre sexe, acquérir du prestige auprès des pairs (« faire comme les copains », trouver de l'assurance en groupe), favoriser les interactions sociales, tester ses limites (recherche de la performance), défier l'autorité (recherche de la transgression, s'opposer aux adultes), la désinhibition, ou encore se sentir adulte.

Une étude récente suggère qu'une consommation d'alcool affichée sur les réseaux sociaux augmente la popularité des adolescents (30).

S'agissant des effets négatifs attendus, les jeunes anticipent surtout les conséquences physiques désagréables et transitoires consécutives à l'absorption d'alcool, telles que « la gueule de bois » ou « se sentir malade », et moins souvent les écarts de comportements (comme l'agressivité), les problèmes de santé, les problèmes judiciaires ou les accidents (24).

3. Conséquences d'une consommation excessive d'alcool à l'adolescence

Les adolescents sont en général réceptifs aux effets indésirables d'une consommation excessive d'alcool à court terme. Cependant, ils sont peu sensibles aux risques sanitaires et sociaux à moyen et long terme, car il s'agit pour eux d'un risque très lointain ne les concernant pas vraiment (1).

- **Les dommages sanitaires** peuvent être définis comme l'ensemble des maladies et traumatismes provoqués par la consommation d'alcool.

L'alcool ayant une excellente capacité de diffusion dans l'organisme, aucun organe, ni aucun tissu humain n'échappe à sa diffusion et à son imprégnation. La consommation d'alcool expose donc à des risques multiples pour la santé, à court, moyen et long terme, en fonction des quantités absorbées et des modes de consommations. Plus l'initiation à l'alcool a lieu tôt dans la vie de l'adolescent, plus les dommages sont importants.

L'alcool est également responsable de nombreux accidents et de comportements violents (31).

- **Les dommages sociaux** sont les répercussions négatives de la consommation d'alcool sur la vie sociale de l'individu.

La consommation excessive d'alcool peut entraîner des problèmes familiaux, judiciaires, scolaires/professionnels, pouvant mener à une délinquance, un échec scolaire/professionnel, un isolement, ou à une situation précaire voire marginale (31).

a. Conséquences à court terme

Les principaux effets immédiats de l'alcool chez les adolescents, sont : une désinhibition, une diminution du contrôle de soi, une altération des réflexes et de la vigilance, une mauvaise coordination des mouvements, une perturbation de la vision et de la parole, ou encore une somnolence (14).

Ces effets peuvent être à l'origine d'accidents de la route, d'accidents domestiques, de comportements violents, ou de rapports sexuels non voulus ou non protégés, pouvant entraîner des infections sexuellement transmissibles ou des grossesses non désirées (14). La consommation excessive d'alcool est l'une des causes principales de traumatisme et de décès prématurés à l'adolescence (14).

b. Conséquences à moyen terme

Les complications les plus fréquentes à moyen terme sont dues aux effets neurotoxiques de l'alcool (27). En effet, le cerveau des adolescents poursuit d'importantes étapes de maturation jusqu'à l'âge de 25 ans (27), ce qui le rend plus vulnérable à l'alcool que celui des adultes. Les déficits observés sont proportionnels à la quantité d'alcool consommée et au mode de consommation (27). Ainsi, les consommations excessives, comme les API, portent progressivement atteinte au cerveau et à son fonctionnement, en altérant principalement la neurogenèse (la formation de nouveaux neurones) et les capacités d'apprentissage et de mémorisation (altération de la concentration et de l'attention) (27).

Une équipe de l'INSERM (Unité 982/Université de Rouen, Mont-Saint-Aignan) a mené en 2014 une étude chez la souris (32), en exposant des animaux adolescents et adultes à une prise excessive d'alcool, unique ou répétée. Les chercheurs ont ensuite analysé l'expression de nombreux gènes dans le cerveau des animaux et les ont soumis à des tests comportementaux. Les résultats montrent que certains gènes associés à la réparation des dommages à l'ADN sont sous-exprimés chez les souris adolescentes pendant les heures qui suivent la prise d'alcool, empêchant alors la correction des dégâts causés par les composés oxydatifs libérés par l'éthanol. Chez les souris adultes, cette anomalie ne survient pas et les éventuelles réparations nécessaires sont effectuées.

Les chercheurs ont également observé une réduction de la neurogenèse chez les souris adolescentes exposées à une prise répétée d'alcool. Ces dernières ont aussi présenté de plus grandes difficultés que les adultes à circuler dans des labyrinthes ou à reconnaître des objets, ce qui traduit un déclin transitoire de la mémoire à court terme.

Les auteurs n'ont pas retrouvé ces effets avec des consommations modérées d'alcool. Cependant d'autres travaux ont montré que la prise d'alcool en quantité « raisonnable » semble avoir d'autres conséquences néfastes chez l'adolescent, dont celui d'augmenter le risque ultérieur de dépendance (32).

c. Conséquences à long terme

L'alcool à forte dose entraîne un remodelage des connexions entre les neurones qui permet au cerveau de s'adapter à cette consommation, d'en amoindrir les effets et de créer ainsi un appel à la consommation (7). Le cerveau des adolescents étant particulièrement vulnérable, la pratique de l'API à cette période constitue donc un facteur de risque considérable d'usages problématiques ultérieurs voir de la survenue d'une dépendance. Ainsi, l'immense majorité des alcoolo-dépendants avérés ont commencé leur consommation à l'adolescence (33).

De même, une consommation quotidienne et abusive d'alcool peut également être responsable de nombreuses complications organiques et psychiatriques (34).

Une consommation excessive et chronique d'alcool à l'adolescence peut également être à l'origine d'un désinvestissement professionnel ou scolaire, d'un état dépressif ou encore d'une rupture avec son entourage, et ainsi avoir une incidence négative sur le niveau d'étude et le niveau socioéconomique futur de l'adolescent (1).

4. Les facteurs de vulnérabilités

L'adolescence constitue à elle seule un facteur de vulnérabilité. En effet, c'est une période de bouleversements neuropsychologiques et sociaux, propice à la découverte et à la quête de nouveaux défis (1).

De plus, les adolescents sont particulièrement sensibles à l'alcool pour deux raisons : premièrement leur corps, en plein développement, ne produit pas en quantité suffisante l'enzyme responsable de l'élimination de l'alcool, et deuxièmement leur corpulence étant moindre, le taux d'alcool dans le sang augmente bien plus vite que dans celui d'un adulte (1).

Cependant, il existe également des facteurs individuels ou environnementaux qui favorisent, voire prédisposent les adolescents à un usage problématique de l'alcool :

• Facteurs psychologiques :

Il existe plusieurs facteurs psychologiques susceptibles d'entraîner un mésusage, voir une addiction, comme :

- Certains traits de personnalité tels que la faible estime de soi, la timidité ou encore la recherche de sensations fortes ;
- De nombreux troubles psychiatriques comme les troubles anxieux, le TDAH (trouble déficit de l'attention/hyperactivité), les troubles bipolaires, les troubles du sommeil, les troubles des conduites alimentaires (anorexie et boulimie), les troubles psychosomatiques (tels que les migraines, les céphalées ou la spasmophilie), ou encore les personnalités antisociale et borderline (1) ;
- Des événements de vie négatifs, tel qu'un deuil, une maltraitance, un abus sexuel ou une absence de domicile fixe.

• Facteurs génétiques :

Une part non négligeable du risque de développer une dépendance serait attribuable à des facteurs génétiques parmi lesquels de nombreux gènes candidats ont été identifiés (27). Des études familiales et d'adoption (35), ont ainsi montré que les facteurs génétiques augmenteraient de 40 à 60 % le risque de développer une dépendance.

D'autres travaux ont montré qu'une exposition à l'alcool in utero ou une expérimentation précoce, augmenterait considérablement le risque de devenir dépendant (7). Ainsi, une initiation à l'alcool vers 11-12 ans, multiplierait ce risque par 4 ou 5, par rapport à une initiation vers 18 ans (7). Un développement pubertaire précoce pourrait également être un facteur de risque d'alcoololo-dépendance (7).

- **Facteurs familiaux :**

L'influence parentale sur la consommation des jeunes semble agir de deux manières (36) :

- une influence directe : le comportement des parents en tant que consommateurs et les normes véhiculées au sein de la famille en matière d'alcool, ont un impact direct sur l'attitude des adolescents face à cette substance (10). Ainsi, le risque pour un enfant de développer à l'adolescence un abus ou une dépendance est proportionnel à l'importance des conduites d'alcoolisation de ses parents et à la précocité de son exposition à ces conduites (37) : les enfants de consommateurs excessifs d'alcool ont deux fois plus de risque d'être eux-mêmes des consommateurs réguliers (38).

- une influence indirecte : si l'adolescent perçoit un manque de proximité avec ses parents, il peut être tenté d'aller chercher des compensations dans un groupe de pairs déviant. Ainsi, plus le climat familial est défavorable (mauvaises entente, manque d'implication des parents dans la vie de leur enfant ou au contraire parents réprimandant chaque comportement d'autonomie de leurs enfants) plus l'influence des pairs sur le comportement des adolescents est déterminant (1).

La situation familiale apparaît également fortement associée à la consommation d'alcool : les jeunes dont les parents ne vivent pas ensemble (famille monoparentale ou recomposée) ou qui séjournent hors de leur foyer (internat...), déclarent davantage d'ivresses répétées et s'avèrent plus souvent consommateurs réguliers que les autres (14). Il est probable que l'absence de l'un ou des deux parents entraîne une augmentation des opportunités de consommer (14).

- **Le sexe :**

Dans notre pays, la consommation d'alcool reste un comportement très masculin, et ce quel que soit l'âge (39). D'une part les garçons y voient une marque de virilité, et d'autre part l'abus d'alcool chez les femmes reste socialement très mal accepté (39).

De plus, les parents d'adolescents sont souvent plus regardant et plus sévères sur les sorties de leurs filles, qui restent ainsi davantage confinées au domicile familial que les garçons (39). Elles anticipent également plus souvent que les garçons les conséquences désagréables liées à la consommation d'alcool (39).

- **Cercle amical :**

Les pairs ont une influence considérable sur la consommation des adolescents (40) (41). Leur présence sécurise et encourage le jeune à adopter les mêmes modes de consommations qu'eux. Ainsi, les adolescents dont les amis consomment de l'alcool présentent des niveaux de consommation plus élevés que les autres (24). Plus les adolescents sont jeunes (10-12 ans), et plus ils sont influençables par la consommation de leurs pairs (42).

L'enquête HBSC a montré une corrélation entre la fréquence des soirées entre amis et l'usage régulier chez les adolescents de 15 ans (14).

- **Parcours scolaires :**

Quel que soit leur âge, les adolescents qui ont un parcours scolaire perturbé (redoublement, filière professionnelle, décrochage scolaire, déscolarisation) ont des niveaux plus élevés d'usage problématique d'alcool (16). Les jeunes en apprentissage et ceux sortis du système scolaire sont ainsi plus nombreux que les jeunes scolarisés à déclarer boire régulièrement de l'alcool ou connaître des API répétées (16).

- **Conditions socioéconomiques :**

Les adolescents issus de milieux favorisés ont des niveaux d'expérimentation et de consommation d'alcool plus élevés. Ceci peut s'expliquer notamment par la plus grande probabilité de trouver de l'alcool dans ces foyers (43), ou par l'argent de poche perçu directement par l'adolescent (14), lui permettant de se procurer des boissons alcoolisées.

Cependant, les jeunes des milieux favorisés présenteraient moins de difficultés psychologiques concomitantes, ce qui leur permettrait de mieux maîtriser leurs consommations. Au contraire, les jeunes de milieux défavorisés (faibles revenus ou profession peu qualifiée des parents) présenteraient plus de risque de développer des troubles émotionnels et comportementaux et seraient donc plus vulnérables (36). Ces jeunes présenteraient donc un risque plus élevé de consommation régulière d'alcool et d'API (44).

- **Facteur géographique :**

Les adolescents vivant dans une commune rurale (moins de 2 000 habitants) ont des niveaux d'usage régulier d'alcool plus élevés que les jeunes vivant dans des agglomérations de grande taille (>200 000 habitants) (16).

- **Facteurs culturels :**

De toutes les substances psychoactives, l'alcool est celle qui tient une place privilégiée dans notre société : elle est partie intégrante de notre culture, de nos traditions, et de notre patrimoine (35). L'alcool est fortement intégré aux relations sociales (repas en famille ou entre amis, célébrations en tous genres, etc.).

La religion joue également un rôle dans les comportements de consommation : on retrouve des symboles religieux dans le vin chez les catholiques et chez les orthodoxes, alors que chez les musulmans l'alcool est interdit (45).

- **Publicité et marketing : la jeunesse, un marché pour les alcooliers**

Les industriels de l'alcool développent des stratégies marketing et des actions publicitaires à destination des jeunes pour les inciter à consommer leur produit (46).

Plusieurs études ont montré un lien significatif entre l'exposition des jeunes à cette publicité et les comportements d'API, l'initiation à l'alcool et l'augmentation de la consommation (46).

Un exemple poignant est l'apparition ces dernières années de nouveaux produits visant spécifiquement les adolescents : les « premix » ou « alcopops ». Ce sont des alcools souvent fort, mélangés à des sodas sucrés ou à des sirops colorés, qui semblent conçus spécifiquement pour les adolescents de 12 à 17 ans (47). Il est vrai que tout est pensé pour plaire à cette population, de leur composition au packaging.

III. LA PRÉVENTION

Comme nous venons de le voir, les adolescents constituent une population particulièrement vulnérable, à haut risque de boire avec excès, et dont les conséquences d'un tel comportement à cette période peuvent être considérables.

Les enjeux de la prévention de l'alcool à cette période sont donc majeurs, et visent principalement à prévenir son initiation ou à en retarder l'âge, à diminuer les consommations, et à sensibiliser sur les risques d'un mésusage (1).

La prévention du risque alcool auprès d'une population présentant de nombreuses spécificités est complexe et fait intervenir différents acteurs de l'environnement de l'adolescent (48) (49). Il existe ainsi de multiples modalités d'interventions (50).

A. Généralités

1. Le développement des compétences psychosociales

On retrouve cette notion dans la majorité des stratégies d'interventions visant à prévenir et à diminuer la consommation d'alcool des adolescents. L'acquisition de telles compétences est notamment indispensable pour prévenir l'initiation. Il s'agit par exemple de l'aptitude d'un adolescent à résister à l'influence des pairs ou de l'aptitude de ses parents à communiquer, fixer des limites et gérer des conflits (51).

L'OMS définit ces compétences comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » (52).

Les 10 principales compétences psychosociales (ou aptitudes essentielles) établies par l'OMS (52) vont par 2 et sont :

- Savoir résoudre les problèmes / Savoir prendre des décisions ;
- Avoir une pensée critique / Avoir une pensée créatrice ;
- Savoir communiquer efficacement / Être habile dans les relations interpersonnelles ;
- Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres ;
- Savoir gérer son stress / Savoir gérer ses émotions.

Elles sont donc étroitement liées à l'estime de soi et aux relations aux autres (51).

2. Les stratégies de prévention validées

L'INPES a réalisé en 2011 une synthèse de la littérature portant sur les interventions validées comme étant efficaces en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes (50), en fonction de la tranche d'âge des bénéficiaires : moins de 10 ans, 10 à 15 ans et plus de 16 ans.

Ces interventions ont permis dans l'ensemble de retarder l'initiation à l'alcool et/ou de diminuer à court et long terme la consommation d'alcool et les API (50).

On remarque notamment que l'implication des parents est quasi systématique dans les interventions s'adressant aux enfants de moins de 10 ans, qu'elle reste fréquente pour les adolescents de 10 à 15 ans, mais qu'elle n'apparaît plus dans les programmes visant les jeunes de plus de 16 ans (50).

On constate également que la plupart des interventions visant les jeunes de moins de 15 ans sont menées en milieu scolaire (50), alors que celles visant les jeunes de plus de 16 ans proposent plutôt un feedback normatif personnalisé, pouvant être réalisés par ordinateur ou en face-à-face individuel appelé « intervention brève » (50). L'intervention brève nécessite une formation spécialisée et est réalisée la plupart du temps par les professionnels de santé. Cette notion sera plus amplement développée page 51.

3. Intérêt de la recherche en matière de prévention

Le partage des données internationales sur les interventions validées en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes, constitue une base pour développer nos propres stratégies dans ce domaine.

Cependant la majorité des études ont été réalisées à l'étranger. Or de nombreux travaux ont montré que l'efficacité des stratégies de prévention dépend en partie du contexte culturel (53). Il faudrait donc étudier la transférabilité de ces programmes au contexte français, comme cela a déjà été fait dans d'autres pays (1), comme la Belgique, l'Espagne ou encore l'Italie.

B. Les principaux acteurs de la prévention et leurs missions

Pour être optimale, la prévention auprès des adolescents doit débuter avant même l'entrée dans la consommation (plus la prévention débute tôt, meilleurs sont les résultats), et doit impérativement s'appuyer sur l'ensemble des acteurs (54) en contact avec les jeunes.

1. Les parents

Les parents demeurent des acteurs essentiels dans la vie de leurs adolescents (55). En effet, même si les jeunes semblent vouloir échapper à leur autorité, ils demeurent très sensibles aux messages véhiculés par leurs parents. Ces derniers sont donc une cible de choix pour la prévention (1).

Pourtant, les parents sont la plupart du temps absents de ces programmes, car ils sont souvent considérés comme incompetents.

En effet, leur attitude face à la consommation d'alcool de leur enfant dépend notamment de la perception qu'ils ont de sa dangerosité et de son usage à cette période. Or, des études sur la perception des risques (56) montrent que les parents ont plutôt tendance à banaliser ou minimiser les dangers d'une consommation d'alcool à cet âge. De plus de nombreux parents se sentent démunis face aux consommations de leurs enfants (36).

Afin d'éduquer leurs enfants à une consommation responsable, les parents doivent être informés régulièrement sur les dommages liés aux consommations précoces, régulières et/ou excessives d'alcool, et sur l'évolution des modes de consommation des jeunes (1). Ils doivent également pouvoir se sentir à l'aise et crédible pour parler d'alcool avec leurs enfants, même si ils sont eux-mêmes consommateurs. Cette information doit donc être accompagnée de conseils pratiques sur la manière de communiquer avec les adolescents (1).

Informier, conseiller et orienter fait partie des compétences du médecin généraliste (58).

2. Le milieu scolaire

De par sa mission éducative, le milieu scolaire est pleinement impliqué dans la prévention de la consommation d'alcool (59). De plus, l'adolescent y passe un temps considérable et y rencontre le plus souvent les pairs avec lesquels il expérimentera et consommera de l'alcool.

Une revue de la littérature du EMCDDA (Centre de monitoring européen des drogues et des addictions aux drogues) (60) a d'ailleurs démontré l'efficacité des programmes de prévention menés dans les écoles, visant à réduire la consommation d'alcool des jeunes.

Pour être efficace, la prévention doit commencer dès l'école primaire, où les enfants sont beaucoup plus malléables et où l'enseignant y a encore une place importante (54). Les messages y sont ainsi plus facilement diffusés et intégrés.

En France, le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (61), auquel participe l'Éducation nationale, stipule que « la prévention des conduites addictives en milieu scolaire s'inscrit dans une démarche globale d'éducation à la santé et vise à développer chez les élèves des compétences psychosociales leur permettant de faire des choix éclairés et responsables ».

Pour cela il faudrait renforcer la formation des intervenants en milieu scolaire (enseignants, personnels de santé, conseillers d'éducation, etc.) en les sensibilisant aux problèmes de l'alcool à l'adolescence et en les formant aux méthodes de développement psychosocial et au repérage des jeunes les plus vulnérables.

3. L'État : une politique de l'alcool

De nombreuses études ont démontré l'efficacité de certaines mesures législatives sur la réduction des risques d'une consommation excessive d'alcool à l'adolescence (62). Les plus efficaces d'entre elles sont : l'augmentation des prix/taxes de l'alcool, la diminution de la densité des points de vente de boissons alcoolisées, l'augmentation de l'âge minimum légal requis pour son achat, la limitation de la publicité, et les actions de sécurité routière (62).

La France dispose d'un cadre législatif et réglementaire relativement solide et complet mais dont l'application est encore trop partielle.

a. Réglementation des commerces et de la consommation d'alcool des mineurs en France

- Un âge légal à la vente et à la consommation d'alcool :

Les pouvoirs publics français se sont très tôt mobilisés pour limiter les pratiques d'alcoolisation excessive des jeunes générations. Cependant l'offre et la vente de certaines boissons alcoolisées ont longtemps été autorisées aux mineurs de 16 à 18 ans.

Ce n'est que depuis 2009, avec la loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST » (63), que l'offre et la vente d'alcool est strictement interdite à l'ensemble des mineurs.

- La réglementation des débits de boisson:

L'ouverture d'un débit de boisson est soumise à l'obtention d'une licence et est interdite à proximité des « zones protégées » (établissements scolaires, espaces culturels ou sportifs, etc.) (39). En 2009, la loi HPST va renforcer l'encadrement de l'offre d'alcool, en interdisant de vendre au forfait ou d'offrir gratuitement des boissons alcoolisées dans un but commercial quel que soit l'âge, dans le but d'interdire les « open bars », très prisés des soirées étudiantes. Les « happy hours » (vente d'alcool à prix réduits pendant une période restreinte), sont également prohibées, à moins que soient simultanément proposées des boissons sans alcool à prix réduits.

- Limites de la loi :

Malgré ces réglementations, les boissons alcoolisées sont perçues comme relativement accessibles par les jeunes français (64). En effet, l'écart entre leur âge réel et leur âge apparent contribue souvent à troubler les repères des commerçants.

Afin de mieux encadrer la vente de l'alcool, l'achat de ces produits devrait systématiquement être assorti de la présentation d'un document officiel indiquant l'âge. Ceci permettrait d'une part, de renforcer l'application de la loi actuelle, et d'autre part, de faire prendre conscience à l'ensemble de la population de la toxicité particulière de l'alcool à cet âge.

b. Réglementation de la publicité et du marketing

La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite « loi Évin » (65), régit très strictement la publicité pour l'alcool, en interdisant notamment de distribuer à des mineurs des objets nommant, représentant ou vantant les mérites de boissons alcoolisées, et interdisant également la publicité pour l'alcool sur les supports qui s'imposent à tous (comme la télévision ou le cinéma).

La loi du 23 février 2005 (66), portant sur la protection des mineurs, précise que la publicité pour les boissons alcoolisées ne peut pas : cibler les mineurs ou mettre en scène des mineurs ; présenter la consommation d'alcool comme un signe de maturité ; utiliser des personnages en vogue auprès des mineurs ; ou encore suggérer que la consommation d'alcool mène à la réussite sociale ou sexuelle, ou augmente les performances sportives.

- Limites de la loi :

D'année en année la loi a été minutieusement déconstruite, sous la pression des revendications économiques des alcooliers et de l'État. En juin 2015, la loi Évin a été modifiée (67), et propose dorénavant une distinction entre publicité et communication/information sur l'alcool, ce qui revient à autoriser les alcooliers à faire de la publicité rédactionnelle pour promouvoir leurs produits.

De plus, en 2009 la loi HPST autorise la publicité en faveur de l'alcool sur Internet (support jusqu'alors non prévu dans la législation car il s'est développé après la loi Évin), en se contentant d'exclure les « sites destinés à la jeunesse » sans expliciter la définition de tels sites. Les jeunes étant de grands utilisateurs d'Internet, ils se retrouvent particulièrement exposés à cette publicité.

c. La sécurité routière

La conduite en état d'ivresse est un délit, réprimé depuis 1965. Depuis le décret du 29 août 1995, la conduite d'un véhicule motorisé est interdite pour une alcoolémie égale ou supérieure à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang.

Depuis le 1er juillet 2015 le taux d'alcool autorisé pour les permis probatoires est de 0,2 gramme d'alcool par litre de sang, ce qui correspond à zéro verre d'alcool. Cette réglementation s'applique à tous les jeunes conducteurs.

d. Service de prévention et d'aide à distance

Le site internet « www.jeunes.alcoolinfoservice.fr », offre des réponses personnalisées et délivrent des informations, des conseils, un soutien, voire même une orientation, destinés aux jeunes consommateurs et leur entourage. Ce dispositif correspondant à l'espace « Jeunes » du site « Alcool-Info-Service.fr » (68), financé par l'INPES. Il s'agit d'un bon moyen d'atteindre et de rentrer en contact avec les adolescents, fervents utilisateurs d'Internet.

4. Le médecin généraliste

La prévention et le dépistage font partie des 5 compétences fondamentales que doit maîtriser le médecin généraliste. Ces compétences ont été définies par la WONCA en 2002 et schématisées par la « marguerite des compétences » (ANNEXE 3). Il s'agit ici de la capacité du médecin généraliste à « mettre en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, et à favoriser un dépistage précoce des maladies afin d'en réduire ses séquelles. » (58)

Un rapport sur la « santé des jeunes » (69) rappelle que le médecin généraliste est considéré comme un référent essentiel qui peut avoir la confiance du jeune et de ses parents.

Le médecin généraliste, en tant que médecin de famille, occupe une place stratégique et primordiale dans la prévention et le repérage du mésusage de l'alcool à l'adolescence. En effet, dans la majorité des cas, il suit l'adolescent depuis son plus jeune âge, connaît sa famille, sa personnalité, son parcours et les problèmes qu'il a pu rencontrer. Il est ainsi le plus à même de repérer des facteurs de risque ou un changement de comportement chez un adolescent, et de s'entretenir avec lui sur ses consommations et ses représentations de l'alcool (70).

De plus, devant les chiffres alarmants du niveau de consommation d'alcool des adolescents et les conséquences dramatiques que peut avoir un mésusage à cette période, une surveillance soutenue des pratiques de chaque adolescent est indispensable (10).

Pour cela, le médecin généraliste dispose d'outils validés et adaptés à sa pratique pour dépister et intervenir de manière précoce auprès des adolescents. Il peut également avoir recours à des spécialistes et des structures spécialisées en cas de difficultés (10).

a. Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) (71)

Le repérage précoce consiste à agir le plus tôt possible afin de ne pas laisser s'installer les comportements à risque, alors que l'intervention brève est une stratégie qui vise à réduire les dommages.

Le repérage précoce est donc un préalable incontournable de l'intervention brève et conditionne son indication.

Différentes études ont montré que le repérage d'un mésusage d'alcool en médecine générale est efficace et pertinent et que l'intervention brève en soin primaire permet de diminuer la consommation d'alcool des patients (72). La SFA recommande donc que tout professionnel de santé bénéficie d'une formation initiale et/ou continue portant sur le RPIB (10).

- **Le repérage précoce :**

Chez l'adolescent, il n'existe pas d'outil biologique efficace pour diagnostiquer l'usage nocif d'alcool comme il en existe pour l'adulte (gamma GT, VGM...). Par conséquent, l'interrogatoire est le seul moyen pour médecin généraliste de poser un tel diagnostic.

En médecine générale le repérage peut-être réalisé à plusieurs occasions : soit le médecin décide de faire le point de façon systématique sur la consommation d'alcool de tous ses patients à chaque consultation, soit il aborde le sujet de façon opportuniste, à l'occasion par exemple d'une première consultation, d'un bilan, ou d'une campagne de sensibilisation (médias, affiches en salle d'attente...). Le médecin profite dans ce cas d'une situation rendant plus « naturel » le dialogue sur la consommation d'alcool.

Toutefois, la SFA, la NIAAA et l'OMS recommandent de dépister tous les adolescents vus en pratique courante, de façon systématique (10). En effet, la première forme de mésusage, l'usage à risque, étant par définition asymptomatique et pouvant se prolonger pendant une longue période, les médecins généralistes ne doivent pas attendre l'apparition de dommages pour penser à repérer un comportement à risque.

Pour cela, l'OMS recommande d'utiliser une méthode d'estimation de la consommation d'alcool moyenne hebdomadaire déclarée par le patient : la CDA (6). Cependant il s'agit d'une évaluation purement quantitative, livrée exclusivement à l'appréciation et à l'honnêteté du patient. Les médecins doivent donc également s'appuyer sur des questionnaires standardisés et validés, afin de définir au mieux le type d'usage dans lequel les adolescents sont engagés (73).

- **Le questionnaire AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) (ANNEXE 4) (73) : c'est l'outil de référence validé en France pour le dépistage précoce des adolescents présentant un mésusage de l'alcool (10).

Il s'agit d'un auto-questionnaire développé par l'OMS. Il comporte 10 items qui explorent les 12 derniers mois, et qui abordent successivement la consommation d'alcool, la dépendance et les conséquences sociales de l'alcoolisation.

Ce questionnaire a été spécifiquement conçu pour une utilisation en médecine générale. Cependant, il est long à remplir et difficile à proposer aux patients en salle d'attente du fait de la complexité de certaines questions, pouvant nécessiter la présence d'une tierce personne (73). C'est pourquoi certains médecins préfèrent sa version courte, dont l'utilisation est plus aisée en médecine ambulatoire :

L'AUDIT-C (ANNEXE 5) qui explore les 3 premiers items de l'AUDIT concernant la fréquence et la quantité d'alcool consommée.

- **Le questionnaire FACE** (Fast Alcohol Consumption Evaluation) (ANNEXE 6) (74) : il comporte 5 items permettant un repérage rapide des buveurs excessifs non alcoolodépendants. Il a été élaboré à partir de questions issues de l'AUDIT. Cet auto-questionnaire, validé sur la population générale, est plus adapté aux attentes et aux contraintes régissant la pratique quotidienne des médecins libéraux.

- **Le questionnaire DETA** (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) ou **CAGE** (Cut, Annoyed, Guilty, Eyes-openers) en anglais (ANNEXE 7) (73): c'est un auto-questionnaire comportant 4 items, qui oriente vers un usage nocif ou une alcoolodépendance. Il est court et facile à réaliser, et a été validé sur la population générale. Cependant, sa performance dans la détection de l'alcoolisation à risque chez les adolescents est moindre que celle de l'AUDIT (35).

Selon la SFA, le repérage du mésusage de l'alcool chez un adolescent devrait systématiquement s'accompagner d'une évaluation de sa santé psychique, de son environnement et des consommations d'autres substances psychoactives (tabac, cannabis, cocaïne, etc.) (10). Ce sont en effet des facteurs pouvant induire ou potentialiser une consommation problématique à cette période. Pour cela, il existe des questionnaires également validés :

- **Le questionnaire DEP-ADO** (Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents) (ANNEXE 8) : il permet d'évaluer l'usage d'alcool et de drogue chez les adolescents et de faire un premier dépistage des consommations problématiques ou à risques. Il peut être utilisé en entrevue face-à-face ou en auto-questionnaire. Il a été conçu et validé en France pour les jeunes de 14 à 18 ans et a été jugé pertinent pour les 12-13 ans. Il n'est cependant pas recommandé pour les moins de 12 ans. Il comporte 7 questions à réponses multiples. Le score est calculé par le médecin à l'aide d'une grille de cotation, et lui indiquera le type d'intervention à suivre (75). L'expertise collective de l'INSERM sur les conduites addictives chez les adolescents (1) recommande son utilisation dans le dépistage du mésusage de l'alcool à l'adolescence.

Toutefois, la durée de passation de ce questionnaire (au moins dix minutes) peut faire préférer au médecin généraliste d'autres outils, comme :

- **Le questionnaire ADOSPA** (Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis/famille), version française du questionnaire **CRAFFT** (Car, Relax, Forget, Friends/Family, Trouble) (ANNEXE 9) (76). Il est composé de 6 questions facilement mémorisables et d'allure anodine. Il vise spécifiquement la population adolescente et recherche également l'usage nocif d'autres substances psychoactives (cannabis, amphétamines, etc.). Il évalue le comportement du jeune vis-à-vis de l'alcool et les conséquences induites après l'ingestion de boissons alcoolisées. Plusieurs études se sont intéressées à la validation de ce test en France (77) (78). Le CRAFFT s'est ainsi révélé être un outil précieux dans le dépistage précoce des adolescents en difficulté avec l'alcool, et bien adapté à la pratique des médecins généralistes (la majorité d'entre eux a jugé ce test rapide, simple, fiable, et bien accepté par les patients). La version française validée contient une 7^{ème} question concernant la conduite des véhicules à 2 roues.

- **L'intervention brève :**

L'intervention brève s'adresse aux adolescents ayant un usage à risque ou un usage nocif, et vise une réduction de leur consommation en dessous des seuils préconisés par l'OMS (79). Elle a donc un objectif de modération et non d'abstinence.

La brièveté de l'intervention est imposée par une triple préoccupation : clarté du message, acceptabilité du contenu pour le médecin et pour le patient, et applicabilité dans les conditions d'exercice de la médecine générale.

L'entretien dure entre 5 et 20 minutes, et peut prendre différentes formes. L'OMS (79) et l'HAS (74) proposent ainsi des listes exhaustives d'éléments pouvant y être intégrés, dont voici certains d'entre eux :

- Restituer au patient les résultats de son test de repérage en lui indiquant, par exemple, que sa consommation correspond à la catégorie « consommation à risque » ;
- Informer le patient sur les risques liés à une consommation excessive d'alcool ;
- Échanger avec lui sur son intérêt à arrêter ou à réduire sa consommation ;
- Le conseiller sur les limites à ne pas dépasser ;
- Lui expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation ;
- Lui faire choisir un objectif de changement de comportement ;
- L'encourager, valoriser ses efforts et ses acquis ;
- Lui remettre une brochure ou l'orienter vers un site, une application, une association, etc.

Le tronc commun de ces modalités d'intervention est l'approche cognitivo-comportementale qui fait de l'adolescent le principal acteur de son changement (80).

Le but est de modifier les comportements de consommation de l'adolescent en appuyant sa responsabilité et en renforçant sa motivation (81). Il s'agit de développer ses compétences psychosociales.

En effet, un adolescent peut plus facilement changer son comportement si la motivation vient de lui même, plutôt que si elle est imposée par une tierce personne (le médecin, les parents ou l'école) (82).

b. Les spécificités de la consultation de l'adolescent

La médecine de l'adolescent est une discipline médico-psycho-sociale, différente de la pédiatrie et de la médecine adulte (83).

« S'agissant d'un adolescent, tout acte de santé est préventif et a une dimension éthique » (2).

En France, les soins aux adolescents sont assurés en majorité par les médecins généralistes (83). Ceci n'a rien de surprenant puisque la médecine générale comporte en elle-même la dimension de globalité requise pour la prise en charge de ces jeunes patients.

La majorité des adolescents étant en bonne santé, le médecin généraliste a surtout un rôle d'information et d'éducation auprès de ces jeunes. Son travail de prévention est donc fondamental (83). Cependant, la consultation de l'adolescent en médecine générale ne va pas de soi, et relève plus d'une complexité relationnelle que médicale (83).

L'adolescence étant une période de transformations physiques et psychiques constantes, le rapport à autrui y est bouleversé. La relation au médecin généraliste n'y échappe pas : l'adolescent montre à la fois une avidité relationnelle projetée sur le médecin plutôt idéalisé, et une méfiance vis-à-vis de l'adulte qui l'impressionne.

De plus, la demande de soin de l'adolescent est souvent floue, et il est en général timide dans ses réponses et pudique lors de l'examen. Il désire secrètement que le médecin devine ce qu'il ressent et s'intéresse à lui personnellement (26).

Afin d'éviter que la consultation soit un rendez-vous manqué entre un adolescent incertain et un praticien attentiste, le médecin généraliste doit impérativement élargir le contenu de la consultation au delà du motif évoqué, et établir une relation de confiance fondée sur une écoute empathique et dénuée de jugement (10). La qualité de la communication établie par le médecin avec son jeune patient est d'autant plus essentielle que l'abord thérapeutique d'un jeune faisant usage d'alcool doit prendre en compte un ensemble très vaste de paramètres (le mode de consommation, le retentissement somatique et social, l'équilibre psychique de l'adolescent, son environnement familial et social, etc.). L'adolescent doit donc se sentir à l'aise et surtout en confiance pour aborder le sujet de l'alcool avec le médecin.

Les consultations des adolescents sont également très liées aux préoccupations parentales. L'accompagnement d'un parent est d'ailleurs quasi systématique, et le médecin est souvent confronté à un problème de rapport à l'autorité de l'un et à l'autonomie de l'autre.

En ménageant un entretien seul avec l'adolescent, le praticien lui assure son droit au secret professionnel et lui signifie que le contenu de l'entretien lui appartient.

La dépistage d'un mésusage de l'alcool chez l'adolescent impose donc des précautions particulières afin de garantir au jeune la confidentialité, mais aussi pouvoir négocier ultérieurement l'implication directe et/ou indirecte de son entourage (10).

Le généraliste doit impérativement adapter sa pratique aux spécificités de l'adolescence et établir une relation de confiance avec son jeune patient (10), afin de diffuser efficacement ses messages de prévention et permettre à l'adolescent de se livrer sereinement sur ses consommations.

- **Le secret professionnel à l'adolescence :**

Bien que l'adolescent reste soumis à l'autorité de ses parents, il lui est reconnu le droit à une vie privée et une intimité (Code civil, art. 9). L'adolescent est donc libre de consulter le médecin de son choix. Une fois engagé dans une relation de soins, le médecin doit appliquer la règle du secret, même vis-à-vis des titulaires de l'autorité parentale (84).

5. Réseau de soin et aides aux acteurs

Les différents acteurs peuvent orienter les adolescents en difficultés et leur entourage vers des dispositifs thérapeutiques spécialisés dans la prise en charge des adolescents présentant un mésusage de l'alcool (27).

En effet, chez les adolescents il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique indiqué dans la prise en charge des addictions (10). Les jeunes patients sont alors orientés vers des thérapies ou des structures résidentielles adaptées.

- **Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) :**

Ce sont des lieux d'accueil, d'écoute et de conseil destinés aux jeunes consommateurs de 12 à 25 ans et à leur famille. Elles sont confidentielles et gratuites, et sont animées par des professionnels des addictions et de l'adolescence (médecins, psychologues et éducateurs). Elles doivent (selon les termes de l'annexe 4 de la circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008) « réaliser une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du consommateur et repérer un éventuel usage nocif, offrir une information et un conseil personnalisés, une prise en charge brève, accompagner ou proposer une orientation des personnes en difficulté, et offrir un accueil et une orientation à l'entourage ».

Il existe plus de 500 CJC en France, dont la plupart sont adossées à des CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), et certaines dépendent d'un service hospitalier, notamment d'une ELSA (Équipe de liaison et de soin en addictologie) (85).

Ces dispositifs de proximité demeurant mal connus, l'INPES, la MILDECA et le ministère chargé de la santé, ont lancé en 2015 une campagne de communication sur les CJC, comprenant notamment des spots à la radio et à la télévision (86).

- **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :**

Elles fournissent aux jeunes des stratégies alternatives pour gérer des situations qui concourent au mésusage. Elles s'appuient sur différentes techniques, comme par exemple l'exposition ou la régulation des émotions, afin de développer les compétences psycho-sociales de l'adolescent.

Les TCC ont montré une efficacité particulière chez les jeunes de plus de 16 ans (1).

- **Les thérapies familiales :**

Elles mobilisent les parents et leur environnement pour encadrer et accompagner l'adolescent. La participation de la famille dans les prises en charge du mésusage de l'alcool a ici un rôle central dans la réussite du traitement.

Ces thérapies s'avèrent très efficaces dans les situations sévères et chez les adolescents de moins de 16 ans (27).

- **Les soins résidentiels :**

En cas d'échec des soins en ambulatoire, une prise en charge pluridisciplinaire dans des centres spécialisés doit être proposée aux adolescents présentant des conduites addictives. Il peut s'agir de consultations spécialisées (CJC ou hospitalière), d'hospitalisations de courtes durées ou de moyens/longs séjours.

Ces soins permettent une évaluation et un suivi global de l'adolescent. Leur but est le sevrage et la réinsertion sociale. Ils s'avèrent également opérant en cas de nécessité d'éloigner momentanément de son environnement un adolescent en souffrance psychique ou en voie d'exclusion scolaire, familiale ou sociale, en lui proposant un cadre thérapeutique et d'apprentissage bienveillant (1). En effet, certaines situations familiales sont parfois si tendues qu'un recul est nécessaire pour réamorcer un dialogue constructif dans la famille.

Il existe en France seulement deux centres spécialisés dans la réinsertion sociale et réservés aux adolescents présentant une addiction (« l'espace du possible » à Lille et « la Corniche » à Marseille) (1). Cependant il n'existe pas de centres résidentiels pour les adolescents spécialisés à la fois dans les conduites addictives et le suivi scolaire. Pourtant de telles structures (soins-étude) existent pour les pathologies psychiatriques (établissement de la Fondation santé des étudiants de France) (1).

Les experts recommandent de développer ces centres spécialisés, les consultations hospitalières et les services d'addictologies pouvant accueillir les adolescents (1).

Une consommation excessive d'alcool étant souvent le reflet d'une souffrance ou de troubles psychiques, il est également indispensable de développer ou de renforcer les collaborations entre les services de pédiatrie, d'addictologie, et de pédopsychiatrie (ou psychiatrie adulte, à partir de 17 ans) (1).

- **Un dispositif d'aide à distance pour les acteurs :**

Le site internet « www.intervenir-addictions.fr », de la « Fédération Addiction », est un outil pédagogique destiné aux professionnels de santé et aux enseignants, afin de les aider à aborder le sujet de la consommation d'alcool avec les adolescents, et de favoriser et améliorer le repérage et la prise en charge d'un mésusage (87).

On y trouve notamment des mises en situation filmées et commentées, et des ressources téléchargeables (questionnaires standardisés de repérage, documentation scientifique, plaquettes d'information à remettre à l'adolescent ou à ses parents, etc.).

Ce site permet également de localiser les CJC et autres structures ressources de proximité en addictologie.

IV. OBJECTIF

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques et les connaissances des médecins généralistes haut normands en matière de prévention et de dépistage d'un mésusage de l'alcool à l'adolescence.

V. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons réalisé une enquête quantitative descriptive transversale auprès des médecins généralistes haut normands.

A. La population cible

Nous avons constitué un échantillon non aléatoire de 194 médecins généralistes exerçant en Haute Normandie, installés ou remplaçants, thésés ou non thésés. Pour cela nous avons recherché les adresses mail dans nos contacts personnels et sur le site internet « www.reempla-haute-normandie.org ».

Les médecins généralistes contactés avaient la possibilité de transférer le questionnaire à leurs confrères, en respectant les critères d'inclusion.

Les médecins étaient interrogés sur leur pratique en matière de prévention et de dépistage du risque alcool chez les adolescents, définis comme une population de 10 à 19 ans.

B. Le questionnaire (ANNEXE 10)

Nous avons réalisé une enquête quantitative auprès des médecins généralistes haut normands à l'aide d'un auto-questionnaire accessible en ligne, grâce au logiciel de sondage : « Google Forms ».

Le questionnaire a été élaboré après avoir réalisé des recherches dans la littérature.

La première version du questionnaire a été modifiée et enrichie par la contribution de trois médecins généralistes ayant accepté de relire la version initiale. Les remarques formulées ont été prises en compte pour établir une version définitive. La version finale du questionnaire s'adresse individuellement à chaque médecin généraliste.

Il s'agissait d'un questionnaire auto-administré fermé, comportant 24 questions à réponses uniques ou multiples. Les médecins devaient obligatoirement répondre à chacune de ces questions afin de pouvoir valider le questionnaire. Chaque médecin ne pouvait le remplir qu'une seule fois. Les résultats étaient anonymes.

La durée moyenne de saisie du questionnaire était de 4 minutes.

La période de recueil des données s'est déroulée entre le 4 juin 2015 (date d'envoi du questionnaire) et le 4 juillet 2015 (date de clôture des réponses) ; une seule relance a été effectuée au cours de cette période.

Toutes les réponses ont été regroupées dans un tableau au format Excel.

L'analyse statistique des données a été réalisée avec le logiciel XLSTAT, par Berge Joulakian (interne de biostatistiques au CHU de Rouen).

VI. RÉSULTATS

Taux de réponses :

- Nous avons obtenu un taux de réponse de 30,41%, ce qui correspond à un recueil de 59 questionnaires.

A. Caractéristiques de la population étudiée

- **Sexe :**

- On décompte **30 hommes et 29 femmes**.

- **Âge :**

- La **moyenne d'âge** était de **40 ans**, pour une échelle d'âge allant de 27 à 63 ans.

- **Fonction :**

- 74,6% des médecins étaient installés ;

- et 25,4% étaient remplaçant.

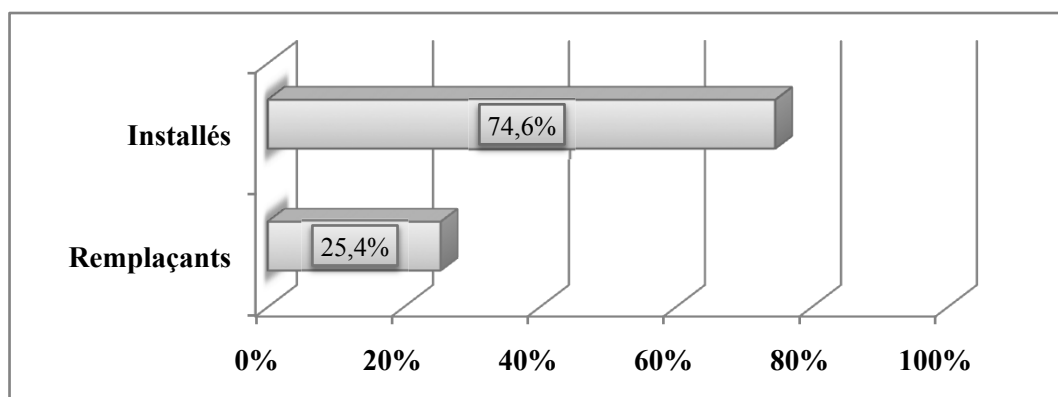


Figure 5 : Fonction des médecins généralistes (en %)

- **Conditions d'exercice :**

- La grande majorité travaillait en groupe (83,1%) ;
- et seulement 10,2% travaillent seul.

Parmi les remplaçants, 4 avaient une activité mixte (seul ou en groupe).

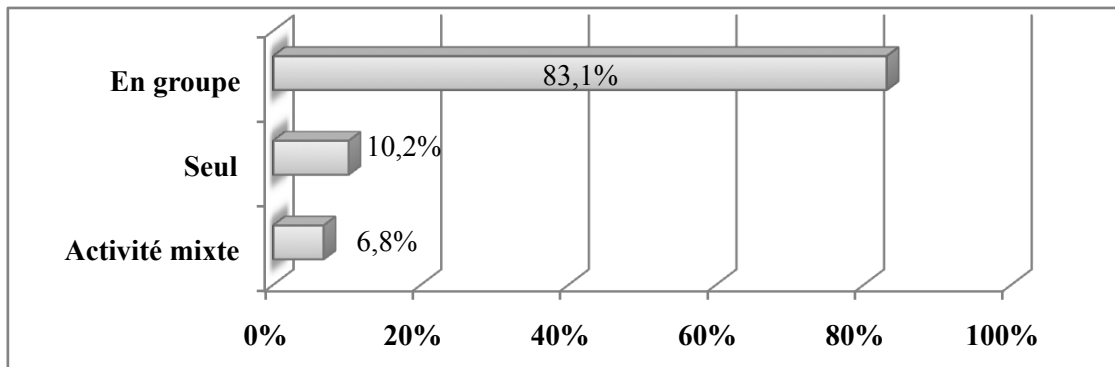


Figure 6 : Conditions d'exercice des médecins généralistes (en %)

- **Lieu d'exercice :**

- La plupart des médecins exerçaient en semi rural (60,6%) ;
- 18,2% exerçaient en ville ;
- et 21,2% exerçaient à la campagne.

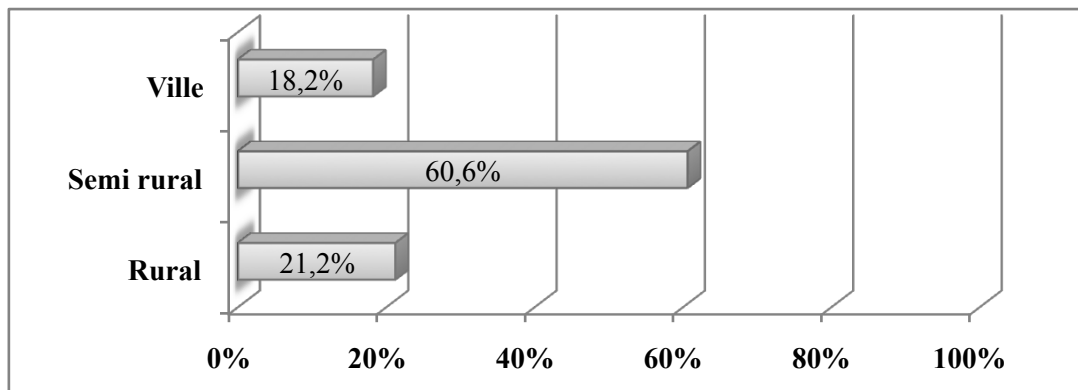


Figure 7 : Lieu d'exercice des médecins généralistes (en%)

- **Formations complémentaires :**

- Seulement **5** médecins ont dit avoir reçu une **formation complémentaire** (DU ou stage au cours de leur cursus universitaire) :
 - **2** en **pédopsychiatrie** ;
 - **3** en **addictologie**.

B. La consultation de l'adolescent en médecine générale

- **Les adolescents, une population qui consulte peu :**

- La grande majorité des médecins généralistes (93,2%) a le sentiment de ne pas voir suffisamment leurs patients adolescents en consultation, afin de réaliser leur rôle de prévention ;
- ils sont seulement 6,8% à trouver qu'ils voient suffisamment cette population.

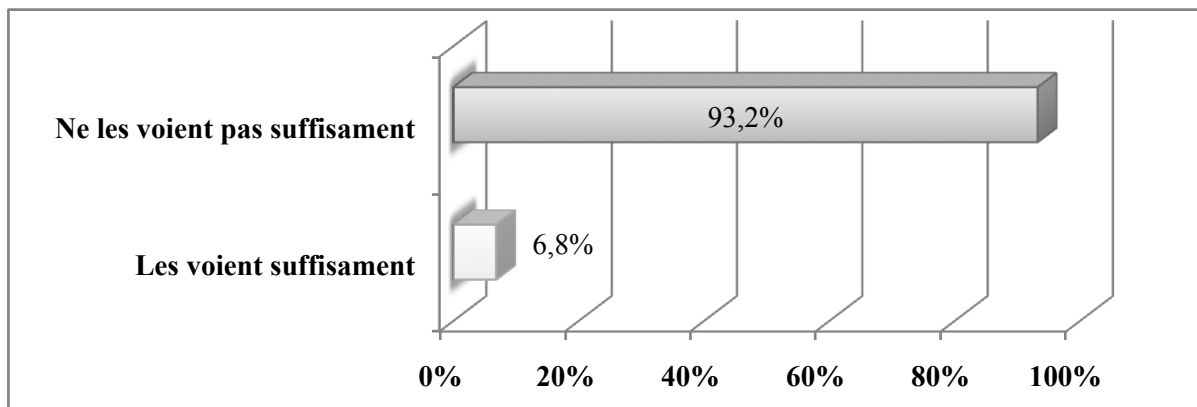


Figure 8 : Sentiment des médecins sur le suivi de leurs patients adolescents (en %)

- **Les certificats de sport, une occasion de voir les adolescents :**

- Pour quasiment la totalité des médecins généralistes, les certificats de sport sont l'occasion de voir en consultation les adolescents qu'ils ne verraient pas par ailleurs ;
- seulement 1 médecin a répondu que cela n'en était pas une.

- **La place des parents dans la consultation :**

- Pour 79,7% des médecins généralistes, les adolescents sont la plupart du temps accompagnés de leurs parents pendant la consultation ;
- seulement 21,3% d'entre eux disent les voir, le plus souvent, seul.

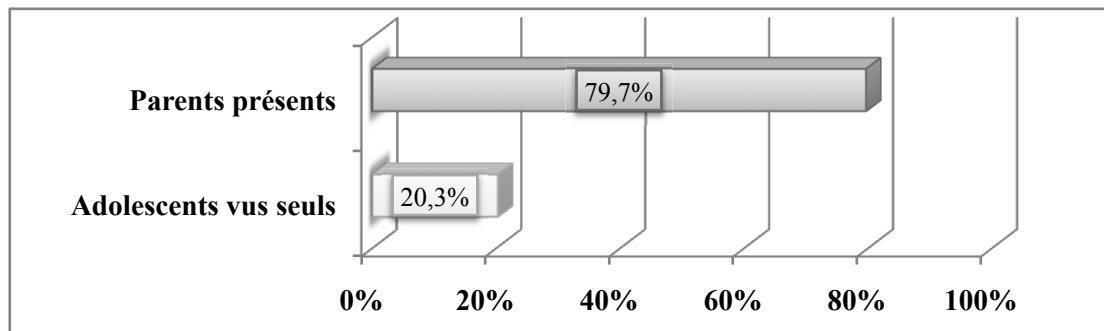


Figure 9 : Présence des parents lors d'une consultation d'adolescent (en %)

- Cependant, **91,5%** des médecins pensent **que voir seul un adolescent** pendant la consultation leur **permettrait d'aborder plus facilement le sujet de l'alcool** ;
- et seulement 8,5% d'entre eux pensent que cela ne changerait rien.

- **Quand aborder le sujet de l'alcool ?**

- Seulement 40,7% des médecins estiment qu'il faut aborder systématiquement le sujet de l'alcool lors d'une consultation avec un adolescent ;
- 50,8% pensent qu'il faut aborder ce sujet uniquement en fonction du terrain ;
- et 8,5% pensent qu'il est inutile d'aborder ce sujet.

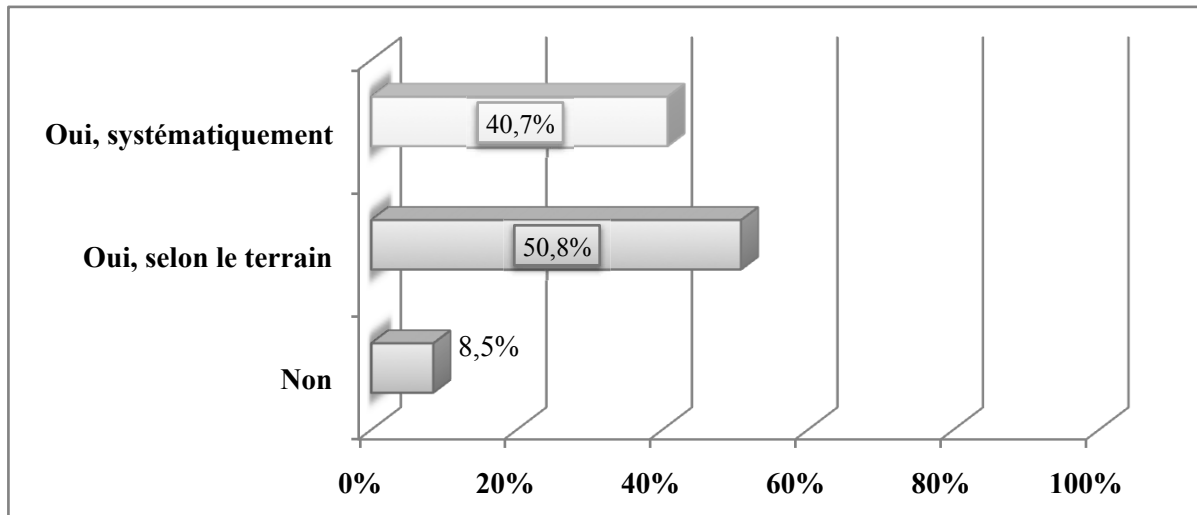


Figure 10 : Le médecin doit-il aborder le sujet de l'alcool lors d'une consultation avec un adolescent ? (en %)

- **Qui aborde le sujet de l'alcool en consultation ?**

- Lorsque le sujet de l'alcool est abordé en consultation, la majorité des médecins (83,1%) dit qu'elle aborde ce sujet en premier ;
- pour seulement 16,9% d'entre eux, c'est l'adolescent, la plupart du temps, qui va aborder spontanément ce sujet.

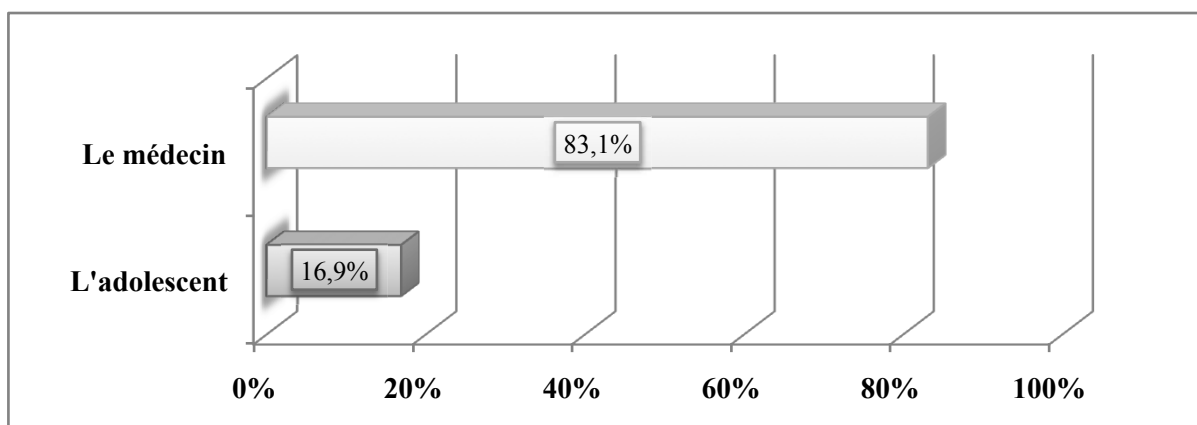


Figure 11 : Qui aborde le sujet de l'alcool en consultation ? (en %)

C. Le médecin généraliste en pratique

- **Âge pour débiter la prévention :**

- La plupart des médecins généralistes (69,5%) commence à faire de la prévention sur l'alcool chez les adolescents qui ont entre 14 et 17 ans ;
- 10,2% d'entre eux débutent cette prévention chez les adolescents entre 10 et 13 ans, et une infime minorité (3,4%), la débute après 17 ans ;
- 16,9% des médecins généralistes déclarent ne pas faire de prévention sur l'alcool auprès de leurs jeunes patients.

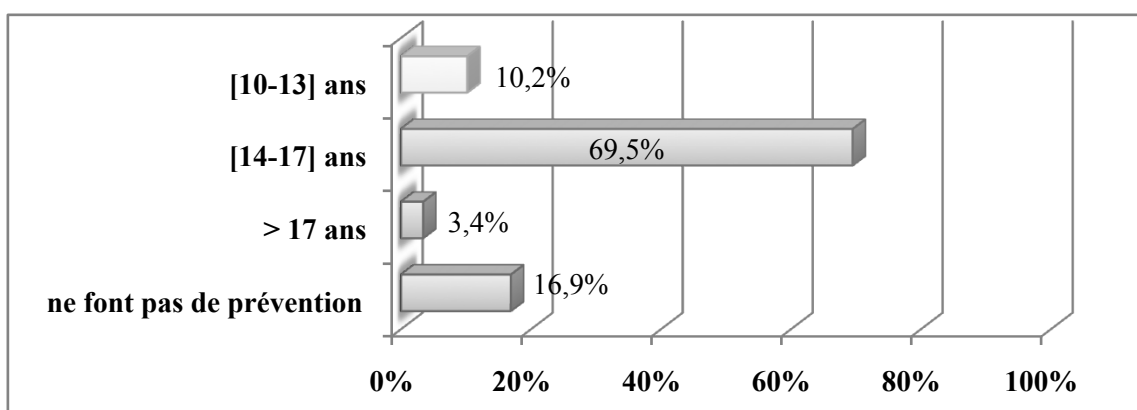


Figure 12 : A partir de quel âge les médecins généralistes commencent-ils à faire à de la prévention sur le risque alcool chez les adolescents (en%)

- **Documents informatifs destinés à la patientèle du médecin généraliste, portant sur le risque alcool chez les adolescents :**

- 72,9% des médecins généralistes disent ne pas avoir de prospectus ou d'affiches d'information/prévention sur l'alcool et les adolescents dans leur salle d'attente ou dans leur cabinet ;
- seulement 27,1% d'entre eux disent avoir de tels documents.

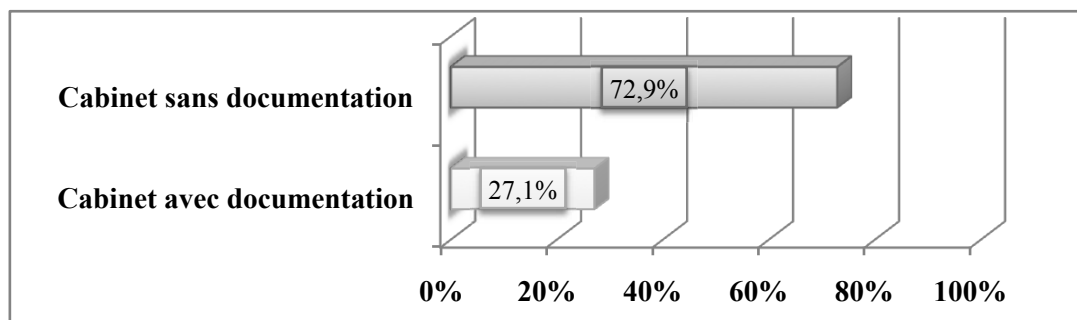


Figure 13 : Cabinets disposant de documentations sur le risque alcool chez les adolescents (en %)

- **La pratique du RPIB en médecine générale :**

- La grande majorité des médecins ne connaît pas les questionnaires validés pour l'évaluation de la consommation d'alcool et le dépistage d'un mésusage ;
- parmi ceux qui les connaissent, seule une minorité les utilise.

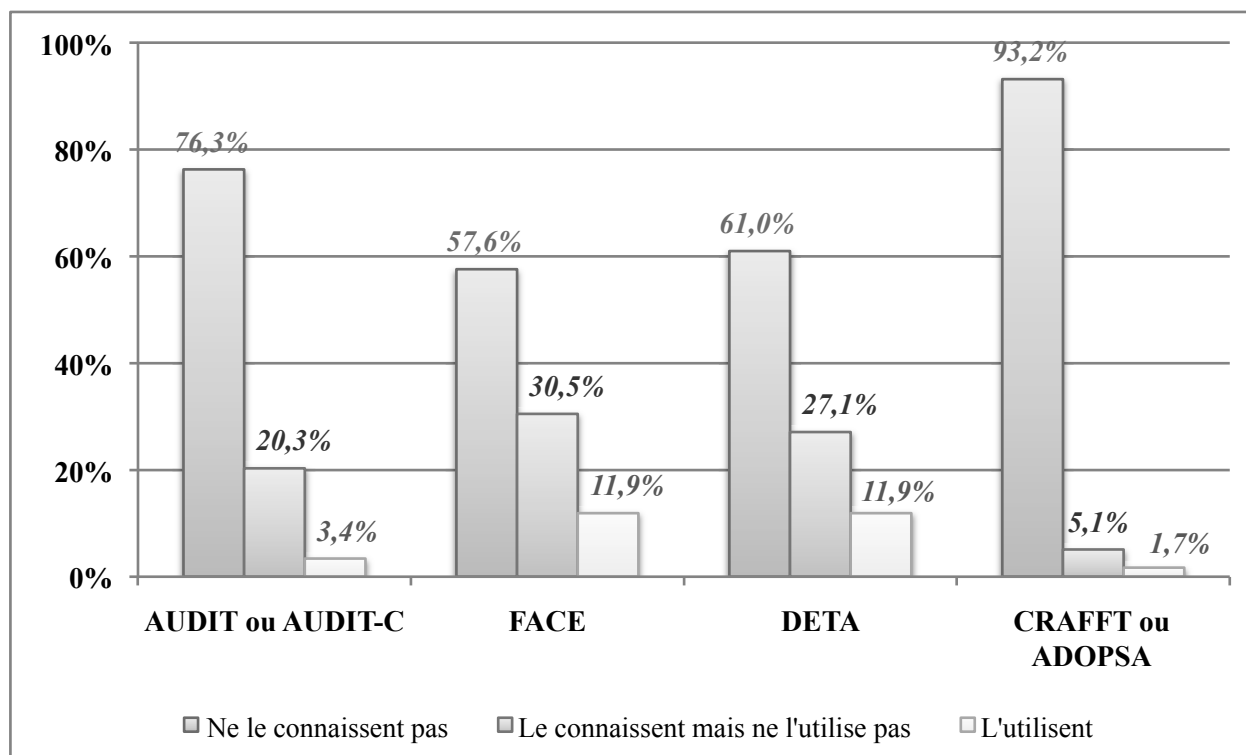


Figure 14 : Connaissance et utilisation des outils de dépistage par les médecins généralistes (en %)

- En ce qui concerne **l'intervention brève** : 93,2% des médecins généralistes ne la pratiquent pas ;
- et seulement 6,8% disent la pratiquer.

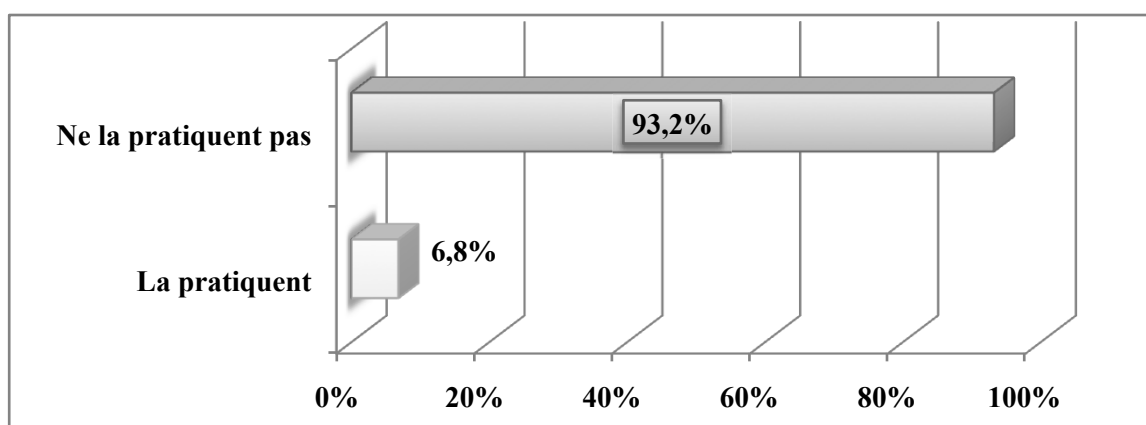


Figure 15 : Pratique de l'intervention brève par les médecins généralistes (en %)

- **Difficultés rencontrées par les médecins généralistes au cours d'une consultation de prévention ou de dépistage du risque alcool chez les adolescents :**

(Plusieurs réponses étaient possibles)

- La plupart des médecins (64,4%) a le sentiment que les adolescents ne se sentent pas concernés par cette problématique ;
- ils sont 37,3% à penser qu'ils manquent de temps pour aborder ce sujet au cours de la consultation ;
- 27,1% des médecins trouvent qu'il n'existe pas suffisamment de réseau ou de structures adaptés pour une prise en charge les adolescents qui présenteraient un mésusage de l'alcool ;
- Environ un quart des médecins (25,4%) estime manquer de connaissance pour aborder le sujet de l'alcool avec un adolescent ;
- 16,9% d'entre eux disent ne pas avoir suffisamment d'outils ou de protocoles sur lesquels s'appuyer.

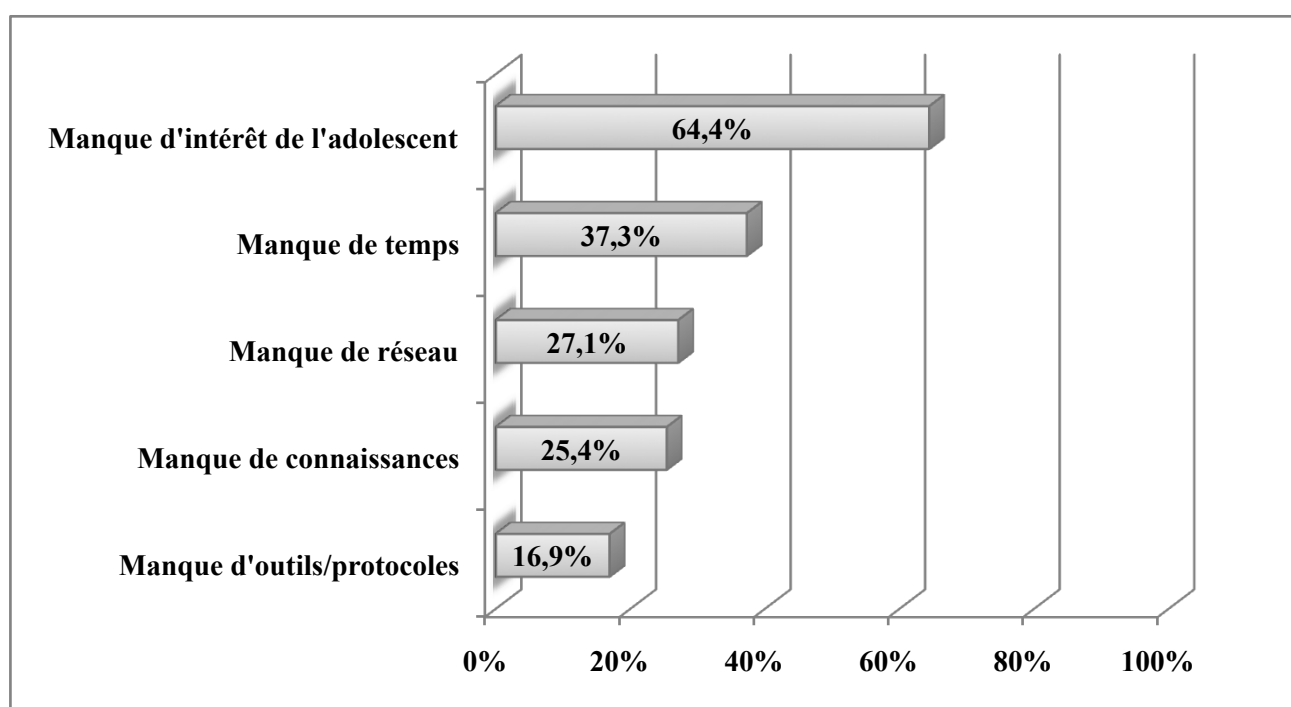


Figure 16 : Principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes (en %)

- **Facteurs de vulnérabilités des adolescents vis-à-vis de l'alcool :**

- Pour la majorité des médecins généralistes, des **antécédents personnels d'API, un milieu familial instable, des antécédents familiaux de conduites addictives, un adolescent en souffrance, et une consommation d'alcool fort (vodka, whisky...)** seraient des critères qui prédisposent l'adolescent à un mésusage de l'alcool.

Pour une minorité d'entre eux, ces critères n'augmenteraient que légèrement ce risque.

- Pour environ 40% des médecins généralistes, **l'âge précoce du premier verre et une consommation de tabac**, augmenteraient considérablement le risque de mésusage à l'adolescence.

Pour près de 50% d'entre eux, ces critères n'augmenteraient que légèrement ce risque.

Une minorité pense qu'ils n'augmenteraient peu voire pas du tout ce risque.

- Les 3/4 des médecins environ pensent que **des difficultés scolaires, être un garçon, venir d'un milieu social défavorisé et consommer de l'alcool fermenté** (vin, bière, cidre ou hydromel) sont des critères qui augmentent le risque d'un mésusage de l'alcool à l'adolescence. La majorité d'entre eux pense que ces critères n'augmentent que légèrement ce risque et environ 1/4 pensent qu'ils l'augmentent considérablement.

Toutefois, entre 15 et 25% des médecins pensent que ces critères n'augmentent peu voire pas du tout ce risque.

- Environ les 2/3 des médecins généralistes pensent que **venir d'un milieu urbain ou d'un milieu rural, la religion ou la culture, et le fait d'être une fille** sont des critères qui n'augmentent que très peu, voire pas du tout le risque d'un mésusage de l'alcool à l'adolescence.

Seulement 1/3 d'entre eux pense qu'ils augmentent un peu ce risque.

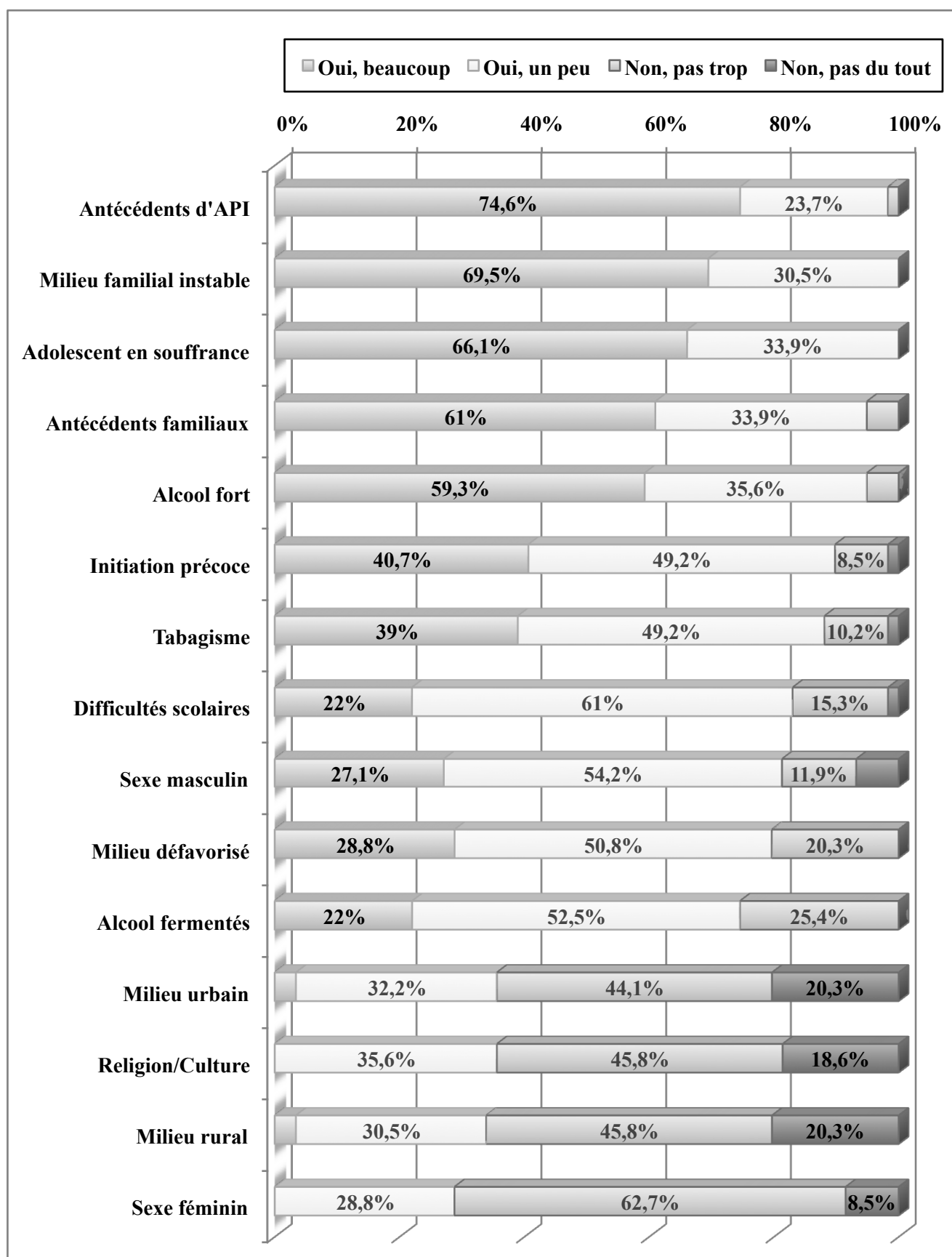


Figure 17 : Augmentation du risque de mésusage de l'alcool chez un adolescent, selon les situations ou critères suivant (en %)

D. Le point de vue du médecin généraliste

- **A qui revient le rôle de la prévention des problèmes d'alcool chez les adolescents?** (*Plusieurs réponses étaient possibles*)

- 93,2% des médecins pensent que la prévention du risque alcool chez les adolescents fait partie de leur rôle ;
- pour 78% des généralistes, la prévention fait également parti du rôle des parents ou des éducateurs ;
- et pour seulement 47,5% d'entre eux, cela fait parti du rôle de l'éducation nationale, en milieu scolaire.

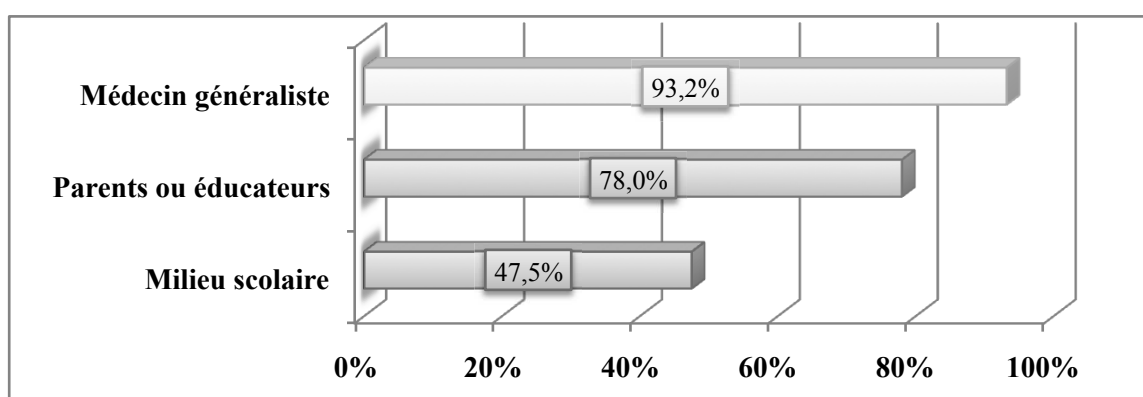


Figure 18 : Les acteurs de la prévention, selon les médecins généralistes (en %)

- **Pensez-vous qu'un usage modéré de l'alcool à l'adolescence peut faire partie d'un comportement social « normal » ?**

- Pour 64,4% des médecins généralistes, un usage modéré de l'alcool à l'adolescence peut faire partie d'un comportement « normal » ;
- et seulement 35,6% d'entre eux, pensent que cela ne l'est pas.

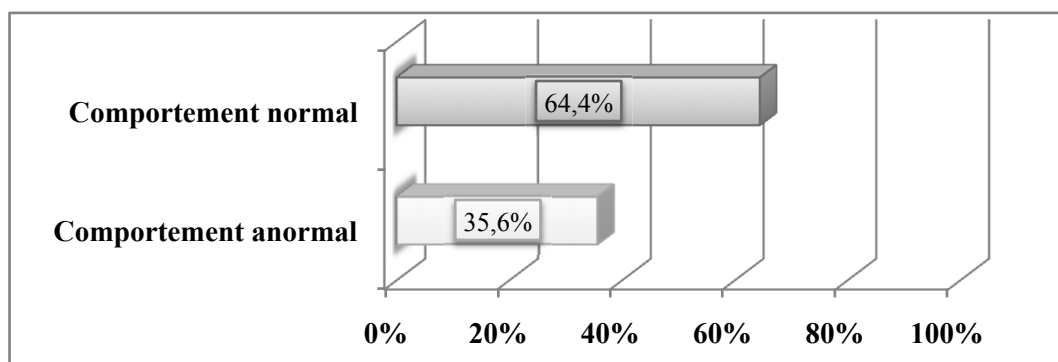


Figure 19 : Est-ce qu'un usage modéré d'alcool à l'adolescence peut faire parti d'un comportement « normal » ? (en %)

- **Conséquences à long terme :**

(Plusieurs réponses étaient possibles)

Dans l'ensemble, les médecins généralistes sont conscients qu'un mésusage de l'alcool à l'adolescence peut avoir des conséquences sanitaires et sociales néfastes à l'âge adulte :

- 94,9% d'entre eux pensent que cela peut avoir des conséquences sur le comportement futur de l'adolescent vis-à-vis de l'alcool ;
- 88,1% pensent que cela peut avoir des répercussions sur sa vie personnelle et sociale ;
- 83,1% pensent qu'une telle consommation peut avoir des conséquences sur sa santé ;
- et 78% pensent que cela peut avoir des conséquences sur ses projets professionnels ou sur son niveau d'étude supérieur.

Seulement 2 médecins ont répondu qu'un mésusage de l'alcool à l'adolescence n'avait aucune conséquence à l'âge adulte.

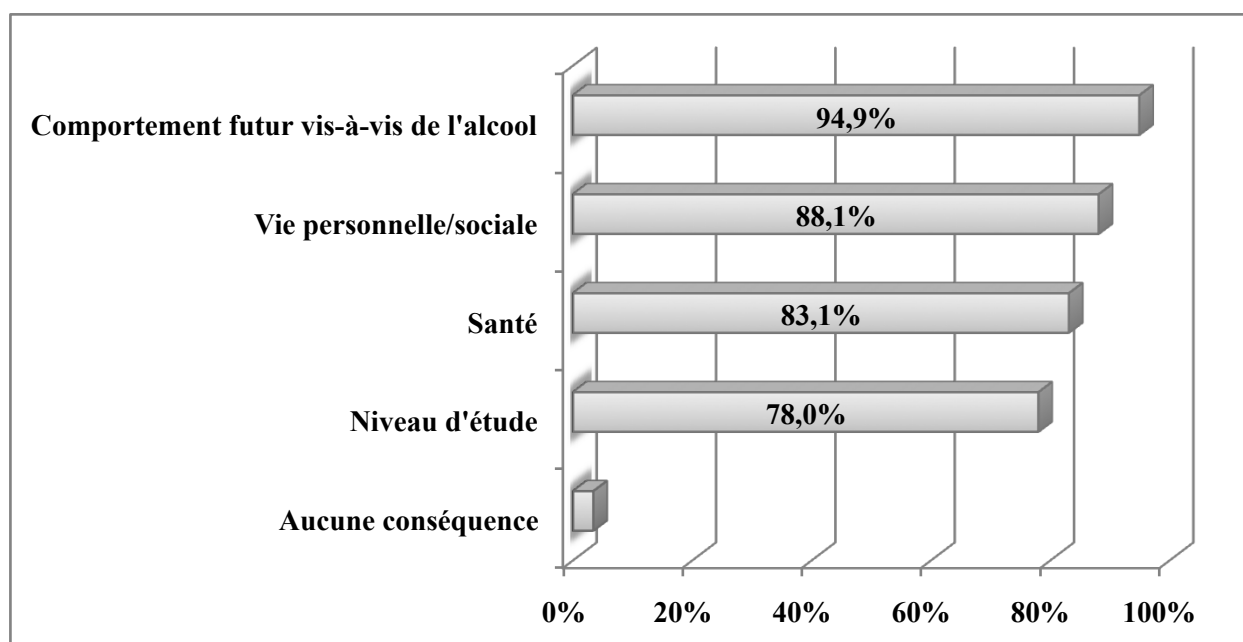


Figure 20 : Conséquences néfastes à l'âge adulte, d'un mésusage de l'alcool à l'adolescence (en %)

- **Influence culturelle et personnelle :**

- 78% des médecins généralistes estiment que leur expérience personnelle et leur propre représentation de l'alcool, influencent leurs pratiques en matière de prévention et de dépistage du risque alcool chez les adolescents ;

- seulement 22% d'entre eux pensent que cela n'a aucune influence.

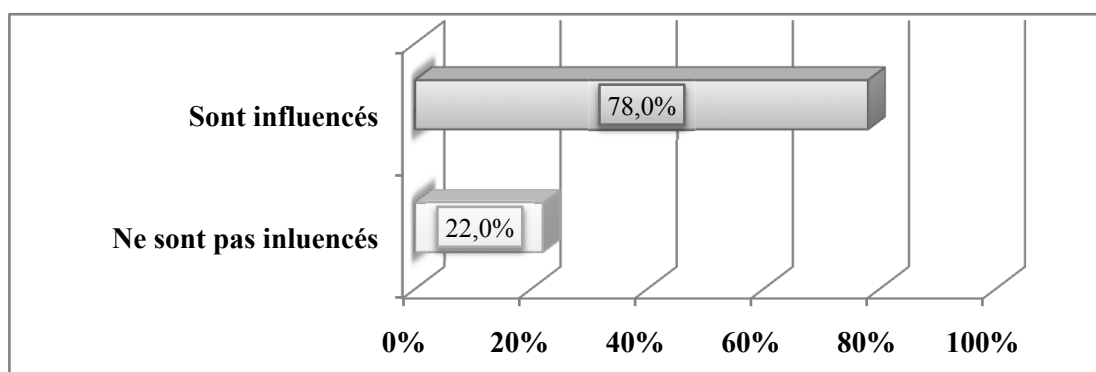


Figure 21 : Médecins se disant influencés par leur expérience personnelle et leur propre représentation de l'alcool (en %)

- **L'alcool chez les adolescents : un problème de santé publique ?**

- La plupart des médecins généralistes (83,1%) considère que l'alcool chez les jeunes est actuellement un problème de santé publique ;

- seulement 6,8% estiment que ce n'en est pas un ;

- et 10,2% des médecins disent ne pas avoir d'avis sur la question.

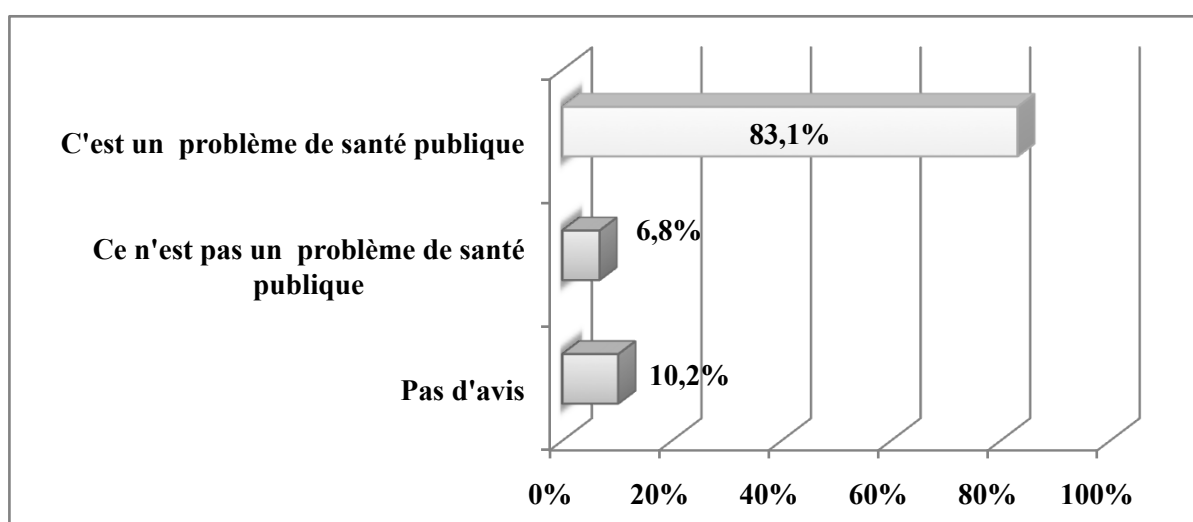


Figure 22 : Consommation d'alcool à l'adolescence et problème de santé publique : l'avis des médecins généralistes (en %)

- **Les connaissances des médecins généralistes :**

- 76,3% des médecins interrogés pensent ne pas avoir de connaissances suffisantes pour prendre en charge un adolescent ayant un comportement à risque avec l'alcool ;

- et seulement 23,7% pensent avoir les connaissances suffisantes pour prendre en charge cette problématique.

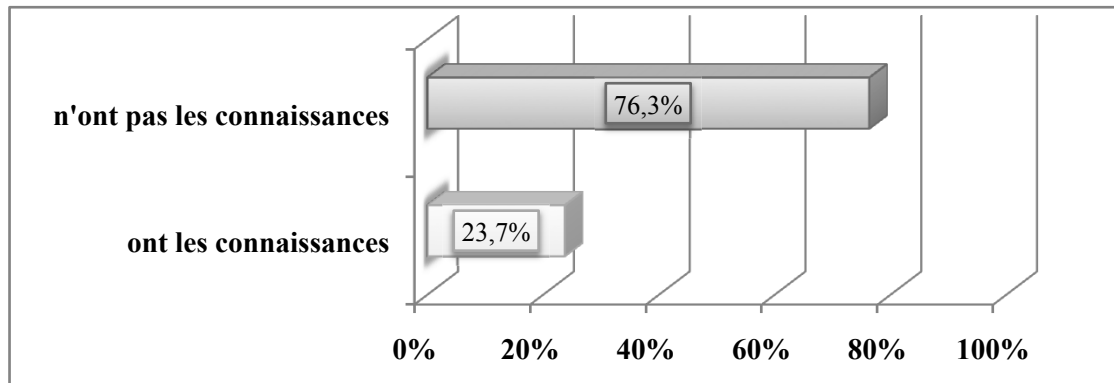


Figure 23 : Opinion des médecins généralistes sur leurs compétences à prendre en charge un adolescent présentant un mésusage de l'alcool (en %)

VII. DISCUSSION

A. Limites de l'étude

- **Le taux de réponse :**

Nous avons obtenu un taux de réponses insuffisant pour être représentatif des médecins généralistes exerçant en Haute-Normandie. En effet, la région comprend 2260 médecins généralistes. Leur moyenne d'âge serait de 52 ans (88).

On peut supposer que seuls les médecins les plus intéressés par la prévention et le dépistage du risque alcool à l'adolescence et ayant du temps à consacrer au questionnaire ont répondu. L'intérêt qu'ils portent à ce sujet peut dépendre notamment de la composition de leur patientèle (voient-ils des adolescents ?) et de leur volonté de prendre en charge ou non cette problématique dans leur exercice.

- **Le choix d'un questionnaire en ligne :**

Par ailleurs, le questionnaire a été diffusé par messagerie électronique. Il s'agit d'un mode de recueil sélectif puisque l'enquête sous-entend que les médecins sollicités soient équipés d'un accès Internet et sachent s'en servir.

Nous avons néanmoins choisi ce mode de diffusion, car il permet une réponse simple et rapide pour l'enquêté, limitant ainsi l'abandon du questionnaire avant la fin, et empêche le recueil de questionnaire partiellement remplis. De plus, ce moyen nécessite moins de surcharge administrative qu'une réponse papier (rédaction, envoi du courrier, etc.), allégeant ainsi la tâche de l'enquêté.

- **La forme du questionnaire :**

Le choix d'un questionnaire fermé permet une réponse simple et spontanée de l'enquêté et une analyse statistique pour l'enquêteur. Les réponses sont certes moins riches, surtout lorsque le sujet fait référence au vécu de la relation avec les patients et aux habitudes de prise en charge, mais elles sont reproductibles. En effet, le premier pré-test proposé comprenait des questions ouvertes, mais l'inhomogénéité des réponses n'aurait pas permis d'obtenir des résultats statistiquement intéressants.

Cependant, cette structure limite les suggestions que l'enquêté aurait pu avoir, et l'oblige à choisir une réponse. Ceci suppose que tous les items possibles de réponses soient proposés pour chacune des questions.

- **Le biais de « sincérité » :**

L'enquête cherchait à décrire les habitudes des médecins généralistes en matière de prévention et de dépistage du risque alcool chez les adolescents. Il était demandé aux médecins de répondre aux questions en se mettant en situation, il s'agissait pour eux d'estimer leur propre exercice. Ce type d'étude comporte donc un biais de sincérité.

Plus les répondants connaissent le sujet traité, plus ce biais est important puisqu'ils peuvent être tenté de répondre, non pas ce qu'ils font en pratique, mais ce qu'ils devraient faire en théorie.

Or les médecins généralistes sondés ont reconnu ne pas avoir les connaissances suffisantes en matière de prévention et le dépistage d'un mésusage de l'alcool à l'adolescence. Cette absence de connaissance théorique parmi la population sondée minore donc le biais de sincérité.

- **La définition de l'adolescent :**

La définition choisie pour cibler la population des adolescents dans la patientèle des médecins généralistes était celle de l'OMS : « est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans ». L'enquête faisait donc référence à une classe d'âge très vaste, et les médecins sondés ont dû standardiser leur attitude face à cette population variée. Or, il se peut que certains médecins adoptent des attitudes différentes en fonction de l'âge, du degré de maturité, ou du mode de consommation d'alcool de l'adolescent.

Il était cependant délibéré de ne pas proposer d'échelonnage des âges dans le questionnaire, à l'exception de la question sur l'âge auquel les médecins commencent à faire de la prévention, afin de présenter l'adolescence comme une entité : le temps du passage de l'enfance à l'âge adulte.

B. Principaux résultats

1. Consultation de l'adolescent

- **Les certificats de sport, une occasion de voir les adolescents en consultation, pour une population qui consulte peu par ailleurs:**

- La grande majorité des médecins généralistes a le sentiment de ne pas voir suffisamment leurs patients adolescents en consultation.

En effet, c'est à l'adolescence que le recours au médecin généraliste est le moins fréquent, et lorsqu'un adolescent consulte c'est la plupart du temps pour des raisons banales : certificat d'aptitude au sport, demande de contraception, vaccin ou infection virale (89).

- Sur ce point, quasiment tous les médecins généralistes s'accordent à penser que les certificats de sport sont l'occasion de voir en consultation leurs patients adolescents, qu'ils ne verraient pas par ailleurs.

Or le nouveau projet de loi relatif à la santé, prévoit une réforme du délai de validité des certificats médicaux : « le certificat de non contre-indication restera nécessaire lors de l'établissement initial de la licence sportive, puis il devra être renouvelé seulement tous les deux ou trois ans, selon l'âge du licencié, les antécédents ou facteurs de fragilités connus du sportif, et au regard des contraintes d'intensité de la pratique et de la discipline. » (90)

Ainsi, on peut supposer que certains adolescents ne verront leur médecin généraliste que tous les trois ans, ce qui est totalement insuffisant pour que ces derniers puissent faire leur travail de prévention auprès de cette population, voire dépister et prendre en charge de façon précoce certains d'entre eux qui présenteraient un mésusage de l'alcool.

- **La place des parents dans la consultation de l'adolescent :**

Dans la majorité des cas, les parents assistent à la consultation de leurs adolescents.

Toutefois, plus de 90% des médecins pensent que leur présence est un frein pour aborder le sujet de l'alcool avec leurs jeunes patients.

La demande de consultation est le plus souvent à l'initiative de l'entourage (de la mère, dans la majorité des cas) (26), et les parents assistent la plupart du temps à cette consultation.

Il est vrai que la plupart des adolescents aime être accompagné de leurs parents lors de la consultation avec le médecin généraliste. Leur présence les rassure. Cependant ce sentiment dépend beaucoup du motif de la consultation : lorsque le médecin aborde des thèmes intimes comme la sexualité ou les problèmes de moral, comme l'abus d'alcool, les adolescents préfèrent être vus seuls (91).

Il est donc recommandé de voir l'adolescent en tête à tête (3). Le médecin doit établir une relation de confiance avec son jeune patient, qui a besoin d'être écouté, pris au sérieux et rassuré. L'adolescent doit exposer lui même le motif de sa consultation et ainsi avoir le rôle d'interlocuteur principal.

Toutefois, les parents ne doivent pas être mis de côté. Le médecin doit leur accorder une écoute et une place suffisante, afin de les intégrer dans la relation de soins.

Dans l'idéal, l'adolescent serait dans un premier temps reçu brièvement avec ses parents, puis il serait vu seul pour permettre une anamnèse et un examen clinique dans une atmosphère d'intimité et de confidentialité, puis les parents pourront être reçu à la fin de l'entretien avec l'accord de l'adolescent.

• Qui du médecin ou de l'adolescent aborde le sujet ?

Pour la majorité des médecins généralistes, quand la problématique de l'alcool est abordée en consultation avec un adolescent, ce sont les médecins qui sont à l'initiative de cet entretien. Selon eux, très peu d'adolescents abordent spontanément ce sujet.

En effet, seule une minorité d'adolescent exprime spontanément leurs expériences et leur comportement vis-à-vis de l'alcool à leur médecin généraliste.

La majorité des adolescents ont un discours limité, ils sont timides dans leurs réponses et pudiques lors de l'examen. Souvent, les adolescents sortent de la consultation avec le sentiment de ne pas avoir dit tout ce qu'ils voulaient. En effet, la plupart aimerait que le médecin devine ce qu'ils ressentent. Une enquête révèle que très peu d'adolescents (22% chez le généraliste et 2% chez le pédiatre) posent des questions et demandent des conseils indépendamment du premier motif de consultation (92).

Le praticien doit avoir conscience de cette réserve et aller au-devant de la demande muette de l'adolescent en abordant lui-même les sujets qui lui semblent pertinents. Il doit donc ouvrir la consultation au-delà du motif initial, en dehors de toute demande, pour faire son travail d'information, de prévention et de dépistage.

De plus, le médecin généraliste est également considéré par la majorité des français (88% de la population) comme l'interlocuteur et le soignant légitime pour aborder le sujet de l'alcool (93).

2. Prévention du risque alcool chez les adolescents

- **À quels adolescents s'adresse la prévention du risque alcool ?**

70% des médecins disent commencer à faire de la prévention sur l'alcool chez les adolescents entre 14 et 17 ans.

Bien que ce soit en classe de 4^{ème} et de 3^{ème} que la consommation d'alcool augmente considérablement (11), il est recommandé de débiter la prévention beaucoup plus tôt, c'est à dire dès l'école primaire (23). En effet, plus la prévention est débiterée tôt, plus elle est efficace (59). *Or ils ne sont que 10% à déclarer commencer à faire de la prévention sur les risques de l'alcool dès l'âge de 10 ans.*

Selon la SFA et le NIAAA (10), tout adolescent vu en pratique courante (bilan de santé, consultation en urgence pour un traumatisme, etc.) devrait bénéficier d'un dépistage portant sur sa consommation d'alcool. Chez les enfants, il est recommandé de repérer en premier lieu s'il y a déjà eu expérimentation (10).

La première forme de mésusage, l'usage à risque, étant par définition asymptomatique et pouvant se prolonger pendant une longue période, le médecin généraliste ne doit pas attendre l'apparition de dommages pour aborder cette problématique.

Ainsi, bien que la majorité des adolescents soit en bonne santé, le travail de prévention reste fondamental auprès de chacun d'eux, puisque 85% des jeunes de 17 ans ont une consommation festive pouvant présenter des risques (1) .

Or seulement 40,7% des médecins interrogés pensent qu'il faudrait systématiquement aborder le sujet de l'alcool lors d'une consultation avec un adolescent.

Cependant les adolescents ne sont pas tous égaux face au risque alcool. En effet, il existe des facteurs de vulnérabilités spécifiques aux adolescents, et pouvant influencer leurs modes de consommation. Certains jeunes sont donc plus à risque de développer un mésusage que d'autres.

Il est donc essentiel pour le médecin généraliste de connaître ces facteurs de vulnérabilités, afin d'identifier les adolescents les plus à risque de développer un mésusage, et ainsi prévenir ce risque en amont et instaurer un suivi régulier de ces patients.

Ils sont d'ailleurs 50,8% à penser qu'il faut aborder ce sujet en fonction du terrain, ce qui prouve que la plupart d'entre eux est bien conscient de l'importance des facteurs de risque dans ce domaine.

Pourtant la majorité des médecins sous estime ou méconnaît la plupart des critères pouvant augmenter le risque de mésusage d'alcool à l'adolescence, comme :

- La précocité de l'initiation est pourtant un déterminant majeur d'usage problématique par la suite et accroît même les risques de dépendance ultérieure (1). Plus l'expérimentation d'alcool a lieu tôt, plus les risques d'un mésusage futur sont grands (1).

- Le risque de consommation d'alcool est 3 fois plus élevé chez les adolescents fumeurs que chez les adolescents non-fumeurs (94). Ainsi, 4 % des adolescents de 17 ans déclarent être à la fois fumeurs quotidiens de tabac et consommateurs réguliers de boissons alcoolisées (1). Un adolescent tabagique est donc plus à risque de consommer de l'alcool.

- De même, les jeunes qui présentent des difficultés scolaires ont des niveaux plus élevés d'usage problématique d'alcool (16) ;

- Et les adolescents provenant d'un milieu social défavorisé, ont un risque plus élevé de consommation régulière d'alcool et d'API (44).

- Pour la majorité des médecins généralistes, la religion et la culture n'influencent pas le comportement des adolescents vis-à-vis de l'alcool. Pourtant l'alcool fait partie intégrante de nos traditions et de notre patrimoine culturel. Les médecins sont d'ailleurs les premiers influencés par l'image culturelle souvent positive que notre société attribue à ce breuvage, puisqu'ils sont 78% à admettre que leur propre représentation de l'alcool et leur expérience personnelle influencent leur pratique dans ce domaine. Ils sont également 64,4% à penser qu'un usage modéré de l'alcool à l'adolescence peut être considéré comme un comportement « normal ».

On retrouve également l'image de l'alcool dans la plupart des religions : c'est un symbole religieux chez les catholiques et les orthodoxes, alors qu'il est strictement interdit chez les musulmans (45). Les jeunes musulmans sont ainsi moins sujets à cette problématique, car ils ne transgressent pas facilement l'interdit prôné par leur religion (45).

- Pour la plupart des médecins généralistes il serait plus à risque de consommer des alcools fort que des alcools fermentés. Cependant ce n'est pas le type d'alcool consommé qui augmente les risques, mais la quantité consommée (c'est à dire le nombre de verre standard d'après l'UIA définit par l'OMS (10)).

Cette notion que les médecins partagent, pourrait venir du fait que les anciennes lois relatives à la protection des mineurs, visant à restreindre leur accès à l'alcool (l'arrêté/loi du 14 novembre 1939 (47), et la loi Evin du 10 janvier 1991 (65)), distinguaient les boissons du deuxième groupe (comprenant les alcools fermentés, autorisés aux mineurs entre 16 et 18 ans), et les boissons du troisième au cinquième groupe (comprenant les alcools forts, interdits à tous les mineurs de moins de 18 ans).

Cette idée reçue peut également venir du fait que le type d'alcool bu par les adolescents évolue avec l'intensification de leurs usages : initialement, une consommation contrôlée d'alcool fermenté en famille, puis, par la suite, une consommation d'alcool fort, souvent sous forme d'API, entre copain (13).

- Pour ce qui est du lieu d'habitation, les médecins généralistes ne font quasiment pas de différence entre milieu rural et milieu urbain. Ils sont toutefois un peu plus nombreux à penser que vivre en ville est plus à risque que vivre à la campagne. Pourtant c'est l'inverse: les adolescents vivant dans une commune rurale ont des niveaux d'usage régulier d'alcool plus élevés que les jeunes vivant dans des agglomérations de grande taille (16).

- En ce qui concerne le sexe, les généralistes considèrent que les garçons sont beaucoup plus à risque que les filles.

D'après les enquêtes HBSC (11) et ESCAPAD (16), les garçons consomment plus d'alcool que les filles et ce, quel que soit le type de consommation (expérimentation, ivresse, API, ou régulière). Cependant, une étude américaine en 2011 (95) a montré que les atteintes cérébrales (apprentissage/mémoire) secondaires à une consommation massive d'alcool sont plus importantes chez les filles que chez les garçons du même âge. En effet, le développement du cerveau des filles ayant en général 1 ou 2 ans d'avance sur celui des garçons, les atteintes cérébrales au même âge sont plus graves chez ces dernières. De plus, les différences hormonales entre les deux sexes, avec chez la femme un métabolisme plus lent, un indice de masse grasseuse plus important et un poids en moyenne inférieur (1), favorisent la diffusion et l'imprégnation de l'alcool au niveau des tissus, et notamment du cerveau, des adolescentes.

Les garçons sont ainsi plus à risque de boire en excès, mais les filles sont plus susceptibles d'avoir de graves dommages cérébraux au même âge et à dose équivalente.

Les médecins devraient donc prévenir et dépister un mésusage de l'alcool chez tous leur patients adolescents, sans faire de différence entre les deux sexes.

Toutefois, certains facteurs de risques sont bien connus des médecins généralistes :

- Les API à l'adolescence sont en effet des facteurs de risque considérables d'usages problématiques ultérieurs voire de la survenue d'une dépendance (1).
- Un climat familial instable ou l'absence d'investissement des parents dans la vie de leurs enfants, augmente de façon considérable les risques d'API voire de consommation régulière chez ces adolescents. Ainsi, les jeunes dont les deux parents, ou l'un des deux parents, sont absents (famille monoparentale ou recomposée, adolescents en internat...), déclarent plus d'ivresses répétées et s'avèrent plus souvent être des consommateurs réguliers d'alcool (14).
- Le comportement des parents vis-à-vis de l'alcool influence également celui de leurs enfants : les enfants de parents alcoolo-dépendants ont deux fois plus de risque d'être eux-mêmes des consommateurs réguliers d'alcool (38).
- L'adolescent peut aussi chercher l'ivresse pour « oublier », essayer de plaire à un groupe ou encore se faire simplement remarquer (14). Un tel comportement peut traduire un mal être ou un comportement suicidaire, et doit être perçu comme un « appel au secours » par l'entourage (1).

- **À qui revient le rôle de la prévention du risque alcool chez les adolescents ?**

Pour que la prévention soit efficace, elle ne doit pas se limiter au seul secteur de la santé ou à un seul lieu d'intervention (94). Ce n'est pas parce qu'une action de prévention a été menée auprès d'un jeune qu'elle a été entendue. Il est en effet illusoire de penser qu'une rencontre ponctuelle est suffisante pour réaliser une éducation à la santé auprès d'un jeune.

Pour une prévention efficace, il est donc essentiel d'agir sur l'environnement des adolescents et de s'appuyer sur l'ensemble des acteurs qui l'entourent, c'est à dire : les parents, les enseignants, les politiques de santé et le médecin généraliste (48) (49).

Pour cela, il faut informer et sensibiliser le grand public et ces principaux acteurs sur les vulnérabilités des adolescents et les dangers associés à une initiation précoce de l'alcool (1). L'ensemble de la population doit connaître l'impact durable sur leur santé d'une consommation massive et rapide d'alcool, et en particulier sur leur cerveau. Il s'agirait également d'appliquer et de faire respecter les mesures législatives existantes, visant à diminuer l'offre d'alcool et à protéger les jeunes.

Toutefois, l'alcool est un produit de consommation familiale très répandu dans notre société, et profondément intégré dans de nombreux aspects de notre vie quotidienne et festive (35). Il est donc souvent difficile de sensibiliser les jeunes et les acteurs qui les entourent à cette problématique.

- *La plupart des médecins interrogés pense que **les parents** ont un rôle dans la prévention de l'alcool auprès de leurs enfants.*

En effet, les parents ont une influence majeure sur le comportement de leurs enfants, d'une part à travers leur propre comportement vis-à-vis de l'alcool, et d'autre part, via l'éducation et les normes qu'ils leur transmettent (36). Le contrôle parental a un rôle modérateur décisif dans la consommation d'alcool des adolescents (37).

Cependant, l'attitude des parents face à la consommation d'alcool de leurs enfants dépend de la perception qu'ils ont de la dangerosité de l'alcool et de son usage à cette période. Des études sur la perception des risques montrent que les parents ont plutôt tendance à banaliser ou minimiser les dangers d'une consommation d'alcool à cet âge (56). De plus, l'atlas régional des consommations d'alcool (19), publié par l'INPES et l'OFDT en 2005, révèle que les adolescents haut normands déclarent plus souvent que les autres boire en compagnie de leurs parents (35% contre 30,8% en métropole).

Les parents ne sont donc pas toujours aptes pour prévenir les risques d'une consommation d'alcool chez leurs enfants. Ils n'ont pas toujours les compétences et ni les connaissances pour accomplir leur rôle dans ce domaine.

Il est donc essentiel pour le médecin généraliste d'informer et de sensibiliser les parents d'adolescents sur les risques d'une consommation d'alcool à cette période. Il doit également pouvoir les conseiller et les orienter si cela est nécessaire.

- *Plus de la moitié des médecins généralistes pense que **le milieu scolaire** n'a aucun rôle à jouer dans ce domaine.*

Pourtant les jeunes entre 10 et 19 ans passent une bonne partie de leur temps au sein de structures scolaires, où se forment souvent les groupes de pairs qui vont influencer leurs comportements vis-à-vis de l'alcool (59). Il est donc évident que les enseignants ont un rôle important dans la prévention de la consommation d'alcool à cet âge.

Selon la SFA, « la prévention et le dépistage des comportements à risque avec l'alcool pourraient être effectués au sein du milieu scolaire où évolue l'adolescent », ce qui, en pratique, est loin d'être le cas (10).

On pourrait ainsi imaginer des interventions en milieu scolaire par les médecins généralistes, contre une rémunération, afin d'informer et de sensibiliser les jeunes sur les risques concrets d'une consommation d'alcool à leur âge. Cela pourrait également être l'occasion de montrer aux adolescents une autre image du médecin : plus accessible, investi auprès d'eux et surtout détaché de la rencontre « imposée » par le parent. Ce serait en effet l'occasion pour la plupart des adolescents de rencontrer un médecin et de s'exprimer librement hors de la présence parentale et de l'atmosphère parfois pesante du cabinet médical. On peut imaginer que l'impact des messages délivrés serait plus grand.

- **Comment faire la prévention de l'alcool auprès des adolescents au cabinet de médecine générale ?**

Le médecin généraliste en tant que médecin de première ligne, en contact avec un large panel de la population, se doit d'informer et de sensibiliser l'ensemble de ses patients sur les risques d'une consommation d'alcool à l'adolescence. Il est donc recommandé de fournir des documents d'information à disposition des patients au cabinet du médecin généraliste (79).

De plus, le médecin pourrait s'appuyer sur ces documents pour aborder le sujet de l'alcool au cours de la consultation et ainsi légitimer et rendre plus «naturelle» son intervention sur la consommation d'alcool de ses patients.

Des brochures à destination des parents, visant à les informer sur les dangers d'une consommation d'alcool à l'adolescence et à leur redonner confiance, pourraient être mises à leur disposition dans les cabinets de médecine générale.

Or les médecins ne sont que 72,9% à disposer de prospectus ou d'affiches dans leur cabinet, informant leurs patients sur les risques de l'alcool à l'adolescence, et sur les aides possibles. Paradoxalement, ils sont 93,2% à penser que la prévention du risque alcool chez les adolescents fait parti de leur rôle.

En France, lorsque les médecins généralistes font de la prévention, ils ont tendance à faire de la prévention secondaire (dépister à un stade précoce une maladie ou un problème de santé, déjà présent) ou de la prévention tertiaire (éviter la survenue de complications). Ils ne font en effet que très rarement de la prévention primaire, qui consiste pourtant à agir auprès d'une population saine, afin de diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, en diminuant les causes et les facteurs de risque. Il est vrai que les médecins sont peu sensibilisés et formés à ce type d'intervention, pourtant essentiel.

On pourrait également penser qu'ils ne font pas de prévention primaire par manque de temps. Or les affiches et prospectus d'information semblent être une façon simple, efficace et non chronophage pour les médecins généralistes de faire de la prévention primaire auprès de leurs patients. On peut alors supposer que les médecins ne sont pas à l'aise pour aborder la problématique de l'alcool chez les adolescents et souhaitent donc éviter d'attirer l'attention de leurs patients sur ce sujet, afin ne pas avoir à répondre à leurs interrogations ; ou encore que les généralistes ne considèrent pas ce sujet comme une problématique importante, et qu'il n'est donc pas nécessaire d'y sensibiliser la population.

3. Le repérage précoce et l'intervention brève chez les adolescents

D'après la SFA, « tout adolescent devrait bénéficier d'un dépistage systématique de sa consommation d'alcool par le médecin généraliste » (10). Il est en effet essentiel de repérer le plus tôt possible une conduite addictive qui s'installe afin de permettre à l'adolescent de retrouver un contrôle sur ses consommations avant l'apparition des premiers dommages (79). De plus, les études montrent que le repérage précoce et l'intervention brève sont efficaces en médecine générale (96).

Or les résultats concernant le RPIB sont alarmants : *la grande majorité des médecins généralistes dit ne pas connaître les questionnaires de dépistage, et ne pas pratiquer l'intervention brève.*

Pourtant la plupart d'entre eux estime que la prévention de l'alcool chez les adolescents fait partie de leur rôle.

Ces résultats sont assez contradictoires : d'un côté les médecins se disent concernés et impliqués, et d'un autre ils ne font pas de prévention ni de dépistage du mésusage de l'alcool chez les adolescents.

- **Le repérage précoce :**

Selon la SFA, la plupart des acteurs de soins primaires ne semblent pas avoir adopté le repérage précoce dans leur pratique, ce qui est cohérent avec nos résultats (10).

Pourtant les médecins disposent d'outils validés et performants pour dépister un mésusage de l'alcool chez les adolescents (10). Ces outils sont supposés être adaptés à la population adolescente et à leur pratique libérale, or ce n'est pas tout à fait le cas :

- Le questionnaire AUDIT est l'outil de référence validé en France pour le dépistage précoce des adolescents présentant un mésusage de l'alcool (10). Cependant l'accessibilité de cet auto-questionnaire a été mise en doute par une étude qualitative réalisée en 2000 (97). Les médecins évoquaient principalement le fait qu'il soit trop long à remplir par le patient en ambulatoire, difficile à administrer en salle d'attente, et ils rejetaient le principe d'un questionnaire auto-administré déposé en salle d'attente sans explication.

- En ce qui concerne le questionnaire FACE, les études ont montré qu'il était plus accessible à la population générale et plus facile à proposer en médecine libérale (97). Les médecins généralistes semblent donc avoir une préférence pour cet outil. Cependant ce questionnaire a été validé auprès de la population générale, mais pas de façon spécifique pour la population adolescente.

- C'est également le cas du questionnaire DETA. Cet outil a en plus peu d'intérêt chez les adolescents, car son objectif est de dépister un usage nocif ou une dépendance, alors que, chez l'adolescent, on cherche plutôt à repérer un usage à risque, afin de prévenir l'installation d'un usage nocif voire d'une dépendance.

De plus ces questionnaires ont été conçus au départ pour une population adulte, puis ils ont été validés tel quel pour la « population adolescente » ou pour la « population générale ». On peut supposer que les professionnels de santé ont pris conscience tardivement de l'ampleur de la problématique de l'alcool à cet âge et se sont retrouvés démunis face à un besoin urgent d'outils de repérage dans ce domaine.

Dans les années 2000, apparaît deux questionnaires spécifiques dans le repérage des conduites à risques chez les adolescents : les questionnaires DEP ADO et ADOPSA.

- Cependant le DEP ADO est un questionnaire long et on peut donc supposer que les médecins généralistes lui trouvent les mêmes défauts que le questionnaire AUDIT.

- Plusieurs études se sont intéressées à la validation du questionnaire CRAFFT en France (77) (78) et à son accessibilité en soin primaire. Celui-ci s'est révélé être un outil précieux dans le dépistage précoce des adolescents en difficulté avec l'alcool, et bien adapté à la pratique des médecins généralistes : la plupart d'entre eux a jugé ce test rapide, simple, fiable et bien accepté par les jeunes.

Il existe donc bien des questionnaires validés pour le repérage précoce du risque alcool chez les adolescents, mais certains ne semblent pas adaptés à la pratique de la médecine libérale, d'autres ne semblent pas adaptés à la population adolescente, et la plupart d'entre eux sont méconnus des médecins généralistes.

• **L'intervention brève :**

L'intervention brève est une méthode simple et reproductible en médecine générale. Les différents travaux réalisés à son sujet ont montré qu'elle induisait un changement de consommation du produit alcool dès la première séance (79).

Ces entretiens sont particulièrement efficaces chez les adolescents de plus de 16 ans, atteints des formes les moins sévères de mésusages (50). Des études ont d'ailleurs montré que l'intervention brève chez les étudiants universitaires permettait une réduction de la consommation et de la fréquence des API (10).

- **Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste à la réalisation de la prévention et du dépistage du risque alcool chez les adolescents :**

En dépit des recommandations et au vu de la prévalence de la consommation d'alcool chez les adolescents, le repérage précoce et l'intervention brève devraient faire partie intégrante des pratiques cliniques de routine. Pourtant cela est loin d'être le cas.

Malheureusement, les sujets de prévention comme la consommation d'alcool, de tabac ou encore les maladies sexuellement transmissibles, sont rarement abordés en consultation (98). Il est vrai que le dépistage de ces problèmes demande une approche particulière : une écoute attentive et des questions ciblées de la part du médecin. Or, les généralistes ne sont pas toujours sensibilisés à ces sujets, ils ne se sentent pas à l'aise pour les aborder et leur formation, sur les plans théorique comme pratique, ne les prépare pas suffisamment à discuter de ces questions avec les adolescents qu'ils reçoivent.

- La plupart des médecins dit que les adolescents ne se sentent pas concernés par cette problématique.

Les médecins doivent dans l'ensemble prendre conscience des difficultés d'intégration des messages de prévention, à un âge où se projeter dans l'avenir n'est pas simple (1). En effet, pour le jeune l'instant présent est plein de soucis et de contradiction, et l'avenir appartient plus à un monde virtuel qu'à la réalité du moment. La notion de «capital santé» est, à cet âge, un concept vague et lointain (1). D'ailleurs, l'enquête Indiss, menée auprès d'un échantillon d'élèves de 2^{nde} (21) scolarisés en Haute Normandie, révèle que 75,3 % des adolescents présentant un mésusage de l'alcool selon le test CRAFFT, pensent que leur consommation n'est pas dangereuse pour leur santé. Cela reflète bien le fait que les adolescents ne sont pas conscients des risques qu'ils prennent en adoptant certains modes de consommation.

Devant une situation à risque, il est donc indispensable de revoir l'adolescent pour s'assurer d'une évolution satisfaisante.

De plus, la qualité d'écoute et le suivi dépendent de la qualité de la communication que le médecin établit avec l'adolescent. Si le jeune patient ne perçoit pas le climat de respect, de confiance et de compétence sur lequel il compte, il n'hésite pas à rompre la relation (99).

Le médecin doit donc éviter les discours « moralisateurs » et établir une relation de confiance afin d'être entendu.

- Plus d'un tiers des médecins dit ne pas avoir assez de temps pour aborder ce sujet.

Le RPIB implique une contrainte temporelle (entre 10 et 20 minutes environ) dans un contexte d'une charge de travail déjà lourde. En effet, s'il doit s'inscrire dans une pratique clinique de routine, il doit se rajouter à un autre motif de consultation ainsi qu'aux autres registres de prévention déjà bien établis.

Si le médecin a peu de temps à consacrer au RPIB lors d'une consultation, il pourrait au moins cibler les adolescents les plus à risque de mésusage de l'alcool. C'est pourquoi il est fondamental que le médecin connaisse les facteurs de vulnérabilités des adolescents vis-à-vis de l'alcool.

S'il manque de temps pour aborder le sujet de l'alcool avec son jeune patient, le médecin généraliste peut également lui proposer de le revoir, afin de consacrer une consultation au RPIB.

- La majorité des généralistes pense ne pas avoir les connaissances suffisantes pour aborder le sujet de l'alcool en consultation.

La non systématisation du programme RPIB auprès des adolescents en médecine générale est principalement due à un déficit dans la formation des médecins généralistes, autant en addictologie qu'à la médecine de l'adolescent.

En effet, le RPIB nécessite une formation spécifique afin d'acquérir la compétence nécessaire à sa pratique (100). Le praticien doit savoir aller au-devant des besoins de son jeune patient et faire preuve d'anticipation (101). A l'aide de questions pertinentes ou d'un questionnaire, il doit inviter l'adolescent à aborder le sujet de l'alcool (83). Ce travail n'est pas aisé et certains professionnels éprouvent parfois des difficultés à évoquer cette problématique qu'ils jugent «sensibles», particulièrement en dehors de toute demande (83).

Actuellement cette formation n'est que très peu représentée dans la formation médicale initiale. Les notions d'usage à risque, d'usage nocif et de prévention ne sont pas si bien connues par les omnipraticiens, plutôt centrés sur l'alcoolodépendance et le curatif (97) (102).

De plus il est également nécessaire de former les médecins généralistes à la médecine de l'adolescent. En effet la prise en charge de ces jeunes est très différente de celle de l'adulte ou de l'enfant. Les adolescents recherchent surtout un dialogue, une relation et une capacité d'écoute (103). Ainsi pour prévenir et dépister un mésusage de l'alcool chez ces jeunes patients, il est indispensable que le médecin généraliste adapte sa pratique aux spécificités de l'adolescence. Or la médecine de l'adolescent n'est quasiment pas abordée au cours des études médicales.

Le Haut Comité de la Santé Publique, dans un rapport sur la souffrance psychique des adolescents (104), constate que la consultation des adolescents est généralement rapide, centrée sur un problème somatique et que la part la plus importante de la thérapeutique est réservée à la prescription. Le rapport conclut que les médecins généralistes, interlocuteurs de proximité, devraient savoir offrir aux adolescents ce qui est nécessaire : le temps, la patience, la permanence, l'information, la prévention, et la liaison avec les autres soignants.

De nombreuses études se sont intéressées aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients.

Les principales difficultés qui en ressortent sont : une formation insuffisante dans ce domaine, le manque de temps, un sentiment d'incompétence ou d'inutilité, la crainte de donner au patient le sentiment de juger son comportement, une gêne pour aborder une question qu'ils considèrent comme appartenant à l'intimité et qui les renvoie à leur propre rapport à l'alcool, et l'absence de rémunération adaptée (102) (105) (106).

Les items étudiés dans notre enquête sont donc cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature.

Pour vaincre les réticences des médecins généralistes à aborder la problématique de l'alcool avec les adolescents en consultation, il est donc capital de s'intéresser aux représentations autant qu'aux connaissances.

Il est essentiel d'améliorer la formation (initiale et continue) des médecins généralistes au RPIB et à la médecine de l'adolescent, et il est également fondamental d'entendre les besoins concrets : si un acte doit être systématisé, il faut pouvoir «faire court» pour «faire souvent», et il faut prévoir une valorisation des actes de prévention, comme par exemple sous la forme d'une rémunération supplémentaire (103).

4. Consommation « normale » et problème de santé publique

- **La consommation d'alcool à l'adolescence : un problème de santé publique**

La consommation excessive d'alcool à l'adolescence est un problème alarmant de santé publique, dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux et sociaux (31). C'est une des principales causes de traumatismes (dont ceux dus aux accidents de la route) et de violence. Selon les dernières données publiées en 2009, l'alcool est responsable de 49 000 décès par an, tous âges confondus (107).

C'est la deuxième cause de mortalité prématurée en France, et c'est une des causes principales de mortalité évitable chez les adolescents (7). Le mésusage de l'alcool peut également entraîner des problèmes de santé qui se manifesteront plus tard et affecter ainsi l'espérance de vie. C'est donc un facteur considérable de morbi-mortalité et de problèmes sociaux, suscitant l'élaboration de plans gouvernementaux en France mais également en Europe :

- en France, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 repose sur trois grandes priorités, dont celle de « prendre en compte les populations les plus exposées aux substances psychoactives, pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux, notamment en empêchant, retardant et limitant les consommations des jeunes » (61).

- à l'échelle européenne, un plan d'action 2012-2020 (108) a été approuvé en septembre 2011 par l'ensemble des 53 états membres de la région européenne de l'OMS, dont la France fait partie, et vise notamment à réduire l'usage nocif de l'alcool.

La consommation excessive d'alcool représente également une source de dépenses considérables pour la collectivité (13). A ce titre et au vu du rapport coût/efficacité des programmes de repérage et d'interventions brèves en médecine générale visant à réduire la consommation d'alcool dangereuse et problématique, il serait d'autant plus ingénieux de financer la formation des médecins généralistes et des moyens nécessaires à la réalisation de ces programmes en soin primaire (79).

La grande majorité des médecins considère que la consommation d'alcool à cette période est actuellement un problème de santé publique.

D'ailleurs, la plupart des médecins généralistes est bien conscient qu'un mésusage de l'alcool à l'adolescence peut avoir des conséquences sanitaires et sociales néfastes à l'âge adulte, notamment sur le comportement futur de l'adolescent vis-à-vis de l'alcool, sur sa vie personnelle et sociale, sur sa santé et sur son niveau d'étude supérieur.

Toutefois, 64,4% des généralistes pensent qu'un usage modéré de l'alcool à l'adolescence peut faire partie d'un comportement « normal ».

- **Peut-on considérer que la consommation d'alcool à l'adolescence peut faire parti d'un comportement « normal » ?**

« Expérimenter » est une attitude normale à l'adolescence, et il est vrai que certains comportements considérés comme déviants sont nécessaires à l'aboutissement du processus d'autonomisation. Ainsi, sans vouloir légitimer certains comportements dissidents ni faire preuve d'attentisme, il faut savoir tolérer certaines conduites : l'adolescent se découvre et cherche ses limites, et vouloir à tout prix prévenir certains débordements peut entraver son processus identitaire et finalement l'handicaper.

Cependant, la consommation d'alcool à l'adolescence, même en quantité « raisonnable », augmente considérablement le risque ultérieur de dépendance (32), et peut avoir des conséquences sanitaires et sociales considérables à court, moyens et long terme. Ainsi, bien que la majorité des jeunes abandonnent rapidement leurs habitudes de consommation (1), l'usage d'alcool à l'adolescence, quel qu'il soit (usage simple ou mésusage), ne peut pas être considéré comme un comportement « normal », et doit à tout prix être évité.

- **L'alcool : une consommation banalisée**

On a ici des résultats paradoxaux : d'un côté les médecins sont bien conscients que la consommation d'alcool à l'adolescence peut être dangereuse et représente un problème majeur de santé publique, et d'un autre côté les médecins pensent qu'un tel comportement à cet âge peut être « normal ».

Il y a en réalité un problème de « perception » du produit alcool qui ne concerne pas uniquement les médecins généralistes, mais l'ensemble de la population. En France, l'alcool bénéficie en effet d'une image plutôt positive et sa consommation a tendance à être banalisée.

Ce problème de « perception » est principalement dû à l'empreinte culturelle forte de l'alcool dans notre société. D'ailleurs, ce sont souvent les parents qui initient leurs enfants à l'alcool, comme par exemple au vin, symbole de notre patrimoine culturel, ou encore au champagne lors de grandes occasions. En faisant cela ils n'ont sans doute pas conscience du risque qu'ils font prendre à leurs enfants. Il y a donc un réel problème de « perception » du produit alcool, trop souvent banalisé.

D'ailleurs la plupart des médecins généralistes admettent être influencés par leur expérience personnelle et leur culture lorsqu'ils abordent le sujet de l'alcool avec leurs jeunes patients.

Afin de modifier la perception que l'on a de l'alcool dans notre société, il faudrait changer les mentalités, modifier nos habitudes de vie et donc l'opinion générale sur l'alcool principalement influencée par notre culture et notre éducation.

C'est en cela que la prévention primaire est essentielle. C'est elle qui va permettre d'informer et de sensibiliser l'ensemble de la population sur les risques réels d'une consommation d'alcool (même minime ou contrôlée) à l'adolescence, et ainsi redonner à ce produit sa place de substance psychoactive potentiellement dangereuse.

C. Perspectives

La consommation d'alcool est largement banalisée dans notre société. L'alcool tient une place importante dans le secteur socio-culturel et économique, et fait ainsi intégralement partie de notre mode de vie. Toutefois consommer de l'alcool n'est pas sans risque, surtout au moment de l'adolescence. Il est donc essentiel de modifier la perception que l'on a de ce produit, dont la consommation est trop souvent banalisée, afin de lui redonner son statut de « substance psychoactive ».

Pour cela, il faudrait informer et sensibiliser l'ensemble de la population sur cette problématique, et notamment sur les effets neurotoxiques d'une consommation excessive d'alcool à l'adolescence, à travers, par exemple, des campagnes de sensibilisation. Les médecins généralistes pourraient ainsi disposer de façon systématique dans leur cabinet de documentations informant leur patientèle sur les risques d'une consommation d'alcool à cet âge.

Cependant nous sommes forcé de constater que l'on ne fait quasiment pas de prévention primaire en France. Les médecins sont plus sensibilisés et formés aux préventions secondaire et tertiaire. D'ailleurs, le budget alloué par l'État à la prévention de l'alcool en France (de quelques millions d'euros) est infime par rapport au budget publicitaire déployé par les alcooliers pour promouvoir leurs boissons alcoolisées (plusieurs milliards d'euros) (109). Il faudrait donc développer la prévention primaire en France.

De plus, au vu des résultats alarmant de cette étude sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes haut normands en matière de prévention et de repérage du risque alcool chez les adolescents, il paraît essentiel de développer la formation initiale au RPIB et à la médecine de l'adolescent au cours des études médicale.

Une formation continue doit également être mise en place, afin de réactualiser les connaissances des médecins généralistes, ou de leur apporter une formation initiale selon les cas.

Cette formation pourrait être organisée en collaboration avec les addictologues et les pédopsychiatres de la région, afin qu'elle soit adaptée aux spécificités des adolescents haut normands. Elle pourrait être proposée à l'ensemble des médecins généralistes sous forme de conférences, à l'occasion d'un « Quoi de neuf en médecine générale », par exemple. Un document résumant la réunion pourrait être adressé aux médecins n'ayant pas pu se déplacer, afin que l'ensemble des généralistes haut normands soit informé.

Cette formation devrait bien entendu être adaptée à leurs conditions d'exercice, en tenant compte notamment du fonctionnement de leur activité à l'acte et de la durée limitée qu'ils peuvent consacrer à leurs patients.

Il est également nécessaire de développer les réseaux de soin et d'aider les médecins généralistes à identifier les acteurs et les structures pouvant intervenir en relais ou en complémentarité de leur action dans leur territoire de santé. Cela leur permettrait en même temps de rompre leur isolement. En cas de difficultés, le recours à l'aide d'un spécialiste en addictologie ou en pédopsychiatrie devrait leur être facilité.

À plus grande échelle, pour établir une prévention durable et efficace, il faudrait uniformiser les interventions de prévention validées sur l'ensemble du territoire français, et faire respecter les lois déjà établies visant à diminuer l'offre d'alcool. Il serait également intéressant de développer les centres résidentiels spécialisés dans les conduites addictives des adolescents, les consultations hospitalières et les services d'addictologies pouvant accueillir les adolescents.

Enfin, il paraît important de développer la recherche et les études sur la prévention et le dépistage du risque alcool chez l'adolescent en médecine générale. En effet, il existe de nombreuses études portant sur le rôle des parents, du milieu scolaire ou de l'offre d'alcool dans ce domaine, mais il n'existe que très peu d'études sur la prévention et le dépistage de ce risque en médecine générale. Cela paraît d'autant plus nécessaire que les tests de dépistages ne paraissent pas tout à fait adaptés à la population adolescente et/ou à la pratique des médecins généralistes.

VIII. CONCLUSION

L'alcool occupe une place à part dans notre société, notamment grâce à une empreinte culturelle forte et un lobbying performant. C'est un produit qui reste très répandu et accessible, malgré un cadre législatif et réglementaire solide.

Les bouleversements physiques, physiologiques, psychologiques et sociaux qui caractérisent l'adolescence, en font une période de vulnérabilité particulière, propice à l'expérimentation de l'alcool. C'est en effet à l'adolescence qu'apparaissent certaines pratiques pouvant constituer les prémices d'un usage problématique.

Bien que toutes les enquêtes s'accordent pour dire que la consommation d'alcool des adolescents en France est globalement en baisse, le nombre de consommateur reste très important et concerne, à 17 ans, près de 90% des adolescents (16). De plus, les API sont toujours aussi fréquentes et particulièrement dangereuses, et l'usage d'alcool à cet âge peut avoir des conséquences dramatiques. C'est pourquoi la consommation d'alcool à l'adolescence est actuellement un problème majeur de santé publique.

Sa prévention est donc essentielle, mais complexe, à l'image de la population adolescente. La prévention de la consommation d'alcool auprès de cette jeune génération fait intervenir différents acteurs de leur environnement : les enseignants, les parents, les politiques de santé visant à limiter l'offre d'alcool et le médecin généraliste. Toutefois, l'alcool bénéficie encore aujourd'hui d'une image culturelle plutôt positive, et sa consommation est souvent banalisée. Il est donc difficile de sensibiliser ces acteurs à cette problématique.

Le médecin généraliste, en tant que médecin de famille proche de l'adolescent et de son entourage, paraît être le mieux placé pour repérer chez ces jeunes patients des facteurs de vulnérabilités, ou encore pour s'entretenir avec eux sur leurs consommations et leurs représentations de l'alcool. De plus, il dispose d'outils validés pour l'aider à évaluer leur consommation d'alcool et ainsi repérer de façon précoce ceux qui présenteraient un mésusage.

Cependant les résultats de notre enquête révèlent que la plupart des médecins généralistes haut normands ne connaissent pas les outils de dépistage recommandés et semble rencontrer de grandes difficultés à communiquer avec ces jeunes patients. Les omnipraticiens paraissent également ignorer les spécificités de l'adolescence et des modes de consommation d'alcool à cet âge. Pourtant la connaissance de ces spécificités est indispensable à l'établissement d'une relation de soin efficace.

Néanmoins, les généralistes se sentent légitimes pour aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients adolescents et se disent concernés par cette problématique.

Au vu de la diversité des missions du médecin généraliste, le temps qu'ils vont consacrer à ce sujet dépend non seulement de leur niveau de sensibilisation et de l'intérêt qu'ils portent à cette problématique, mais aussi, de leurs connaissances et de leurs compétences dans ce domaine.

Il paraît donc essentiel de proposer à tous les médecins généralistes une formation initiale et/ou continue portant sur le repérage précoce et à l'intervention brève (méthodes validées scientifiquement), ainsi que sur la médecine de l'adolescent, afin de leur permettre d'aborder plus facilement le sujet de l'alcool avec leurs jeunes patients.

IX. ANNEXES

ANNEXE 1 : Représentation de l'unité internationale d'alcool (UIA) en verre standard

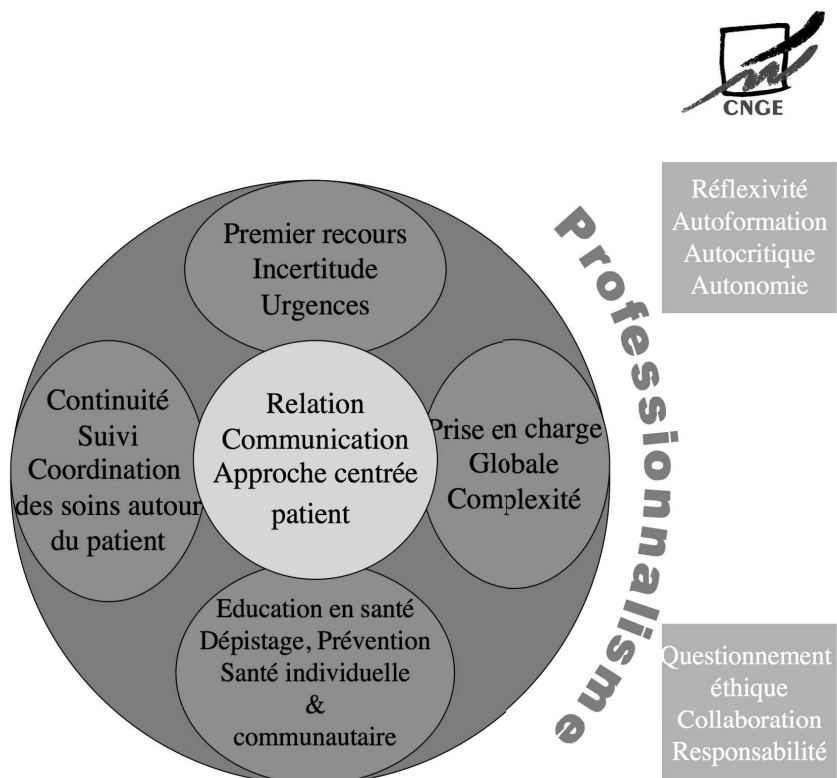


ANNEXE 2 : Définition des principaux indicateurs utilisés dans les enquêtes

Expérimentation : au moins 1 usage au cours de la vie.
Usage dans l'année : au moins 1 usage au cours de l'année précédant l'enquête.
Usage dans le mois ou occasionnel : au moins 1 usage au cours du mois précédant l'enquête.
Usage régulier : au moins 10 usages au cours du mois précédant l'enquête.
Usage quotidien : au moins un usage par jour au cours du mois précédant l'enquête.
Ivresse dans l'année : au moins 1 ivresse dans l'année précédant l'enquête.
Ivresse répétée : au moins 3 ivresses dans l'année précédant l'enquête.
Ivresse régulière : au moins 10 ivresses dans l'année précédant l'enquête.
API dans le mois : au moins 1 API au cours du mois précédant l'enquête.
API répétée : au moins 3 API au cours du mois précédant l'enquête.
API régulière : au moins 10 API au cours du mois précédant l'enquête.

ANNEXE 3 : La marguerite des Compétences en médecine générale

(Source CNGE : Conseil National des Généralistes Enseignants)



ANNEXE 4 : Questionnaire AUDIT

Questionnaire AUDIT	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était notamment attendu de vous ?	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, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle 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, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
TOTAL						

- Interprétation du score :**

Risque de consommation excessive quand le résultat est supérieur ou égal à 7 pour les hommes et 6 pour les femmes.

Alcoolisme probable quand le score est supérieur à 13.

ANNEXE 5 : Questionnaire AUDIT-C

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcooliques ?

☐ Jamais	0 points
☐ Une fois par mois ou moins	1 point
☐ 2 à 4 fois par mois	2 points
☐ 2 à 4 fois par semaine	3 points
☐ 4 fois par semaine ou plus	4 points

2. Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez ? Une boisson alcoolique (= une boisson standard) correspond p. ex. à environ 3 dl de bière (5% vol.), à 1 dl de vin, de mousseux ou de champagne (12,5% vol.), à 2 cl d'eau-de-vie (55% vol.) ou à 4 cl de liqueur (30% vol.)

☐ 1 ou 2	0 points
☐ 3 ou 4	1 point
☐ 5 ou 6	2 points
☐ 7 à 9	3 points
☐ 10 ou plus	4 points

3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire six boissons alcoolisées (= boissons standard) ou plus ?

☐ Jamais	0 points
☐ Moins d'une fois par mois	1 point
☐ Une fois par mois	2 points
☐ Une fois par semaine	3 points
☐ Chaque jour ou presque chaque jour	4 points

- **Interprétation du score :**

Risque de consommation excessive quand le résultat est supérieur ou égal à 5 pour les hommes et 4 pour les femmes. Ces patients devront répondre au questionnaire Audit (qui comprend 10 items) pour une évaluation plus complète.

ANNEXE 6 : Questionnaire FACE

Au cours des douze derniers mois		
<i>A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</i>	Jamais (0), < 1 fois/mois (1), 2 à 4 fois /mois (2), 2 à 3 fois/semaine (3), > 4 fois/semaine (4)	Score :
<i>Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</i>	1 ou 2 (0) 3 ou 4 (1) 5 ou 6 (2) 7 ou 8 (3) 10 ou plus (4)	
Au cours de toute votre vie...		
<i>Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?</i>	Non = 0 Oui = 4	
<i>Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme</i>	Non = 0 Oui = 4	
<i>Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?</i>	Non = 0 Oui = 4	
Total des réponses (0-20)		

- Interprétation du score :**

	0 à 4	Risque faible
Pour les hommes	5 à 8	Risque élevé
	9 ou plus	Dépendance probable
	0 à 3	Risque faible
Pour les femmes	4 à 8	Risque élevé
	9 ou plus	Dépendance probable

ANNEXE 7 : Questionnaire DETA ou CAGE

- 1- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- 2- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- 3- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- 4- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

- Interprétation du score :**

Un score supérieur ou égal à deux est en faveur d'un usage nocif ou d'une alcoolodépendance.

ANNEXE 8 : Questionnaire DEP-ADO

1. Au cours des <u>12 derniers mois</u> , as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)							Réservé à l'usage de l'intervenant		
	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours	Facteur 1 = alcool et cannabis	Facteur 2 = autres drogues	Facteur 3 = conséquences
Alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Cannabis (ex. : mari pot, haschich, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Cocaïne (ex. : coke, snow, crack, freebase, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	
Colle/solvant	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	
Hallucinogènes (ex. : LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	
Héroïne (ex. : smack)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	
Amphétamines/speed (ex. : upper)	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	
Autres*	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	
* L'un ou l'autre des médicaments suivants, <u>pris sans ordonnance</u> : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.									
2.a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? ☐ Oui ➡ Passez à 2b ☐ Non ➡ Passez à 3 (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)									
b) À quel âge as-tu commencé à consommer <u>régulièrement</u>									
de l'alcool ? Ans							☐		
une ou des drogues ? Ans							☐		
3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ? ☐ Oui ☐ Non								☐	
Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés, ➡ passe à la question 7									
4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des <u>30 derniers jours</u> ? ☐ Oui ☐ Non							☐		

		Réservé à l'usage de l'intervenant	
5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris :			
a) Garçons			
i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?	 Fois		
ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?	↘ Fois		
b) Filles			
i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?	↗ Fois		
6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ?			
	Oui	Non	
a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex. : problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.)	☐	☐	
b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)	☐	☐	
c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille	☐	☐	
d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse	☐	☐	
e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)	☐	☐	
f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue	☐	☐	
g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)	☐	☐	
h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)	☐	☐	
i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi	☐	☐	
j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant	☐	☐	
7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois (noircir une seule réponse)			
☐ Pas consommé	☐ La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine		
☐ À l'occasion	☐ 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours		
☐ Une fois par mois environ	☐ Tous les jours		
SCORE BRUTS FACTORIELS			
SCORE TOTAL			
Signature de l'intervenant(e)		V	J R

- **Grille de cotation et interprétation du score :**

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

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

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

2.b) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ?

Alcool	< 12 ans = 3	Drogues	< 14 ans = 3
	12 à 15 ans = 2		14 à 15 ans = 2
	16 ans ou + = 1		16 ans ou + = 1

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

Oui = 8 Non = 0

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

Oui = 8 Non = 0

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

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

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

Oui = 8 Non = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

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

ANNEXE 9 : Questionnaire ADOPSA ou CRAFFT

- 1- Êtes-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- Vous est-il déjà arrivé d'oublier ce que vous avez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?
- 4- Consommez-vous de l'alcool ou 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 ?
- 7- *Avez-vous déjà conduit un véhicule à 2 roues (vélo, scooter, moto, etc.) après avoir trop bu ?*

- **Interprétation du score :**

Au moins 2 réponses affirmatives indiquent un usage nocif de drogue ou d'alcool.

ANNEXE 10 : Le questionnaire

Adolescent et alcool : évaluation de la prévention et du dépistage par les médecins généralistes haut normands.

*Obligatoire

Passez à la question 1.

Généralités vous concernant

1. **Sexe ***

Une seule réponse possible.

☐ Homme

☐ Femme

2. **Age ***

.....

3. **Fonction ***

Une seule réponse possible.

☐ Médecin remplaçant

☐ Médecin installé

4. **Condition d'exercice ***

Plusieurs réponses possibles.

☐ Seul

☐ En groupe

5. **Lieu d'exercice ***

Plusieurs réponses possibles.

☐ Rural

☐ Semi-rural

☐ Ville

6. **Formations complémentaires ***

Plusieurs réponses possibles.

☐ DU ou stage d'addictologie

☐ Stage en pédopsychiatrie

☐ Aucune

Consultation de l'adolescent

7. **Avez-vous le sentiment de voir suffisamment souvent vos patients adolescents de 10 à 19 ans en consultation, afin de réaliser votre rôle de prévention? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, pour la plupart
☐ Non, pour la plupart

8. **Pensez vous que les certificats de sport sont l'occasion de voir en consultation les adolescents que vous ne verriez pas par ailleurs? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

9. **Les adolescents sont-ils la majorité du temps accompagnés de leurs parents? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, pour la plupart
☐ Non, pour la plupart

10. **Pensez vous que voir seul un adolescent en consultation lui permettrait d'aborder plus facilement le sujet de l'alcool? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non, cela ne change rien

11. **Pour vous, lors d'une consultation avec un adolescent, le sujet de l'alcool doit il être abordé? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, systématiquement
☐ Oui, selon le terrain
☐ Non

12. **Lorsque vous parlez du sujet de l'alcool en consultation avec un adolescent, qui aborde le sujet?**

Une seule réponse possible.

- ☐ plutôt vous
☐ plutôt le patient

Le médecin généraliste en pratique

13. **A partir de quel âge commencez vous à faire de la prévention sur l'alcool? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ [10 - 13] ans
☐ [14 - 17] ans
☐ > 17 ans
☐ Vous ne faites pas de prévention sur l'alcool chez les adolescents

14. **Avez vous des documents (prospectus ou affiches) d'information/prévention sur l'alcool et les adolescents dans votre salle d'attente ou votre cabinet? (ou chez le médecin que vous remplacez) ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

15. **Utilisez vous des outils pour vous aider à dépister un mésusage de l'alcool? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Non et vous ne connaissez pas ce questionnaire
AUDIT ou AUDIT-C	☐	☐	☐
FACE	☐	☐	☐
DETA	☐	☐	☐
CRAFFT ou ADOSPA	☐	☐	☐

16. **Pratiquez vous l'intervention brève? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

17. **Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez pour faire de la prévention et/ou du dépistage du risque alcool chez l'adolescent? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Manque d'intérêt de l'adolescent
☐ Manque d'outil et de protocole
☐ Manque de connaissance sur le sujet
☐ Manque de réseau adapté pour une prise en charge optimale
☐ Manque de temps pour aborder correctement le sujet

18. **Pour vous, ces situations ou critères augmentent-ils le risque de mésusage de l'alcool chez un adolescent? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Non, pas du tout	Non, pas trop	Oui, un peu	Oui, beaucoup
Antécédents familiaux de conduite addictive	☐	☐	☐	☐
Milieu familial instable (divorce, parents absents, violences...)	☐	☐	☐	☐
Milieu social défavorisé	☐	☐	☐	☐
Milieu rural	☐	☐	☐	☐
Milieu urbain	☐	☐	☐	☐
Religion / Culture	☐	☐	☐	☐
Difficultés scolaires	☐	☐	☐	☐
Adolescent en souffrance, mal dans sa peau	☐	☐	☐	☐
Tabagisme	☐	☐	☐	☐
Sexe masculin	☐	☐	☐	☐
Sexe féminin	☐	☐	☐	☐
Age précoce du premier verre	☐	☐	☐	☐
Consommation d'alcool fort (vodka, whisky...)	☐	☐	☐	☐
Consommation d'alcool fermenté (vin, bière, cidre...)	☐	☐	☐	☐
Antécédent d'intoxication alcoolique aiguë (pratique le binge drinking)	☐	☐	☐	☐

Le point de vu du médecin généraliste

19. **Selon vous, à qui revient le rôle de la prévention du risque alcool chez les adolescents? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Cela fait parti de votre rôle
- ☐ Cela fait parti du rôle des établissements scolaires / éducation nationale
- ☐ Cela fait parti du rôle des parents / éducateurs

20. **Estimez vous que votre propre représentation de l'alcool et votre expérience personnelle vis à vis de l'alcool influencent votre prise en charge des adolescents face à l'alcool? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

21. **Pensez vous qu'un usage modéré de l'alcool à l'adolescence peut faire parti d'un comportement social "normal"? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Vous n'avez pas d'avis sur la question

22. **Pensez vous qu'un mésusage de l'alcool à l'adolescence peut avoir des conséquences néfastes à l'âge adulte? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Oui, sur sa santé
- ☐ Oui, sur ses projets professionnels, ou son niveau d'étude supérieur
- ☐ Oui, sur sa vie personnelle et sociale
- ☐ Oui, sur son comportement futur vis à vis de l'alcool
- ☐ Non, cela n'a aucune conséquence

23. **Considérez vous que l'alcool chez les jeunes est actuellement un problème de santé publique? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Vous n'avez pas d'avis sur la question

24. **Pensez vous avoir les connaissances suffisantes pour prendre en charge un adolescent ayant un comportement à risque avec l'alcool? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

X. BIBLIOGRAPHIE

1. INSERM, Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 02/2014, 482 p.
2. Michaud P, Alvin P. et coll. La santé des adolescents. Approches, soins, prévention. Payot, Lausanne, Doin, Paris, Presses de l'université de Montréal, 1997.
3. Valleteau de Mouillac J. Consultation de l'adolescent. In: Guide pratique de la consultation en pédiatrie. 10th ed. Elsevier Masson; 2012. p. 496.
4. La limite d'âge entre l'adolescence et l'âge adulte. Paediatr Child Health. 2003 Nov;8(9):578.
5. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, OMS, 2010. Available from: http://www.who.int/topics/substance_abuse/fr/
6. Société française d'alcoologie. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque - Usage nocif. Recommandations de la SFA 2003. Alcoologie Addictologie. 2003;25(4S):925.
7. Naassila M., Alcool et santé : bilan et perspectives, INSERM, GRAP, juin 2011.
8. Recherche et alcoologie, n°32, janvier 2007.
9. Alaux-Cantin S et al. Alcohol intoxications during adolescence increase motivation for alcohol in adult rats and induce neuroadaptations in the nucleus accumbens. Neuropharmacology. 2013;(67):521–31.
10. Société Française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie Addictologie. 2015;37(1):84.
11. Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis, Inpes, coll. Études santé, 2012 254 p.
12. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. et Kraus L., The 2011 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries, Stockholm, CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs), may 2012, 390 p.
13. Alcohol remains a major risk factor for health in France, BEH santé n° 16-17-18, 7 mai 2013, 163-180 p.
14. Beck F., dossier “ jeunes et alcool : quelle prévention ? ”, La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes, la santé de l'homme, Inpes, n° 398, 2008, 10-12 p.

15. Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, François Beck, Virginie Ehlinger, Emmanuelle Godeau. Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Ehlinger V., Godeau E., Alcool, tabac et cannabis durant les “années collège”, Tendances n° 80, OFDT, 04/2012, 6 p.
16. Beck F., Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M., « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 », Tendances, OFDT, n° 100, mai 2015, 8 p.
17. Spilka S., Le Nézet O., Gauduchon T., « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 », Tendances, OFDT, n° 102, juillet 2015, 8 p.
18. Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J.-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes . Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires, 2013 : 104 p.
19. Beck F., Spilka S., Le Nézet O., Legleye S., « Atlas régional des consommations d'alcool 2005 », Données INPES/OFD, 10/2008, 261 p.
20. Guérin O., Michelot F., Thomas N., Trugeon A. La santé des jeunes en Haute-Normandie Consommation de substances psychoactives en classe de 5e. OR2S. 2015 Feb;8.
21. Guérin O., Michelot F., Thomas N., Trugeon A. La santé des jeunes en Haute-Normandie Consommation de substances psychoactives en classe de 2nde. OR2S. 2015 Feb;8.
22. Dally S., Choquet M., Binge drinking : un phénomène qui reste à préciser. Recherche et Alcoologie, 2007, n° 32.
23. Choquet M., « Qu'est-ce qui a changé dans la consommation d'alcool chez les jeunes ? », Synthèse issue de la journée scientifique de l'Ireb 12/2012, IREB, FOCUS alcoologie, 2013, n°16.
24. Amsellem-Mainguy Y., Jeunes et alcool, Consommation en baisse, ivresses occasionnelles en hausse Bulletin d'études et de synthèses de l'observatoire de la jeunesse, INJEP, n° 3, janvier 2011, 4p.
25. Favresse D., L'alcool adolescent: évolutions et spécificités, dossier les jeunes et l'alcool...un vrai problème?, éduquer n° 74, mai 2010, 23-24.
26. Alvin P, Marcelli D., Médecine de l'adolescent. Elsevier Masson, Paris, 2005.
27. INSERM, dossier de presse, Conduites addictives chez les adolescents, une expertise collective de l'Inserm, Paris, 06/02/2014.
28. Le Grand E., Les jeunes et l'alcool. Rapport final pour la ville de La Roche-sur-Yon, enquête auprès de jeunes âgés de 13 à 18 ans, 2007.
29. Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC), Dossier les jeunes et l'alcool - La consommation en pratique, Belgique, mai 2011.

30. Ali M.M., Amialchuk A., Nikaj S. Alcohol consumption and social network ties among adolescents: evidence from Add Health. *Addictive Behaviors* 2014, vol.39, n°5, p. 918-922.
31. OFDT, Alcool - Synthèse des connaissances, juin 2015.
32. Lacaille H., Vaudry D., Comparison of the deleterious effects of binge drinking-like alcohol exposure in adolescent and adult mice. *J. Neurochem*, article Inserm “Les cerveaux d’adolescents plus vulnérables à l’alcool que ceux des adultes” février 2015.
33. Jeammet P., Corcos M., Evolution des problématiques à l’adolescence, L’émergence de la dépendance et ses aménagements, Paris, 2001.
34. Adolescents: risques sanitaires et solutions, OMS, Aide-mémoire N°345, Mai 2014.
35. INSERM, Alcool - Dommages sociaux, abus et dépendance , Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2003.
36. Bailly D., Gorwood P., Qu’est-ce qui a changé dans la consommation d’alcool chez les jeunes ?, Les parents : grands oubliés de la prévention, Synthèse issue de la journée scientifique de l’Ireb 12/2012, IREB, FOCUS alcoologie, 2013, n°16.
37. Duwelz A., Choquet M., La consommation d’alcool des jeunes, Fondation pour la recherche en alcoologie, 08/2015.
38. Hummel A., Shelton K-H., Heron J., Moore L., Van den Bree MBM., A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction*, 2013, 108 (3), 487-96.
39. INJEP, Djepv, Note de synthèse suite aux réunions et contributions du groupe de travail « Alcoolisation excessive des jeunes », septembre 2010, 14 p.
40. Bot S.M., Engels R.C.M.E., Knibbe R.A., Meeus W.H.J. Friend’s drinking behaviour and adolescent alcohol consumption: The moderating role of friendship characteristics. *Addictive Behaviors* 2005, vol. 30, n° 5, 929-947p.
41. Teunissen H.A., Spijkerman R., Prinstein M.J., Cohen G.L., Engels R.C., Scholte R.H. Adolescents’ conformity to their peers’ pro-alcohol and anti-alcohol norms: the power of popularity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2012, vol.36, n° 7, 1257-1267 p.
42. Kelly A.B., Chan G.C., Toumbourou J.W., O’Flaherty M., Homel R., Patton G.C., Williams J. Very young adolescents and alcohol: evidence of a unique susceptibility to peer alcohol use. *Addictive Behaviors* 2012, vol.37, n° 4, 414-419 p.
43. Melotti R., Heron J., Hickman M., Macleod J., Araya R., Lewis G., Adolescent Alcohol and Tobacco Use and Early Socioeconomic Position: The ALSPAC Birth Cohort, *Pediatrics* Volume 127, n°4, 04/2011.

44. Legleye S., Janssen E., Spilka S., Le Nézet O., Cahu N., Beck F. Opposite social gradient for alcohol use and misuse among French adolescents. *International Journal of Drug Policy* 2013, vol.24, n° 4, 359-366 p.
45. Coslin P.G., Les conduites à risque à l'adolescence. Armand Colin, coll. Cursus - Psychologie 2003, 216 p.
46. Bourdillon F., Nouvelle attaque contre la santé, *Tribune Alcool, Libération*, 16 juin 2015.
47. Boucher A., l'alcool et les jeunes, nouvelles règles, quelle efficacité, *Infor-drogues*, 2010.
48. Organisation Mondiale de la Santé, Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, OMS, Genève, 2010.
49. Korczak D., Steinhauser G., Dietl M., «Prevention of alcohol misuse among children, youths and young adults », in *GMS Health Technology Assessment*, vol.7, 2011.
50. Guillemont J., Clément J., Cogordan C., Lamboy B., « Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. », *Santé Publique HS1/2013 (S1)* , p. 37-45.
51. Bourdillon F., La santé en action, prévention/promotion/éducation, Dossier Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes, Inpes, n° 431, mars 2015, 52 p.
52. Développer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes, *Actualités*, 28/04/2015 [Internet]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/026-competences-psychosociales-enfants.asp>
53. Maurage P., Joassin F., Speth A., Modave J., Philippot P., Campanella S. Cerebral effects of binge drinking: respective influences of global alcohol intake and consumption pattern. *Clinical Neurophysiology* 2012, vol.123, n°5, 892-901 p.
54. Com-Ruelle L., Le Guen N., Les jeunes et l'alcool : évolution des comportements, facteurs de risque et éléments protecteurs, Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 192, 10/2013, 8p.
55. Donzé S., Mon ado et l'alcool, le point de vue des parents sur la consommation précoce d'alcool, la FEGPA, Rapport d'enquête, mars 2008.
56. Kouabenan D.R. et al., *Psychologie du risque*, Boeck Université, 2006.
57. Williams R.J., McDermitt D.R., Bertrand L.D., Davis R.M., " Parental awareness of adolescent substance use", *Addictive Behaviors*, 2003, 28, 803-809 p.
58. Guide de l'interne, DES de médecine générale, Université Paris Diderot, 02/2015.

59. Daoust M., Qu'est-ce qui a changé dans la consommation d'alcool chez les jeunes ?, la prévention en milieu scolaire : mythe ou réalité ?, Synthèse issue de la journée scientifique de l'Ireb 12/2012, IREB, FOCUS alcoologie, 2013, n°16.
60. EMCDDA, European drug prevention quality standards. A manual for prevention Professional, Lisbonne, 2011.
61. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017, MILDT, La Documentation française, 2013, 121 p.
62. Benec'h G., Alcool et jeunes ; Les mesures les plus efficaces pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool ; Synthèse des connaissances et exemples d'actions, Bretagne : Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances, CIRDD Bretagne, mars 2013, p.2.
63. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi "Hôpital Patients Santé Territoires - HPST"), JORF n°167 du 12 juillet 2009, 12184 p.
64. Beck F., Richard J-B., Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Inpes, coll. Baromètres santé, 108 p.
65. Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (dite "loi Evvin"), JORF n°10 du 12 janvier 1991, 615-618 p.
66. Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, JORF n°46 du 24 février 2005 ; 3073 p.
67. La loi Évin qui encadre la publicité sur l'alcool menacée par un amendement, Actualités, INPES, 16-06-2015 [Internet]. Available from: http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/034-publicite_loi-evin.asp
68. Aide à distance en santé : l'offre de l'Inpes, INPES, septembre 2015 [Internet]. Available from: http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/telephonie_sante/index.asp
69. Pommereau X., Rapport «Santé des jeunes», Orientations et actions à promouvoir en 2002, 04/2002.
70. Michaud P., « Le repérage de la consommation d'alcool est efficace chez les jeunes ». La santé de l'homme , n°400, mars-avril 2009, .4-5 p.
71. Reynaud M., Paille F., Morel A., Principes pour l'aide et la prise en charge des sujets ayant un usage nocif de substances psychoactives. In : Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque. Outils de repérage. Conduite à tenir. Rapport au Directeur Général de la Santé. Paris : La Documentation Française, 2002, 153-162 p.
72. Huas D., Bouix J-C., Demeaux J-L., Allemeand H., Rueff B., Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. La revue du praticien médecine générale, 2002, 16 (586), 1343-8.

73. Castera P., Approche spécifique par le médecin généraliste. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Audition Publique. HAS, 2007, 106-115 p.
74. Locquet C., Blondet E., Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles, novembre 2014, 51p.
75. Germain M., Guyon L., Landry M., Tremblay J., Brunelle M., Bergeron J., DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes. Recherche et intervention sur les substances psychoactives, RISQ, Quebec, septembre 2007, Version 3.2.
76. Knight JR., Sherritt L., Shrier LA., Harris SK., Chang G., Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002, 156 (6), 607-614 p.
77. Picard V., Gebaud L., Perthuis I., et al. Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. La Revue du praticien. Médecine générale. 2002, (573), 699–703 p.
78. Karila L., Legleye S., Beck F., et al. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT- ADOSPA. La Presse Médicale, 2007, 36 (4), 582–590 p.
79. Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves, 2008, 141 p.
80. Milhet M., Diaz-Gomez C., Alcoolisations excessives et médecine de ville. La promotion du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève. Tendances N°47. Saint-Denis : OFDT, 2006, 4p.
81. Michaud P., Dewost A-V., Fouilland P., "Boire moins c'est mieux": Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins? La Presse Médicale Volume 35, Issue 5, Part 2, May 2006, Pages 831–839.
82. Becchio M., L'entretien motivationnel, HAS, 2008.
83. Binder P., Comment aborder l'adolescent en médecine générale? La Revue Du Praticien, 2005, 55 : 1073-7.
84. Jeammet P., Dynamique de l'adolescence. Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, 37-213- A-20, 1994, 8p.
85. Obradovic I., Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs », Tendances, OFDT, n° 101, mai 2015, 8 p.
86. INPES, Les « Consultations Jeunes Consommateurs », une ressource pour agir précocement et aider les familles et les jeunes, Communiqué de presse Inpes, St Denis, 12 janvier 2015, 10 p.

87. Addictions, le portail des acteurs de santé, www.intervenir-addictions.fr, 2016.
88. Le Breton-Lerouvillois G., Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014, médecine générale, Conseil national de l'ordre des médecins, 2014.
89. Moula H., Mercier-Nicoux F., Velin J., Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale? La revue du praticien-Médecine générale 1997, tome 11, 42:28-35.
90. Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive, 14e législature, JO Sénat, 08/04/2015, 3113 p. Available from: <http://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ15021050S.html>
91. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. Family Practice. oct 2010;27(5):556-562.
92. Caflisch M., Guilleschimit C., Alvin P., Les symptômes flous à l'adolescence, Ann Pédiatr 1998, 45 : 295-302.
93. Michaud P., Fouilland P., Grémy I. Alcool, tabac, drogue: le public fait confiance aux médecins. La revue du praticien-médecine générale, 03/2003, 17(611).
94. Stronsky S., Michaud P-A., La prévention auprès des adolescents au cabinet médical, Médecine & Hygiène, 2000, 58: 2577-82.
95. Squeglia LM, Sorg SF, Schweinsburg AD et al., Binge drinking differentially affects adolescent male and female brain morphometry, Psychopharmacology, universités de Californie à San Diego et de Stanford, Etats Unis, 2011.
96. Huas D., Rueff B., Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt?, Exercer, 2010, 90, 20-3.
97. Arfaoui S., Dewost A-V., Michaud P., Repérage précoce du risque alcool : savoir faire "FACE", la revue du praticien-médecine générale, 02/2004, n°641, tome 18, p. 201-205.
98. Narring F., Michaud P-A., Les adolescents et les soins ambulatoires: résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20ans en Suisse, Arch Pédiatr, 2000, 7:25-33.
99. Jacquin P., Le médecin face à l'adolescent. De quel côté sont les difficultés? Médecine Enfance, 1991, 11(1): 23-25.
100. Michaud P., Abesdris J., Diffusion de la pratique de l'intervention brève: méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours: Médecine ambulatoire. Médecine et hygiène, 2003, 61, (2451), 1817-1822 p.
101. Alvin P., L'examen de l'adolescent: question de temps, de confiance et d'outils, Entretiens de Bichat, Paris, ESF, 1996.

102. Nalpas B., et al. Attitudes et opinions des médecins libéraux face à l'alcool. *Presse Med*, 2003, 32, 391-9.
103. Deschamps J.P., Sturel-Lartigue A, Ducas J., Deifts C., Aubrege A., Mazet-Berkrouber H., Kiffer R., La médecine des adolescents dans l'activité des généralistes et des pédiatres de ville, *Arch Fr Pediatr*, 1982 39: 399-403.
104. Haut Comité de la Santé Publique, La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, Rennes, Editions ENSP, 2000.
105. Bouix J-C., Gache P., Rueff B., Huas D., Parler d'alcool reste un sujet tabou. *Revue du Praticien Médecine Générale*, 2002, (588), 1488–1492 p.
106. Samuel R., Michaud P., Le généraliste face au risque alcool: une étude qualitative, *Pratique Médicale et Thérapeutique*, 2002, 21, 23–6.
107. Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C., Alcohol-attributable mortality in France *European Journal of Public Health*, vol.23, n°4, 2013, 588-593 p.
108. World Health Organization, Regional office for Europe, European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020, 2012.
109. Cour des comptes, La prévention sanitaire, Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, art. L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, octobre 2011.

RESUMÉ

L'alcool est une substance psychoactive très répandue et accessible en France et dont la consommation est trop souvent banalisée. C'est la plupart du temps à l'adolescence que les conduites d'expérimentation et d'alcoolisation souvent excessives apparaissent.

Les modes de consommation d'alcool des jeunes ont considérablement évolués ces dernières décennies. De nos jours les adolescents ont le plus souvent une consommation occasionnelle et excessive d'alcool, dans un laps de temps relativement court, dont l'unique but est l'ivresse. C'est ce qu'on appelle « l'alcoolisation ponctuelle importante » (API).

Or les conséquences d'un tel comportement à cet âge sont multiples, et peuvent entraîner des dommages médicaux (notamment sur le plan neurologique) et sociaux pouvant être dramatiques. C'est pourquoi la consommation d'alcool à l'adolescence est actuellement un problème majeur de santé publique.

La prévention de la consommation d'alcool à cette période est donc essentielle, et fait intervenir différents acteurs de l'environnement de l'adolescent : les parents, les enseignants, le médecin généraliste et les politiques de santé publique visant à limiter l'offre d'alcool.

Le médecin généraliste, en tant que médecin de famille proche de l'adolescent et de son entourage, paraît être le mieux placé pour aborder cette problématique avec ces jeunes patients et détecter chez eux d'éventuels facteurs de vulnérabilités nécessitant une vigilance particulière. De plus, il dispose d'outils validés pour l'aider à évaluer leur consommation d'alcool, et ainsi repérer de façon précoce ceux qui présenteraient un mésusage.

Cependant très peu de généralistes haut normands connaissent ces outils et estiment avoir les connaissances suffisantes en matière de prévention et de dépistage du risque alcool chez les adolescents. La majorité d'entre eux semble également méconnaître les spécificités de l'adolescence et ont des difficultés à communiquer avec leurs jeunes patients.

Il paraît donc nécessaire de sensibiliser les médecins généralistes à cette problématique, et de les former non seulement à la prévention du risque alcool chez les adolescents, au repérage précoce et à l'intervention brève, mais également aux spécificités de la médecine de l'adolescent.

MOTS-CLÉS :

Adolescent

Consommation d'alcool

Médecin généraliste

Prévention

Repérage précoce

Intervention brève