



Dépistage de la consommation d'alcool à l'adolescence et connaissance des risques. Enquête auprès de 58 médecins généralistes des Yvelines

Laura Goehrs

► To cite this version:

Laura Goehrs. Dépistage de la consommation d'alcool à l'adolescence et connaissance des risques. Enquête auprès de 58 médecins généralistes des Yvelines. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01471778

HAL Id: dumas-01471778

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01471778>

Submitted on 20 Feb 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2012

N° 124

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINEDépistage de la consommation d'alcool à l'adolescence et
connaissance des risques. Enquête auprès de 58 médecins
généralistes des YvelinesPrésentée et soutenue publiquement
le 4 octobre 2012

Par

Laura GOEHRS

Née le 13 juin 1981 à Versailles (78)

Dirigée par Mme Le Docteur Annie Catu-Pinault

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury Président
M. Le Professeur Philippe Lechat
M. Le Professeur Philippe Lévy
M. Le Docteur Basile GonzalesExcept where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe Jaury,

Pour avoir accepté la présidence de ce jury. Veuillez croire en l'expression de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Philippe Lechat

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse.

A Monsieur le Professeur Philippe Lévy

Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté de participer à mon jury. Merci de votre aide et de votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Basile Gonzales

Je vous remercie de faire partie de ce jury. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Annie Catu-Pinault

Pour avoir encadré mon travail.

A mon père, pour m'avoir conseillé de ne pas faire ma médecine, m'avoir permis de la débiter, et surtout de la finir. Merci pour ton soutien dans toutes les circonstances et tout ton amour.

A ma mère, merci pour ton amour, ton écoute, ta patience, merci d'être toujours là pour moi

A mes frères, qui ont toujours été d'un soutien sans faille

A mes grands-parents, pour leur soutien et leur présence.

A Edouard, parce que la vie est tellement belle avec toi.

A mes amis, pour leur écoute et leur présence durant ces longues années.

A ceux qui ont participé à ce projet :

Aux médecins généralistes des Yvelines qui ont accepté de répondre à mes questions

A Martin Blachier, pour son aide et sa disponibilité.

Aux patients qui chaque jour me donnent envie d'avancer

SOMMAIRE

Liste des abréviations	p.6
Liste des figures et tableaux	p.7
Introduction	p.8
I. Etat des lieux : l'alcool et l'adolescent	p.10
A. L'alcool à l'adolescence	p.10
1. Terminologies	p.10
2. Classifications des conduites d'alcoolisation à l'adolescence	p.11
3. Épidémiologie de la consommation d'alcool à l'adolescence	p.12
4. Le binge drinking	p.16
5. Les risques à court terme de l'abus d'alcool	p.18
6. Les risques à moyen et long terme	p.21
7. Les outils de dépistage	p.24
8. La prévention et les moyens de prise en charge thérapeutique	p.26
B. L'adolescent et le médecin généraliste	p.30
1. La consultation en médecine générale	p.30
2. Connaissances et attitudes des médecins généralistes sur la consommation d'alcool des adolescents	p.31
II. Matériel et méthode	p.34
1. Objectifs de l'étude	p.34
2. Type d'étude	p.34
3. Population étudiée	p.34
4. Analyse des données	p.37
5. Recherche bibliographique	p.39
III. Résultats	p.40
1. Caractéristiques de la population étudiée	p.40
2. Description du dernier adolescent vu en consultation	p.43
3. Le médecin, l'adolescent et son mode de vie	p.46
4. L'alcool en consultation	p.48
5. Motivations déclarées des médecins pour ne pas parler systématiquement d'alcool	p.51
6. Connaissances des médecins sur les modes et lieux de consommation	p.52

7. Les risques liés à la consommation nocive d'alcool	p.54
IV. Discussion	p.58
1. Discussion des principaux résultats	p.58
2. Limites et biais méthodologiques	p.69
V. Conclusion	p.71
VI. Bibliographie	p.73
VII. Annexes	p.79
Annexe 1 Questionnaire de l'étude	p.79
Annexe 2 Questionnaire ADOSPA (version française du CRAFFT)	p.83
Résumé	p.88

LISTE DES ABREVIATIONS

AAIS : Adolescent Alcohol Involment Scale

ADOC (groupe) : Adolescents et conduite à risque

ADOSPA (test) : ADOlescents et Substances PsychoActives

AUDIT (test) : Alcohol Use Disorders Identification Test

CRAFFT (test) : Car Relax Alone Forget Family or Friends

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DEP-ADO : grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense

ESPAD : European School survey Project on Alcohol and other Drugs

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behavior in School-aged Children

HPST (loi) : Hôpital Patient Santé Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

IREB : Institut de Recherche scientifique sur les Boissons

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

NIAAA : National Institute on Alcohol and Alcoholism

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

SAAA : Score d'Abus d'Alcool chez les Adolescents

VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques des médecins

Tableau 2. Ouverture de la consultation en fonction des caractéristiques du médecin et de l'adolescent

Tableau 3. Thèmes abordés relatifs au mode de vie

Tableau 4. Thèmes abordés selon le sexe du médecin

Tableau 5. Thèmes abordés en fonction du sexe de l'adolescent

Tableau 6. Evocation de l'alcool durant la consultation en fonction des caractéristiques du médecin

Tableau 7. Caractéristiques des adolescents interrogés

Tableau 8. Raisons pour ne pas avoir abordé le thème de l'alcool

Tableau 9. Raisons pour ne pas parler systématiquement d'alcool avec les adolescents

Tableau 10. Risques spontanément cités par les médecins

Tableau 11. Risques reconnus par les médecins

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des médecins

Figure 2. Les motifs initiaux de la consultation

Figure 3. Les autres thèmes abordés lors de la dernière consultation

Figure 4. Les thèmes abordés en consultation

Figure 5. Principaux risques cités spontanément par les médecins

INTRODUCTION

La consommation excessive d'alcool en France est un problème majeur de santé publique. En 2010, près de 4 adultes sur 10 présentaient une consommation d'alcool à risque [1].

Chez l'adolescent, les conséquences d'une consommation d'alcool notamment par binge drinking peuvent être graves. Le risque de développer une alcoolo-dépendance à l'âge adulte augmente notamment avec la précocité de l'initiation au binge drinking [2].

Depuis les deux dernières décennies la consommation chez les adolescents est l'objet d'études à l'échelle nationale et européenne. Les expérimentations de l'alcool et de l'ivresse sont stables mais les ivresses répétées et les consommations ponctuelles sévères augmentent. En 2011, 91% des adolescents de 15 ans avaient expérimenté l'alcool et l'usage récent était passé de 60% à 67% en 12 ans [3]. Près de 28% des adolescents de 17 ans présentaient des ivresses répétées. L'alcoolisation par binge drinking a été expérimentée par près de la moitié des adolescents à 17 ans [4].

Le gouvernement a fait de la réduction de la consommation d'alcool un de ses objectifs dans le cadre du Plan Santé 2007-2011 et le Plan Santé Jeune de février 2008 a prévu la mise en place d'une consultation de prévention dédiée à l'adolescent. Le concept de réduction des risques pour l'alcool voit le jour depuis quelques années notamment avec les techniques du repérage précoce et des interventions brèves.

Les adolescents consultent peu leur médecin, n'y voyant pas toujours un lieu propice d'écoute et d'aide. Cependant près de 75% des adolescents consultent au moins une fois par an leur médecin, notamment pour des certificats pouvant permettre l'élargissement de la consultation à d'autres thèmes [5]. Les modes de consommation d'alcool évoluent chez les adolescents avec des risques encourus graves pour les adolescents. Peu d'études quantitatives ont été

menées sur l'attitude des médecins généralistes face à la consommation d'alcool des adolescents [6][7].

Devant la médiatisation du binge drinking chez l'adolescent, le constat personnel de consultations d'adolescents très jeunes aux urgences pour alcoolisation aiguë et le concept de réduction des risques développé initialement chez l'adulte, nous nous sommes demandé quelles étaient les connaissances des médecins des nouveaux modes de consommation et des risques liés à la consommation d'alcool à l'adolescence.

Après avoir établi un état des lieux de la consommation d'alcool des adolescents en France, nous dresserons le tableau des spécificités de la consultation des adolescents en médecine générale. Notre étude s'attachera alors à décrire l'attitude de médecins généralistes vis-à-vis de l'alcool lors d'une consultation avec un adolescent avec deux questions centrales : les médecins parlent-ils d'alcool ? Quelles sont leurs connaissances des risques encourus et des nouveaux modes de consommation ?

I. ETAT DES LIEUX : L'ALCOOL ET L'ADOLESCENT

A. L'alcool à l'adolescence

1. Terminologies

1.1 Usage et mésusage

En 2001 la société française d'alcoologie a proposé l'utilisation des termes usage et mésusage [8] :

- **Non usage** : conduite à l'égard des boissons alcooliques caractérisée par l'absence de consommation qu'elle soit primaire ou secondaire à un mésusage.
- **Usage** : consommation d'alcool ne présentant pas de risque situationnel ou individuel, en quantité inférieure ou égale aux seuils définis par l'Organisation Mondiale de la Santé.
- **Mésusage** : catégorie rassemblant les conduites d'alcoolisation présentant un risque potentiel, on distingue trois types de mésusage :
 - Usage à risque : consommation supérieure aux seuils de l'OMS sans dommage d'ordre médical, psychique ou social mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme.
 - Usage nocif : consommation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social et ce quels que soient la fréquence et le niveau de consommation.
 - Usage avec dépendance : consommation caractérisée par la perte de la maîtrise.

1.2 Valeurs seuils de l’OMS

L’OMS a défini des seuils de « consommation responsable » [9]:

- Pas plus de 21 verres standards par semaine pour un homme
- Pas plus de 14 verres standards par semaine pour une femme
- Pas plus de 4 verres pas occasion
- Au moins un jour par semaine sans consommation

La consommation épisodique massive est définie par l’OMS comme la prise de 60g d’alcool en une seule occasion sans notion de temps. Ce type de consommation se rapproche du binge drinking, terme utilisé initialement dans les pays anglo-saxons pour définir une consommation de plus de cinq verres sur un temps court en une seule occasion.

2. Classifications des conduites d’alcoolisation à l’adolescence

Toute consommation abusive est considérée comme pathologique de manière empirique par certains auteurs, sans qu’il existe de valeurs seuils pour définir cet abus contrairement à chez l’adulte. Les modes de consommations et comportements de l’adolescent vis-à-vis de l’alcool rendent les définitions utilisées chez l’adulte difficilement applicables. Plusieurs auteurs ont proposé des critères de consommation qui seraient propres à l’adolescence [10][11] mais aucune classification ou normes adaptées aux adolescents n’ont été établies par l’OMS ou les organismes nationaux.

3. Épidémiologie de la consommation d'alcool à l'adolescence

3.1 Les enquêtes

Quatre enquêtes menées à l'échelle nationale et européenne permettent d'évaluer l'âge de la première consommation et de la première ivresse, d'apporter des éléments d'information sur les modes et contextes de consommation et de suivre l'évolution des usages.

- L'enquête HBSC regroupe des pays européens et non européens, ses objectifs sont de disposer d'indicateurs fiables et comparables sur la santé et les déterminants de la santé des adolescents de 11 à 15 ans.
- L'enquête ESCAPAD est centrée sur la santé, les usages de drogues et le mode de vie des adolescents de 17 ans interrogés lors de la Journée d'appel à la préparation à la défense.
- L'enquête ESPAD concerne les consommations des élèves de 16 ans au niveau européen. Elle est réalisée tous les quatre ans en France.
- Le Baromètre Santé est national et quadriennal, il est réalisé par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, par enquête téléphonique chez les 12-75 ans.

3.2 Définition des termes utilisés dans les enquêtes

Expérimentation : consommation d'alcool au moins une fois au cours de sa vie.

Ivresse régulière : au moins dix épisodes au cours de l'année.

Usage récent : au moins un épisode de consommation dans les trente derniers jours.

Usage régulier : au moins dix épisodes de consommation dans les trente derniers jours.

Usage quotidien : au moins une fois par jour.

Alcoolisation ponctuelle sévère : consommation de cinq verres ou plus en une occasion.

3.3 Début de la consommation

En France l'âge de la première consommation est évalué à 12,3 ans chez les garçons et 12,7 ans chez les filles en 2007 [12]. La diffusion de l'alcool apparaissait précoce avec 57,7 % des adolescents de 11 ans et 71,7% de ceux de 13 ans ayant déjà expérimenté l'alcool. A 15 ans, 84% des adolescents ont déjà bu de l'alcool [13]. Dans l'enquête ESPAD de 2011, 91% des adolescents de 15-16 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool. Ces chiffres sont stables par rapport à la dernière étude de 2006 [14]. Dans l'enquête ESCAPAD de 2011 [4], l'expérimentation chez les jeunes de 17 ans apparaissait en légère baisse avec 91% contre 92,6% en 2008.

3.4 Consommation en fonction du genre

Dans ESCAPAD 2008 [15], l'expérimentation à 17 ans était la même chez les garçons et les filles ; pour l'expérimentation de l'ivresse, la prédominance restait masculine dans l'enquête de 2011 [4]. Pour les ivresses répétées ou régulières, il persiste une prédominance masculine en 2011 mais avec un écart réduit par rapport à 2008. Les garçons consomment et s'enivrent plus que les filles, mais l'écart tend actuellement à se réduire.

3.5 Consommation régulière

Dans l'enquête HBSC de 2010, 8,5% des adolescents de 15 ans tout sexe confondu avait une consommation régulière [13]. La consommation régulière avait augmenté entre 2008 et 2011 de 18%. A 17 ans, 10,5% des adolescents avaient une consommation régulière. En 2007 Marie Choquet, présidente du comité scientifique à l'IREB, notait la différence de consommation entre les tranches d'âge 13-15 ans et 15-24 ans. La consommation régulière était rare avant 15

ans. Entre 15 et 18 ans elle concernait 11% des filles et après 18 ans, 26% des garçons [12].

3.6 Consommation ponctuelle sévère

On constatait dans l'enquête ESCAPAD de 2008 [15] une augmentation des épisodes de consommations ponctuelles sévères, 48,7% des adolescents de 17 ans déclarait la prise de plus de 5 verres en une occasion une fois dans le mois.

La consommation épisodique sévère concernait 44% des adolescents de 16 ans dans l'enquête ESPAD de 2011 [3], chiffre stable par rapport à 2007 mais nettement en hausse sur 10 ans (33% à 44% entre 1999 et 2011).

3.7 Ivresse

L'âge moyen de la première ivresse est d'un an supérieur à celui de la première consommation. L'expérimentation de l'ivresse était légèrement en baisse chez les jeunes de 17 ans en 2011, son usage durant les douze derniers mois s'avérait stable par rapport à 2008 mais en augmentation par rapport à 2005 [4]. Les ivresses régulières ou répétées étaient stables entre 2005 et 2008 mais apparaissaient en hausse en 2011 avec 27,8% d'adolescents présentant des ivresses répétées et 10,5% des ivresses régulières. Ces modes de consommation sont globalement en hausse depuis 10 ans.

Chez les adolescents de 16 ans dans l'étude ESPAD de 2007, les ivresses régulières étaient en hausse par rapport à 2003 mais stables entre 1999 et 2007. On notait que 36% des adolescents avait eu au moins une ivresse dans l'année et 3,5% avait fait l'expérience de plus d'une dizaine d'ivresses

3.8 Motifs de consommation

L'aspect festif est le principal motif de consommation pour 80% des adolescents. Seulement

11% et 3% boivent respectivement pour la « défonce » ou suivre leurs pairs. Les motifs de non consommation sont pour la moitié l'absence d'intérêt et la crainte pour leur santé, et pour un tiers la peur de devenir dépendant.

3.9 Types de boissons consommées

Les boissons les plus consommées sont la bière, le champagne et les spiritueux ; globalement toutes les boissons alcooliques sont perçues comme faciles d'accès par les adolescents.

A 11 ans, le vin et le cidre sont les alcools les plus consommés puis viennent la bière et les alcools forts qui prennent une part croissante avec l'âge [14].

3.10 Consommation et entourage

Dans l'enquête ESCAPAD de 2008 [15], la consommation en fonction de la situation familiale et scolaire semblait montrer une consommation plus importante chez les jeunes en apprentissage et ceux sortis du système scolaire; les enfants de cadres et d'agriculteurs étaient plus souvent ivres et ceux de commerçants, d'artisans et de cadres étaient les plus importants consommateurs. Les enfants de personnes sans emploi avaient un niveau faible de consommation et enfin la consommation apparaissait plus importante chez les adolescents au parcours scolaire avec redoublements.

L'enquête ESPAD de 2007 révélait que 15% des adolescents rapportait des problèmes avec leurs parents suite à la consommation d'alcool et 13% des problèmes sérieux avec des amis ou des difficultés scolaires.

Globalement l'expérimentation et la consommation régulière semblent plutôt stables au cours de la dernière décennie. Les ivresses répétées et régulières sont en hausse depuis 10 ans et la consommation sévère lors d'une occasion définie par la prise d'au moins cinq verres a été expérimentée par près de la moitié des adolescents de 17 ans.

La proportion de jeunes ne consommant aucun produit régulièrement a augmenté entre 1999 et 2007 de 65 à 76%.

4. Le binge drinking

4.1 Définition

Le terme anglais binge drinking est apparu en 1969 aux Etats-Unis dans une étude menée par Calahan [16] décrivant une attitude programmée visant à absorber une quantité massive d'alcool de façon prolongée. C'est en 1984 que le binge drinking est associé à une consommation supérieure à cinq verres dans une étude de O'Malley [17].

Le National Institut on Alcohol And Alcoholism propose une définition incluant la notion de temps, soit une alcoolémie supérieure à 0,8g/L au décours d'une consommation aigue, ce qui correspond à cinq verres ou plus en deux heures chez un homme et quatre verres chez une femme [18].

Il n'existe pas de définition consensuelle mais la notion de temps et de quantité sont importantes.

4.2 Binge drinking à l'adolescence

La synthèse des études est rendue difficile par l'absence de définition consensuelle. En considérant les consommations épisodiques sévères, l'enquête ESPAD de 2007 [19] montrait une augmentation de ce mode de consommation de 15% par rapport à 2004 ; dans l'enquête ESCAPAD en 2008 [15] l'augmentation était de 6% en 3 ans et concernait 48% des adolescents âgés de 17 ans dans l'étude. Selon Marie Choquet dans l'enquête IREB de 2007 [12], 6 adolescents sur 10 entre 13 et 24 ans avaient une expérience nulle ou exceptionnelle de l'ivresse ou du binge drinking mais 13% en avait fait l'expérience plus de 40 fois dans leur vie. L'incidence du binge drinking augmente entre 15 et 25 ans avec un pic à l'âge de 25 ans

selon l'OFDT.

4.3 Conséquences à long terme : un risque de dépendance ?

Le binge drinking a fait l'objet de plusieurs études américaines qui posaient la question du risque évolutif vers une dépendance et des risques psycho-sociaux. Hill dans une étude en 2000 avait ainsi défini quatre types évolutifs à partir de l'étude d'adolescents de 10 à 21 ans [20].

- les non bingers qui représentaient 70% de l'échantillon et ne développaient aucune conduite de binge drinking
- les early high qui débutaient leur consommation par un important binge drinking et diminuaient ensuite ce type de consommation jusqu'à 14 ans
- les increasers qui concernaient 4% des buveurs, dont la conduite d'alcoolisation ne cessait d'augmenter et présentaient un taux élevé de binge drinking en fin d'adolescence
- les late onsetters qui étaient 23% et dont le binge drinking débutait après 16 ans

Selon l'étude chaque profil développait certaines conséquences à l'âge adulte : les early high avaient un parcours scolaire plus difficile et plus court, un risque élevé d'état dépressif, une insertion sociale à l'âge adulte moins bonne ; les increasers avaient un risque plus élevé de développer une dépendance ou une consommation abusive à l'âge adulte.

Viner dans son étude en 2000 portant sur plus de 11 000 sujets retrouvait un risque relatif de dépendance de 1,6 et de consommation excessive de 1,7 à l'âge de 30 ans pour les adolescents considérés comme binge drinker à 16 ans [2].

En France, Mickael Naassila professeur de physiologie et directeur d'unité à l'INSERM dans le groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances a montré chez le rat qu'une

exposition intermittente au binge drinking en début d'adolescence augmentait la motivation à la consommation et les quantités consommées à l'âge adulte [21]. Une autre étude de la même équipe, présentée en 2010, a porté sur l'analyse immunohistochimique de cerveaux de rats adolescents et adultes exposés au binge drinking [22]. Les résultats ont montré des modifications spécifiques sur les cerveaux des rats adolescents exposés, dans les zones impliquées dans le système de récompense, de plaisir et des addictions.

5. Les risques à court terme de l'abus d'alcool

5.1 L'intoxication alcoolique aiguë

Les principaux risques lors d'intoxications aiguës sont les troubles de conscience, avec les risques respiratoires associés, et les risques traumatiques. En 2002, G. Picherot, pédiatre à Nantes, a mené une enquête sur les adolescents en état d'alcoolisation aiguë aux urgences pédiatriques. Des troubles neurologiques avaient été relevés chez 39,7% des adolescents [23].

5.2 Alcool et accidents de la voie publique

En 2010, dans la population générale, l'alcool était présent dans 30% des accidents mortels. Cette proportion s'élevait à 47% dans les accidents mortels survenant la nuit [24].

La tranche d'âge 15-17 ans représente 3,5% de la population et 4% des accidents de la route. La tranche d'âge 18-24 ans représente près de 20% des accidentés alors qu'elle ne représente que 8,9% de la population. Les tués dans des accidents avec taux d'alcool positif sont pour 39% des jeunes adultes entre 18 et 24 ans et les blessés hospitalisés sont pour 20% des jeunes de cette tranche d'âge également.

Aux Etats Unis, en 2007, une enquête au niveau national a révélé que près d'un tiers des jeunes avait été au moins une fois, dans les trente derniers jours, dans le véhicule d'un conducteur alcoolisé, et 10% avait conduit en état d'alcoolisation [25]. Les adolescents

boivent et conduisent moins fréquemment que les adultes mais les risques d'accidents de la voie publiques sont plus importants que chez les adultes lorsqu'ils boivent, en particulier pour des taux bas et modérés d'alcoolémie [26].

5.3 Alcool et conduites sexuelles à risque

De par son effet euphorisant et désinhibant la consommation excessive d'alcool peut amener l'adolescent à des comportements qu'il n'aurait pas habituellement. Dans une étude suédoise de 2002 [27], les auteurs retrouvaient qu'un quart des premiers rapports sexuels des adolescents avait lieu sous l'effet de l'alcool.

En 2006 Susan Bailey a réalisé à Chicago une étude partant de l'hypothèse que les adolescents consommant le plus d'alcool et de drogues étaient ceux qui prenaient le plus de risque dans leur sexualité [28]. Son travail a montré que les adolescents les plus consommateurs utilisaient plus le préservatif, cependant l'association était statistiquement faible et l'élément déterminant le plus l'utilisation d'un préservatif était la relation entre les deux partenaires.

Françoise Narring dans une large enquête sur la sexualité des adolescents en Suisse menée en 1997 [29] retrouvait que 11% des filles et 19% des garçons avaient leur premier rapport sexuel sous l'influence de l'alcool. Les résultats montraient qu'ils n'utilisaient pas moins le préservatif. Mais 40% des jeunes filles qui avaient leur premier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel avait consommé de l'alcool, et cela particulièrement quand l'âge du premier rapport était avant 14 ans. Une jeune fille sur cinq déclarait que le premier rapport sexuel s'était mal passé en particulier si ce rapport avait lieu avant 15 ans, mais l'étude n'a pas évalué le pourcentage de ces jeunes filles ayant eu ce rapport sous l'influence de l'alcool.

Une étude canadienne a recensé en 2000 les études sur la consommation d'alcool et son lien avec la victimisation sexuelle et retrouvait que plus de 50% des victimes et une majorité

d'agresseurs sexuels ont consommé de l'alcool avant l'agression et près de 10% des victimes attribuent leur agression à l'alcool [30].

5.4 Risque suicidaire

En 2010, l'Académie américaine de pédiatrie a publié des recommandations sur le dépistage de la consommation d'alcool chez les jeunes enfants et adolescents [31]. La consommation nocive d'alcool y a été décrite comme un facteur de risque de tentative de suicide. Le lien entre l'alcool et le suicide chez les adolescents est compliqué à démontrer et de multiples facteurs de risques sont à prendre en compte pour comprendre le passage à l'acte suicidaire [32]. Le consensus dans de nombreuses études empiriques a été d'établir un lien entre les troubles psychiatriques, la consommation de substances dont l'alcool et le risque suicidaire [33].

En 1997 la société française d'alcoologie a publié une étude menée auprès de jeunes adultes des centres de sélection de l'armée sur leurs conduites d'alcoolisation [34], il apparaissait que toute alcoolisation régulière augmentait le risque suicidaire (avec un risque relatif de 1,7) mais ce risque était d'autant plus élevé que les ivresses étaient multiples et précoces. Ainsi le risque relatif était de 5,6 pour une consommation débutée entre 12 et 15 ans et de 2,7 entre 16 et 18 ans.

L'abus d'alcool peut être un facteur de risque de passage à l'acte. Chez l'adolescent l'alcoolisation massive peut également être perçue comme un équivalent suicidaire, raison pour laquelle la Haute Autorité de Santé recommande une prise en charge similaire pour les tentatives de suicide et les intoxications alcooliques aiguës.

5.5 Traumatismes et violence

L'alcool est connu pour son rôle désinhibant, favorisant le passage à l'acte. Sa consommation s'inscrit parfois chez l'adolescent dans une recherche de transgression des normes, une recherche d'autonomie et reconnaissance. En 2006, l'OMS a publié une étude sur l'alcool et la violence chez les jeunes. La consommation nocive d'alcool serait un facteur de risque de violence tant chez les acteurs que les victimes. L'étude rappelle plusieurs éléments liant alcool et violence : croyances personnelles et sociales faisant de l'alcool un stimulant, une aide à la réassurance, la perte du contrôle physique faisant des consommateurs excessifs la cible de comportements violents [35]. Une large étude américaine menée auprès de plus de 8000 adolescents âgés de 12 à 21 ans a révélé que les adolescents qui présentaient une consommation nocive d'alcool et avaient des amis qui buvaient étaient plus impliqués dans des actes de violence que les autres adolescents [36]. Les conséquences de ces actes violents sont multiples que cela soit pour la victime ou l'agresseur : conséquences physiques, psychologiques, sanction judiciaire avec ses conséquences sociales et professionnelles [35]. A l'échelle nationale, dans l'enquête ESPAD, 12% des adolescents se sont blessés ou ont eu un accident après avoir bu de l'alcool, et 13% se sont battus physiquement [19].

6. Les risques à moyen et long terme

6.1 La dépendance à l'âge adulte ?

En 2011 une revue systématique de la littérature de J. McCambridge a repris les études de cohorte sur les liens retrouvés entre la consommation d'alcool à l'adolescence et les conséquences éventuelles à l'âge adulte [37]. McCambridge concluait qu'une consommation d'alcool importante à l'adolescence continuait à l'âge adulte et était associée à un risque de dépendance à l'alcool. Le lien n'était pas assez fort statistiquement pour conclure à un risque de troubles psychiques et sociaux plus importants ; il soulignait cependant la nécessité de

mener des études de meilleure qualité afin de confirmer ces conclusions. Le risque évalué de dépendance serait de 16% à 10 ans pour un début de consommation entre 11 et 12 ans et de 1% pour une consommation nocive débutée à 19 ans d'après une étude de Dewit parue en 2000 [38]. Plus récemment en 2008 Dawson montrait un risque de développer une dépendance à l'alcool multiplié par 3,8 lorsque la consommation d'alcool avait lieu avant 18 ans [39].

6.2 Conséquences sur le développement neuro-psychologique

6.2.1 Le développement cérébral à l'adolescence

L'adolescence est une période importante du développement cérébral tant au niveau biochimique que structural et tissulaire. La substance blanche se développe de manière importante notamment au niveau de certaines zones connues pour leur rôle dans les fonctions comportementales. Le développement de certaines zones se fait de manière asynchrone, ainsi la zone frontale sous corticale et la maturation du système limbique ne se font pas en parallèle rendant l'adolescent potentiellement plus vulnérable sur le plan émotionnel. Les lobes frontaux ont la maturation la plus tardive, or les capacités de concentration, organisation, attention, planification y sont situées. Par ailleurs le développement hormonal et sexuel se produit plus tôt favorisant la quête de sensations fortes alors que dans le même temps les capacités d'anticipation ne sont pas encore matures [31].

6.2.2 Les conséquences de l'alcool sur le développement cérébral

Depuis deux décennies plusieurs études américaines ont montré des modifications cérébrales chez les adolescents présentant une consommation nocive :

- diminution des performances d'attention et visuo-spatiales [40]
- diminution de la fluence verbale [41]

- trouble des fonctions exécutives [42]

L'imagerie fonctionnelle a permis également de mettre en évidence des modifications dans l'activité des aires cérébrales chez les adolescents « binge drinkers » lors de la réalisation de tâches de mémorisation [43]. Les études chez le rat, ont montré une diminution de la neurogenèse au niveau cérébral et hippocampique [44] ; chez l'humain on retrouve également dans les études de De Bellis [45] une diminution de la zone du cortex préfrontal et des aires hippocampiques, chez les adolescents avec une très forte consommation. En 2011, une équipe américaine de San Diego, a publié une étude de suivi sur 10 ans d'adolescents entre 13 et 18 ans présentant un abus d'alcool. Si au départ le groupe de consommateurs présentait des performances supérieures au groupe contrôle, le déclin à 10 ans pour les fonctions de constructions visuo-spatiales et de mémorisation était bien plus important [46].

En France une étude de 2006 de Chanraud et Martelli a porté sur les fonctions cognitives d'anciens alcoolodépendants socialement insérés. Ils ont constaté une diminution jusqu'à 20% de la substance grise en région frontale et une diminution de l'ensemble de la substance blanche prédominant dans le corps calleux. Plus l'alcool était consommé à un âge précoce plus la substance grise était réduite dans les régions terminant leur maturation en fin d'adolescence [47].

6.3 Conséquences sociales

Les conséquences de la consommation d'alcool sont globalement perçues comme positives par l'adolescent qui s'attend à s'amuser, à aller plus facilement vers l'autre, oublier ses problèmes personnels [12]. Les conséquences négatives sont peu mises en lien avec la consommation par l'adolescent. Les études ont souvent analysé et établi un lien entre une consommation abusive et les risques accidentels, traumatiques et sexuels mais cela est moins évident en ce qui concerne les conséquences sociales et comportementales. Les attitudes à

cette période sont le résultat de nombreux facteurs qui influencent le développement de l'adolescent. La difficulté est d'établir un lien entre une consommation plus épisodique mais aussi plus massive que chez l'adulte et des conséquences sociales pouvant découler de nombreux facteurs eux-mêmes influençant la consommation. Ainsi McGue en 2001 rapportait un probable terrain commun à une consommation précoce d'alcool et des signes d'impulsivité, d'inattention, de désinhibition [48] sous-tendant l'existence d'une part génétique. En 2007, dans une étude menée auprès de garçons de 14 ans, le même auteur retrouvait que des conflits familiaux et des difficultés scolaires étaient corrélés avec une consommation d'alcool, et que la consommation d'alcool et les problèmes sociaux rencontrés étaient indépendamment corrélés à des troubles tels qu'une dépendance à l'alcool à 18 ans ou des comportements anti-sociaux [49].

L'enquête ESPAD de 2007 révélait que 15% des adolescents rapportait des problèmes avec leurs parents suite à la consommation d'alcool et 13% des problèmes sérieux avec des amis ou des difficultés scolaires [19].

Des études de cohorte permettraient d'établir des liens statistiques plus forts entre une consommation abusive d'alcool à l'adolescence et les conséquences sociales éventuelles à l'âge adulte.

7. Les outils de dépistage

7.1 Les outils de repérage uniquement pour la consommation d'alcool

Le questionnaire AUDIT a été validé par l'OMS chez les 18-65 ans afin de repérer les consommateurs excessifs. Cependant il n'a pas encore été validé chez les adolescents avant 18 ans.

Le questionnaire américain AAIS a été créé et validé dans les années 70. En France il a été utilisé par Muszlak et Picherot sous le nom de SAAA lors d'une étude menée chez des

adolescents consultant aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë [23]. Sa limite reste son temps de passation de 5 à 10 minutes avec 14 questions [50].

7.2 Outils de repérage pour l'alcool et les drogues illicites

La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogue chez les adolescents ou DEP-ADO a été développée et validée au Canada [51]. Elle est composée de 7 questions avec 25 sous-questions pour un score total de 74. Elle permet d'établir un niveau dit « feu vert » en cas d'absence de problème lié à la consommation, un niveau « feu jaune » signalant l'émergence d'un problème de consommation et la nécessité d'une intervention, enfin un niveau « feu rouge » chez des adolescents nécessitant une prise en charge spécialisée. Ce questionnaire a été validé en France dans l'étude ROC-ADO [52].

L'outil de dépistage CRAFFT a été créé aux Etats Unis. Il est composé de 6 questions et a été validé en France. Le CRAFFT (ou ADOSPA en français) permet un repérage des consommateurs à risque, son temps de passation d'environ 5 minutes permet de l'intégrer facilement à la consultation [6].

Aux Etats Unis le NIAAA a publié en 2011 des recommandations à l'usage des praticiens sur le repérage de la consommation d'alcool et l'intervention brève chez les enfants et adolescents. Les auteurs proposent d'utiliser deux questions : la consommation d'alcool chez les amis et la fréquence de la consommation personnelle. La question de la fréquence serait la plus prédictive d'un problème d'abus [53].

8. La prévention et les moyens de prise en charge thérapeutique

8.1 Les recommandations actuelles sur la prévention

L'Académie Nationale de Médecine a rendu en 2007 un rapport sur les conduites d'alcoolisation des jeunes, rappelant les mesures de prévention actuelles et réalisant des propositions dont certaines ont été depuis légiférées [54]. Les actions étaient centrées sur la modification de la législation vis-à-vis notamment de l'accessibilité, sur l'éducation, et l'amélioration du repérage précoce.

En 2010, un groupe de travail sur l'alcoolisation des jeunes a été réuni à la demande du Ministère de la Jeunesse [55]. Le groupe de travail a mis en avant l'importance du rôle parental dans la prévention et l'éducation à la santé. Sur le plan législatif, la loi HPST de 2010 a permis de renforcer l'encadrement de la vente de boissons alcooliques et a prévu des consultations spécifiques pour les jeunes consommateurs de substances psychoactives dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

8.2 Les différentes stratégies thérapeutiques

8.2.1 Les interventions brèves

L'intervention brève est une approche cognitivo-comportementale développée initialement chez l'adulte. Elle est actuellement recommandée chez l'adulte dans le dépistage et la prise en charge de la consommation d'alcool et des programmes de diffusion auprès des médecins généralistes ont été mis en place par la Direction Générale de la Santé.

Les études sur l'intervention brève chez l'adolescent en milieu hospitalier sont nombreuses dans la littérature. Dès 1999 une enquête de Monti [56] auprès d'adolescents de 18 ans hospitalisés aux urgences retrouvait une réduction des risques liés à l'alcool après une intervention brève.

Les études évaluant une intervention brève en soins primaires chez l'adolescent sont plus rares [57]. L'intervention brève dans le cadre du repérage précoce a été en 2011 recommandée par l'Académie Américaine de Pédiatrie et l'institut national américain sur l'alcoolisme [53]. Au niveau européen, l'intervention brève a été recommandée dans le cadre du projet Primary Health Care European Project on Alcohol qui a réalisé en 2008 un document regroupant l'ensemble des données probantes sur l'intervention brève notamment chez les adolescents [58].

8.2.2 Les autres thérapies comportementales

En 2010 Macgowan a réalisé une revue de la littérature des essais concernant toutes les thérapies comportementales utilisées chez des adolescents présentant un abus d'alcool ou de drogues. Il a revu ces études afin de classer les thérapies comportementales et l'entretien motivationnel en techniques « validées » ou « probablement efficaces » selon les critères de l'American Psychological Association. Concernant les thérapies comportementales, seules 2 études sur 12 avaient un échantillon suffisant et des résultats significatifs pour la majorité des critères de jugement. La technique a été évaluée comme « probablement efficace » [59]. En 2011, une méta-analyse des essais réalisés sur les interventions dans la prise en charge de l'alcool à l'adolescence a montré l'efficacité des interventions individuelles et familiales avec une efficacité moindre de ces dernières. Il n'en reste que les deux types d'interventions étaient efficaces dans la réduction de la consommation chez les adolescents [60].

8.3 L'intervention parentale

L'attitude parentale favorable à l'usage de l'alcool, une histoire familiale de consommation d'alcool, un manque de discipline et une mauvaise cohésion familiale sont des facteurs de risques de consommation précoce et de problèmes avec l'alcool. L'implication parentale dans la prise en charge de la consommation d'alcool des adolescents a été étudiée et évaluée depuis

de nombreuses années et apparaît comme un axe important de la prise en charge thérapeutique et de la prévention [61]. L'efficacité de ces attitudes parentales en termes de réduction de la consommation ou des risques a été évaluée notamment à travers des interventions motivationnelles couplées des adolescents et des parents [62]. Les programmes dits de parentalité positive sont utilisés depuis les années 90 aux Etats Unis et se développent en Europe. Ce type de programme repose sur cinq principes : assurer un milieu sûr et stimulant, encourager les comportements positifs, créer un environnement d'apprentissage positif, établir des attentes réalistes, prendre soin de soi-même en tant que parents. Ces programmes profitent tant aux parents qu'aux enfants sur le plan familial mais aussi personnel et professionnel [63].

8.4 Les programmes de prévention en milieu scolaire

L'école est un terrain d'observations pour les études où cohabitent de nombreux intervenants. Les actions de préventions doivent être portées par ces différents acteurs et s'adapter au public concerné. Les études menées jusqu'à présent sur les programmes d'information dans le cadre scolaire ne sont pas toutes concluantes [64][65]. Les indicateurs d'alcoolisations ont significativement augmenté chez les élèves soumis à l'action dans certaines études. D'autres études semblent nécessaires afin de cibler le type d'informations à délivrer aux adolescents.

8.5 Les espaces ressources et lieux de prise en charge spécialisés

Différents lieux en France offrent aux parents et aux adolescents des espaces d'accueil, d'écoute, d'information, de prévention et d'orientation en termes de santé globale et d'addiction. Ces lieux font partie du réseau avec lequel les médecins généralistes peuvent travailler en cas de consommation à risque dépistée.

- ***Les espaces santé jeunes et les points d'accueil écoute jeunes*** sont des espaces d'écoute, de prévention et d'information pour les adolescents et leurs parents. Les

équipes sont pluridisciplinaires regroupant des intervenants de santé, de l'éducation et du secteur social.

- **Les services de téléphonie** : Drogues Info service 0820 23 13 13 et Ecoute Alcool 0811 91 30 30
- **Les Centres Médico-psychologiques et Centres Médico-psycho-pédagogiques**
- **Les Maisons des adolescents** sont des structures polyvalentes destinées aux adolescents et jeunes adultes de 12 à 20 ans ainsi qu'à leur famille et aux professionnels à leur contact. Une équipe multidisciplinaire accueille les adolescents avec ou sans rendez-vous permettant une évaluation rapide de la situation.
- **Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie** accueillent de manière anonyme et gratuite toute personne qui en fait la demande présentant une dépendance à l'égard des drogues, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique.
- **Les consultations spécifiques : les consultations jeunes consommateurs** accueillent de manière anonyme et gratuite des jeunes consommateurs et/ou leur famille. Elles permettent d'effectuer un bilan des consommations, de conseiller et d'informer de manière personnalisée, d'aider à l'arrêt de la consommation en plusieurs consultations si possible ou d'orienter vers des services spécialisés si besoin.
- **Les services de pédiatrie ou de pédopsychiatrie**
Les adolescents peuvent y être hospitalisés notamment au décours d'une intoxication alcoolique aigüe. Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé indiquent la nécessité d'hospitaliser au moins 72 heures tout adolescent consultant aux urgences en état d'alcoolisation aigüe avec une prise en charge similaire à celle d'un adolescent ayant fait une tentative de suicide [66].

B. L'adolescent et le médecin généraliste

1. La consultation en médecine générale

1.1 Les motifs de consultation

Les adolescents consultent peu, en moyenne 2,1 fois par an pour les garçons et 2,5 fois pour les filles, mais 75% des adolescents consultent dans l'année un médecin généraliste.

Les motifs sont à 75% d'ordre somatique, et à 19% et 6% pour des motifs administratifs ou psychologiques [67]. Cependant dans son enquête de 1998 Marie Choquet met en avant une demande imprécise car 40% des adolescents ne peuvent indiquer précisément le motif de leur dernière visite chez le généraliste [68]. Les parents restent très présents dans la démarche de la consultation puisqu'ils en sont à l'origine dans 2 cas sur 3 à 18 ans et assistent à la consultation dans 61% des cas pour les garçons et 51% pour les filles [5].

1.2 La relation médecin-patient

L'adolescence est une période charnière, faite de transformations tant physiques que psychologiques et relationnelles pour l'adolescent. Lors de la consultation l'ambivalence domine chez l'adolescent revendiquant une reconnaissance de son indépendance mais encore demandeur de la présence parentale. Le médecin doit se positionner dans cette relation triangulaire et faire comprendre à l'adolescent que la consultation est pour lui un lieu d'expression distincte de celle de ses parents. Un tiers des adolescents déclare un sentiment de frustration à la sortie de la consultation avec le sentiment de ne pas s'être confié [5].

Le médecin généraliste est habituellement le médecin de la famille de l'adolescent, connaissant ce dernier parfois depuis son enfance. Cette relation est source de connaissances et liens privilégiés avec l'adolescent ; cependant le médecin peut avoir des difficultés à voir

grandir l'enfant qu'il connaît depuis longtemps en tant que patient autonome.

Face à cet adolescent qui verbalise peu sa demande, le médecin n'élargit que rarement le contenu de la consultation [5], il le ferait dans un cas sur deux lorsque le motif initial est administratif ou préventif et que dans un cas sur trois lors qu'il s'agit d'un motif somatique.

Un référentiel d'attitudes qui permettrait au médecin d'élargir le thème de la consultation à des sujets psychologiques et sociaux a été élaboré par le groupe ADOC constitué de médecins généralistes et psychiatres. L'ouverture de la consultation serait plus facile en posant certaines questions comme « à part ça ? », « oui mais encore » ou l'utilisation du test TSTS pour dépister un mal être et un risque suicidaire [69].

2. Connaissances et attitudes des médecins généralistes sur la consommation d'alcool des adolescents

2.1 Les médecins en France

Le médecin généraliste a un rôle privilégié dans sa relation avec l'adolescent, il le connaît souvent depuis longtemps et connaît l'histoire familiale. C'est une personne ressource pour l'adolescent et sa famille en terme de prévention mais également de prise en charge. Le repérage précoce et l'intervention brève ont été validés chez l'adolescent. Nous avons vu que les interventions selon différentes modalités de thérapies individuels ou familiales sont efficaces dans la prise en charge de l'abus d'alcool. Les médecins ont donc à leur disposition des outils de dépistage et des structures d'orientation pour des prises en charge adaptées.

En 2006 l'institut IPSOS et la fondation Wyeth (actuelle Fondation Pfizer pour la santé et le bien-être de l'enfant et de l'adolescent) a mené une enquête auprès de 300 médecins, 203 médecins généralistes et 97 pédiatres, sur la consultation avec les adolescents [70]. Si 64%

des médecins évoquaient les conduites addictives à la question des problèmes spécifiques qui leur viennent à l'esprit quand on leur parle d'adolescents, seulement 26% abordait en consultation systématiquement la consommation d'alcool, alors que 50% le faisait pour le tabac et 30% pour les drogues. Le problème de l'alcool leur semblait difficile à identifier pour 80% des médecins.

En 2001 Valérie Picard a réalisé sa thèse sur la place du médecin généraliste dans la prévention des conduites d'alcoolisation chez les adolescents avec comme objectif d'évaluer le test CRAFFT dans sa version française. L'étude a inclus 13 médecins généralistes. Un questionnaire était destiné aux médecins et un autre aux adolescents vus en consultations. 103 adolescents de 13 à 25 ans ont répondu. Les résultats ont montré que les praticiens repèrent mal les adolescents ayant déjà été ivres. Les médecins n'ont pas identifié 84,4% des adolescents qui avaient déclaré avoir été ivres au moins une fois et 11 médecins sur 13 ont déclaré ne jamais avoir parlé d'alcool avec leurs jeunes patients [6].

Récemment en 2011 Gwendoline Eeckhout a réalisé sa thèse sur le dépistage de la consommation d'alcool chez les moins de 16 ans. 71 médecins du Nord Pas de Calais ont répondu à un questionnaire écrit. 46,5% déclaraient parler parfois d'alcool avec les adolescents et 11,3% en parler notamment à la demande d'un tiers, au décours d'un accident ou lors d'un problème d'alcool dans l'entourage. Seuls 5 médecins utilisaient un test de dépistage [7].

2.2 Dans les autres pays

En 2010, AJ Gordon a interrogé aux Etats Unis 26 médecins généralistes en milieu rural sur leur attitude face à la consommation d'alcool des adolescents. Lors d'une première

consultation avec un adolescent, 40% des médecins déclaraient parler parfois d'alcool et 15% lors de consultations ultérieures. Les informations données aux adolescents étaient dans plus de 75% des cas relatives au risque d'accident de la route, de traumatismes ou aux « risques généraux » liés à l'alcool [71].

En 2004 aux Etats Unis, Wilson a comparé le niveau de consommation d'alcool d'adolescents au ressenti de cette consommation par les médecins. Sur 50 adolescents avec un diagnostic d'abus d'alcool, les médecins en identifiaient 10 et sur 36 adolescents classés comme dépendants, les médecins n'en identifiaient aucun [72].

En 2007, Van Hook a interrogé 38 médecins généralistes américains sur les éléments pouvant les limiter dans le dépistage de la consommation d'alcool. La première barrière citée par les médecins était le manque de temps puis le manque de formation en cas de diagnostic positif, puis la présence parentale et le manque de ressources quant au traitement à proposer [73].

II. MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude était de décrire l'attitude de médecins généralistes face à la consommation d'alcool en répondant à une question principale : les médecins connaissent-ils les risques liés à la consommation d'alcool à l'adolescence ? Notre hypothèse était que les médecins connaissent mal les modes de consommation et les risques encourus par les adolescents.

Notre deuxième question, qu'il était nécessaire de poser préalablement, était : les médecins abordent-ils la consommation d'alcool avec les adolescents ?

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête transversale par questionnaire téléphonique, à partir des données déclaratives d'un échantillon de médecins, relatives aux informations contenues dans les dossiers des patients.

3. Population étudiée

3.1. Critères d'inclusion

Le choix de la population étudiée était celle des médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre des Yvelines et installés en exercice libéral.

Les critères d'inclusion étaient :

- inscription au conseil départemental des Yvelines de l'ordre des médecins
- activité déclarée de médecine générale

Les critères d'exclusion étaient :

- activité complémentaire déclarée en dehors de la médecine du sport
- activité de remplaçant, mais si un des médecins contacté était remplacé, le remplaçant était interrogé
- activité de salarié exclusive

3.2. Constitution de l'échantillon

Une liste de 250 médecins a été établie par tirage au sort à partir de la liste de l'Ordre départemental des Yvelines. Les médecins étaient contactés par téléphone au numéro indiqué sur la liste de l'Ordre et en cas d'absence du numéro, au numéro indiqué dans l'annuaire. En cas de refus de participer à l'enquête la raison était notée. En cas d'absence de disponibilité immédiate un message était laissé ou un rendez-vous téléphonique pris. En cas d'absence de réponse après un premier appel au numéro indiqué, un nouvel essai était réalisé. Chaque médecin était joint au moins deux fois ou plus si un rendez-vous avait été pris après le deuxième appel.

3.3. Document d'enquête

L'enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire constitué de 17 questions réparties en trois items :

- données socio-démographiques des médecins
- la consultation chez l'adolescent
- l'alcool chez l'adolescent.

Le questionnaire a été élaboré avec le Dr Catu-Pinault, médecin généraliste chargée d'enseignement à l'université Paris-Descartes, et ayant participé durant de nombreuses années

à un réseau de prise en charge des addictions.

Le questionnaire a été testé auprès de dix médecins pour évaluer sa faisabilité au téléphone, le temps nécessaire en moyenne pour y répondre et modifier la formulation de certaines questions. Le temps estimé de passation était de 5 à 7 minutes ce qui a été considéré comme raisonnable pour être accepté par le médecin interrogé. Les médecins ont été contactés par téléphone de janvier à avril 2012 par le même enquêteur.

Le questionnaire a été présenté aux médecins sur le thème global de la consultation des adolescents en médecine de ville afin de ne pas influencer les réponses.

Pour les caractéristiques des médecins généralistes, nous avons retenu :

- l'âge
- le sexe
- l'année d'installation
- le mode d'activité libéral (cabinet seul ou en groupe)
- le lieu d'installation
- le nombre de patients vus par jour
- le nombre d'adolescents vus par semaine.

Le lieu d'installation était défini en trois types : milieu urbain, semi-urbain ou rural. La définition était celle de l'INSEE soit moins de 2000 habitants pour le milieu rural [74].

Le questionnaire comprenait ensuite 4 questions concernant la dernière consultation avec un adolescent. Les critères étaient :

- un âge compris entre 12 et 20 ans
- avoir été le dernier adolescent vu en consultation par le médecin.

Pour cette consultation nous avons recueilli :

- l'âge de l'adolescent

- le motif de consultation
- les éventuels thèmes abordés par le médecin

Nous parlerons dans la suite de notre travail d'ouverture de la consultation quand le médecin aura élargi le contenu de la consultation à d'autres thèmes que le motif initial.

Une dernière question concernait les autres thèmes abordés lors de consultations antérieures, notamment le sujet de la consommation d'alcool. En cas d'absence d'interrogation sur l'alcool, la raison était demandée au médecin.

Une question proposait aux médecins des raisons qui pouvaient expliquer qu'ils n'abordent pas la consommation d'alcool avec leurs jeunes patients.

La dernière partie recueillait en six questions les idées et connaissances des médecins sur la consommation actuelle des adolescents :

- l'âge de la première consommation
- les lieux de consommation lors d'alcoolisation aigue menant aux urgences
- les risques encourus lors d'une consommation aigue ou répétée.

Les réponses des médecins étaient reportées de manière anonyme sur le questionnaire en attribuant à chaque médecin un numéro. Les médecins n'ont pas été rémunérés pour répondre au questionnaire.

4. Analyse des données

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epidata. L'analyse descriptive et explicative ont été effectuées par le logiciel STATA version 11.0 (StataCorp 2005, Release

11.0, College Station, TX, USA). Enfin, l'analyse en composante principale a été réalisée via le logiciel R.

Les caractéristiques des médecins, des adolescents et de la consultation ont été décrites. Les variables continues étaient présentées en moyenne (écart-type) ou médiane (intervalle interquartile : 25^{ème} - 75^{ème} percentiles) pour les variables dont la distribution n'était pas normale. Les variables catégorielles étaient présentées en effectifs (%). Les facteurs associés au fait d'évoquer le thème de l'alcool durant la consultation, ainsi que le fait d'ouvrir la consultation ont été analysés à partir du test du Chi2 ou du test exact de Fisher. L'association entre le sexe du médecin ou de l'adolescent et les thèmes évoqués par le médecin avec celui-ci ont également été analysés par ces mêmes tests. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été retenue comme seuil de significativité sur le plan statistique.

Une analyse en composante principale a été réalisée afin d'analyser graphiquement les regroupements de différents thèmes abordés par les médecins, ainsi que les différents groupes de risques liés à la consommation excessive d'alcool cités par les médecins. Il s'agit d'une méthode exploratoire permettant de faire la synthèse de l'information contenue dans un grand nombre de variables. Les « composantes principales » sont de nouvelles variables, indépendantes, combinaisons linéaires des variables initiales, possédant une variance maximale. Cette technique permet la représentation graphique de grands tableaux de données trop complexes à décrire par les méthodes graphiques habituelles.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé avec la collaboration d'un médecin en Santé Publique et d'une statisticienne de l'unité de recherche clinique de l'hôpital Henri Mondor à Créteil.

5. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de bases de données sur Internet : Pubmed, Cochrane, Library, Psychinfo, Embase, la Banque de Données en Santé Publique, de publications des sociétés savantes, de bases de données des organismes nationaux et avec l'aide du service de la bibliothèque interuniversitaire de médecine. Les termes utilisés en anglais ont été : alcohol, adolescent, teenager, alcohol abuse, prevention and control, risk factors, binge drinking, care management, physician, practitioner, general practice, family practice. Les termes français ont été : adolescent, alcool, dépistage, relation médecin-malade, médecin généraliste, prévention, risques.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

1.1 Taux de réponse

Les 250 médecins de la liste établie ont été sollicités par téléphone. Tous ont été appelés au moins deux fois, certains médecins ont été appelés plus de deux fois lorsqu'un rendez-vous téléphonique avait été pris.

Sur les 250 médecins appelés, 118 n'ont pu être joints directement : refus de la secrétaire de transmettre l'appel et message laissé, pas de rappel après deux messages laissés, médecin non présent au cabinet sans secrétaire ni possibilité de laisser un message.

Parmi les 132 médecins joints, 18 ont été exclus devant l'exercice d'une activité complémentaire exclusive (acupuncture, mésothérapie, homéopathie, échographie), 9 ont refusé de répondre, 47 n'avaient pas le temps, et 58 ont répondu au questionnaire. Ainsi un taux de 23% de participation effective a été obtenu parmi les médecins sélectionnés et de 50,8% parmi les médecins joints et pouvant être inclus. (Figure 1)

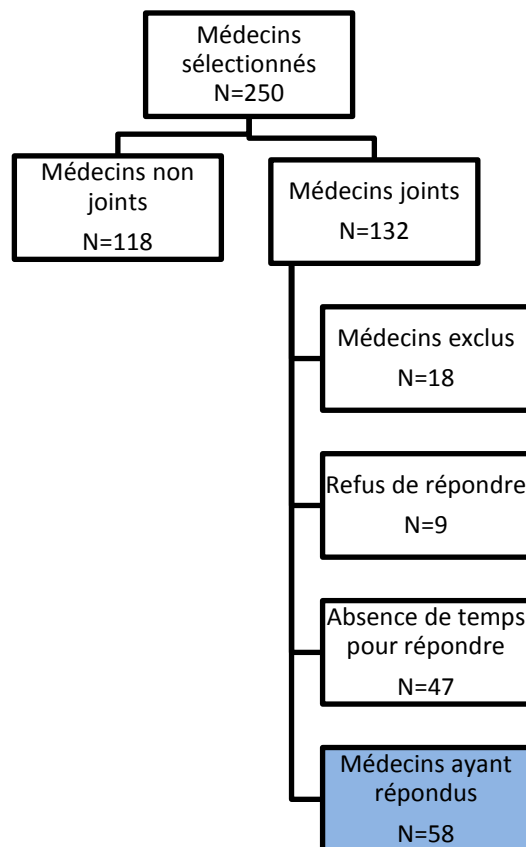


Figure 1 : Répartition des médecins

1.2 Répartition en fonction de l'âge et du sexe

Les médecins ayant répondu étaient 36 hommes et 22 femmes soit respectivement 62% et 38% de l'échantillon. La moyenne d'âge était de 53,6 ans avec un âge allant de 32 à 66 ans. La moyenne d'âge des femmes était de 52,6 ans avec une médiane à 57,5 ans. La moyenne d'âge des hommes était de 54 ans avec une médiane à 56 ans. (Tableau 1)

Caractéristiques de la population (N=58)	n(%)	IC 95%
<u>Caractéristiques du médecin</u>		
Sexe, masculin	36 (62,1)	[49,1-74,9]
Age, moyenne (écart-type)	53,6 (9,1)	
Médiane, IQ	56,5 [50-60]	
<u>Lieu d'exercice</u>		
Urbain	39 (67,2)	[53,6-78,9]
Semi urbain	15 (25,8)	[15,2-39,0]
Rural	4 (6,9)	[1,9-16,7]
<u>Cabinet</u>		
Seul	29 (50,0)	[36-7-63,3]
En groupe	29 (50,0)	[36-7-63,3]
<u>Statut</u>		
Installé	58 (100)	
Remplaçant	0 (0)	
<u>Nombre moyen de consultations par jour</u>		
0-10	0(0)	
11-20	14 (24,1)	[12,8-35,5]
21-30	33 (56,9)	[43,8-70,0]
>30	11 (19,0)	[8,6-29,4]
<u>Nombre d'adolescents vus par semaine</u>		
Aucun	0 (0)	
1-2	4 (6,9)	[0,2-13,6]
3-5	8 (13,8)	[4,6-22,9]
6-10	20 (34,5)	[21,9-47,1]
>10	26 (44,8)	[31,6-58,0]

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

1.3 Répartition en fonction du mode et du lieu d'exercice

Les médecins étaient installés à 67,2 % en milieu urbain et 32,7% des médecins exerçaient dans une commune de moins de 10000 habitants. L'exercice seul dans un cabinet concernait 50% des médecins interrogés. (Tableau 1)

1.4 Durée d'exercice

Les médecins étaient installés depuis 22,8 ans en moyenne avec une médiane à 26,5 ans.

1.5 Nombre de patients vus en consultation par jour

La majorité des médecins, soit 56,9%, voyait en consultation entre 20 et 30 patients par jour. Les médecins qui voyaient plus de 30 patients par jour étaient au nombre de 11 dont 8 hommes. Il y avait autant de femmes que d'hommes qui voyaient entre 10 et 20 patients par jour. (Tableau 1)

1.6 Nombres d'adolescents vus par semaine

Les médecins avaient, pour une majorité, plus de 10 adolescents en consultation par semaine. Ils étaient 44,8% à le déclarer. Ils étaient 34,5% à déclarer voir dans leur cabinet 5 à 10 adolescents par semaine et seulement 4 médecins n'avaient vu que 1 à 2 adolescents. (Tableau 1)

2. Description du dernier adolescent vu en consultation

2.1 Répartition par âge et sexe

Le dernier adolescent vu en consultation par les médecins était un garçon dans 58,6% des cas. La moyenne d'âge des adolescents était de 15,9 +/- 2 ans, avec une médiane à 16 ans [14,5-18,5]. Huit adolescents avaient un âge inférieur ou égal à 13 ans soit 13,7% des adolescents et 15 adolescents avaient 18 ans ou plus, ce qui représentait 25,8% des adolescents. La médiane d'âge des garçons était de 16 ans [14-17,5] et celle des filles de 16,5 ans [13,5-18,5].

2.2 Motif de consultation

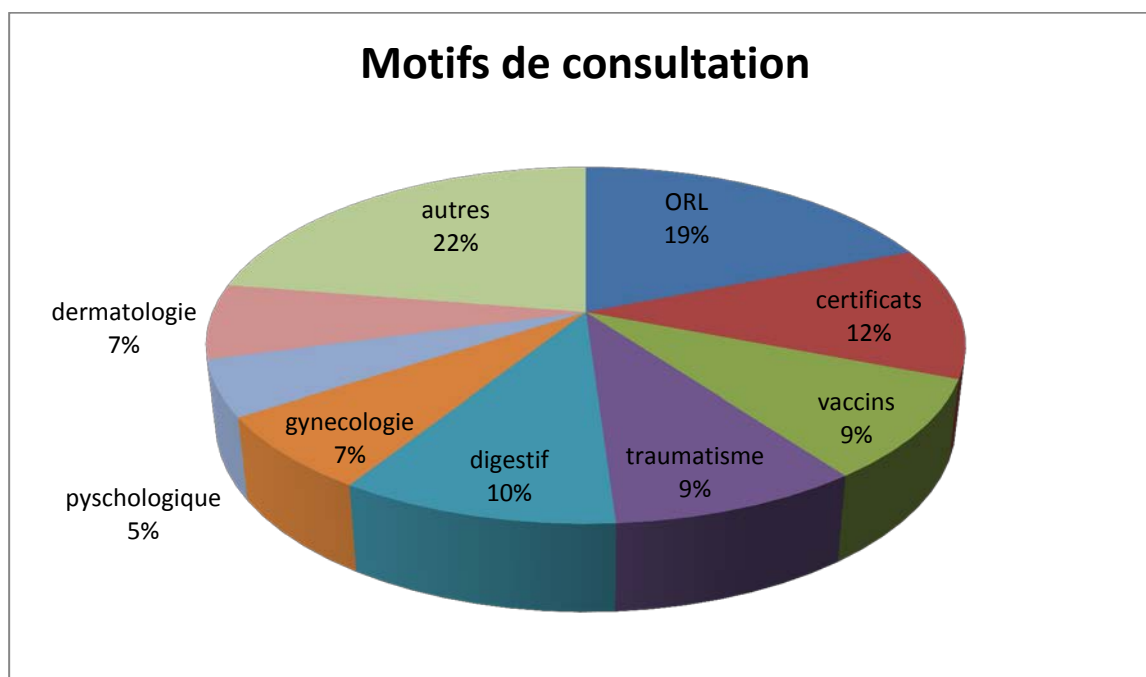


Figure 2 : Les motifs initiaux de la consultation

Le principal motif de consultation était ORL (infectieux ou autres) pour 18,9% [8,8-29] des adolescents. Un adolescent consultait pour un problème de consommation de cannabis et 3 adolescents avaient consulté pour des problèmes d'ordre psychologique. Deux adolescentes avaient consulté pour une demande d'interruption volontaire de grossesse. Les motifs somatiques concernaient au total 72% [60,4-83,6] des consultations, les motifs d'ordre psychologique près de 5% [0,4-13,4] et les motifs administratifs (certificats divers) ou les vaccinations, près de 21 % [10,5-31,5] des consultations. (Figure 2)

2.3 Les médecins élargissent-ils le contenu de la consultation ?

Lors de leur dernière consultation avec un adolescent, 45,6% [32,3-58,9] des médecins

interrogés avaient évoqué d'autres thèmes que le motif initial lors de la consultation.

Le seul facteur significativement associé à l'élargissement du contenu de la consultation était d'être une femme. ($p < 0,001$). (Tableau 2)

	Pas d'ouverture de la consulta- tion n=32	Ouverture de la consultation n=26	p
<u>Caractéristiques du médecin</u>			
Sexe, féminin	5 (16,1)	16 (61,5)	<0,001
Age, moyenne (écart-type)	54,3 (7,7)	52,6 (10,8)	0,95
<u>Lieu d'exercice</u>			
Urbain	21 (67,7)	19 (73,1)	0,66
Semi urbain/rural	10 (32,3)	7 (27,0)	
<u>Cabinet</u>			
Seul	18 (58,1)	11 (42,3)	0,24
En groupe	13 (41,9)	15 (57,7)	
<u>Nombre moyen de consultations par jour</u>			
0-10	0	0	0,068
11-20	4 (12,9)	10 (38,5)	
21-30	21 (67,7)	11 (42,3)	
>30	6 (19,3)	5 (19,2)	
<u>Nombre d'adolescents vus par semaine</u>			
Aucun	0	0	0,44
1-2	1 (3,2)	3 (11,5)	
3-5	3 (9,7)	4 (15,4)	
6-10	13 (41,9)	7 (26,9)	
>10	14 (45,2)	12 (46,1)	
<u>Caractéristiques de l'adolescent</u>			
Sexe, féminin	9 (29,0)	14 (53,8)	0,057
Age, moyenne (e-t)	15,5 (2,0)	16,2 (1,9)	0,24

Tableau 2 : Ouverture de la consultation en fonction des caractéristiques du médecin et de l'adolescent

Seul un p global a été calculé pour le nombre de consultations par jour et le nombre d'adolescents vus par semaine. Les effectifs trop faibles dans chaque intervalle, ne nous ont pas permis d'affiner le résultat.

2.4 Description des thèmes abordés par le médecin lors de leur dernière consultation

La consommation de tabac ou d'alcool a été demandée lors de la dernière consultation par deux médecins, un homme a parlé du tabac et de l'alcool et une femme de l'alcool. Le sujet de la famille a été abordé uniquement par les femmes médecins. (Figure 3)

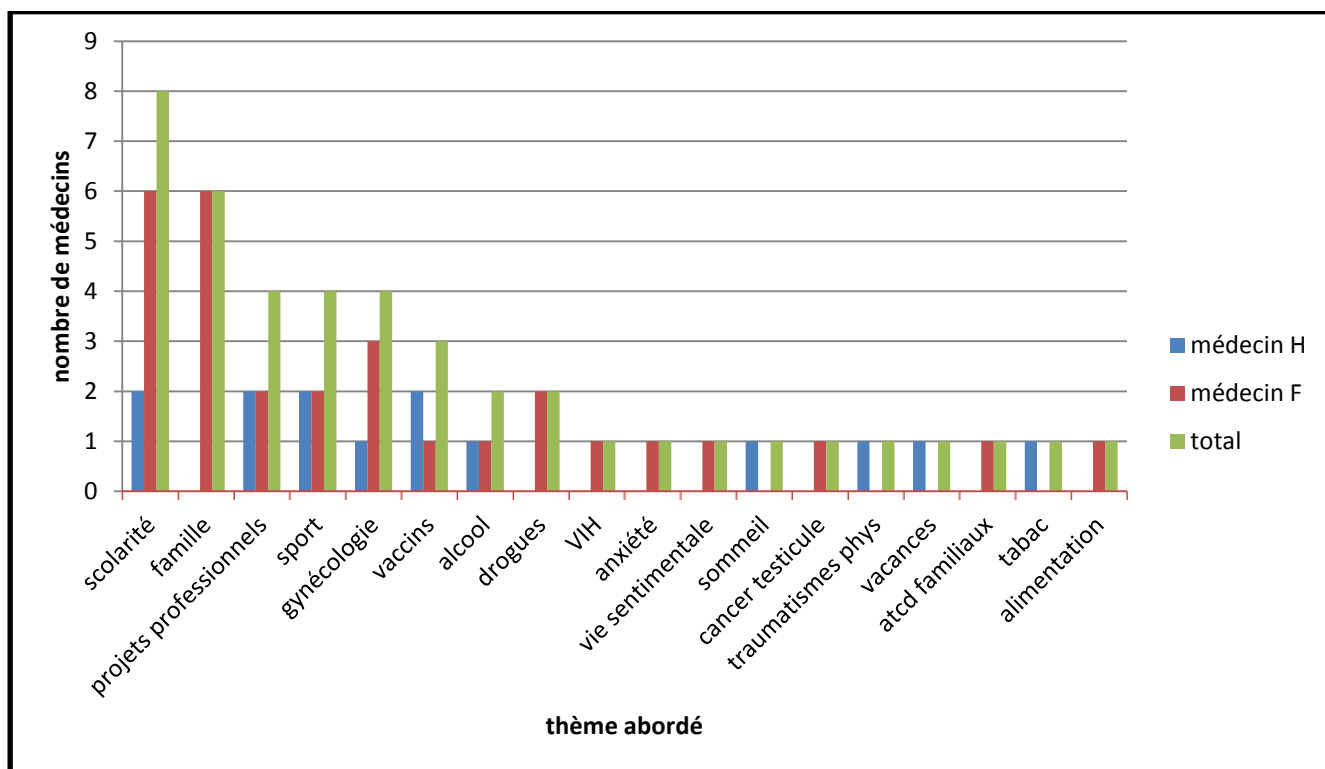


Figure 3 : Les autres thèmes abordés lors de la dernière consultation

3. Le médecin, l'adolescent et son mode de vie

3.1 Les thèmes abordés lors de consultations antérieures

Les deux thèmes abordés par plus de 75% des médecins sont la scolarité et les activités physiques. Les thèmes abordés par moins d'un tiers des médecins sont : la contraception, la

sexualité et la consommation de drogues autres que l'alcool et le tabac. (Tableau 3)

	N(%)	IC, 95%
Sexe, Garçon	34 (58,6)	[45,5-71,7]
Age, moyenne (e-t)	15,9 (2,0)	
Médiane, (IQ)	16[14,5-18,5]	
Thèmes abordés	26 (45,6)	[32,3-58,9]
Scolarité	44 (75,9)	[64,5-87,2]
Activité physique	54 (93,1)	[86,4-99,8]
Relations familiales	35 (60,3)	[47,4-73,3]
Contraception	18 (31,0)	[18,8-43,3]
Sexualité	16 (27,6)	[15,7-39,4]
Tabac	33 (56,9)	[43,8-70,0]
Alcool	20 (34,5)	[21,9-47,1]
Drogue	16 (27,6)	[15,7-39,4]
Sommeil	27 (46,5)	[33,3-59,8]
Stress	31 (53,4)	[40,2-66,7]
Traumatisme	28 (48,3)	[35,0-61,5]
Alimentation	27 (46,5)	[33,3-59,8]

Tableau 3 : Thèmes abordés relatifs au mode de vie

3.2 Facteurs associés aux thèmes abordés en consultation

Les femmes médecins abordent plus les problématiques du sommeil ($p=0,01$) et du stress ($p=0,02$) que leurs confrères masculins. (Tableau 4)

	N=58	Homme n=36	Femme n=22	p
Scolarité	44 (75,9)	28 (77,8)	16 (72,7)	0,66
Activités physiques	54 (93,1)	34 (94,4)	20 (90,9)	0,61
Relations familiales	35 (60,3)	19 (52,8)	16 (72,7)	0,13
Contraception	18 (31,0)	11 (30,6)	7 (31,8)	0,92
Sexualité	16 (27,6)	9 (25,0)	7 (31,8)	0,57
Tabac	33 (56,9)	21 (58,3)	12 (54,5)	0,78
Alcool	20 (34,5)	11 (30,6)	9 (40,9)	0,42
Drogues	16 (27,6)	9 (25,0)	7 (31,8)	0,57
Sommeil	27 (46,5)	12 (33,3)	15 (68,2)	0,01
Stress	31 (53,4)	15 (41,7)	16 (72,7)	0,02
Traumatisme	28 (48,3)	15 (41,7)	13 (59,1)	0,2
Alimentation	27 (46,5)	14 (38,9)	13 (59,1)	0,13

Tableau 4 : Thèmes abordés selon le sexe du médecin

Les médecins parlaient significativement plus souvent avec les filles :

- de contraception (p=0,001)
- de sexualité (p=0,001) (Tableau 5)

	N=58	Garçon n=34	Fille n=24	P
Scolarité	44 (75.9)	24 (70.6)	20 (83.3)	0,26
Activités physiques	54 (93.1)	33 (97.1)	21 (87.5)	0,30
Relations familiales	35 (60.3)	19 (55.9)	16 (66.7)	0,41
Contraception	18 (31.0)	5 (14.7)	13 (54.2)	0,001
Sexualité	16 (27.6)	4 (11.8)	12 (50.0)	0,001
Tabac	33 (56.9)	18 (52.9)	15 (62.5)	0,47
Alcool	20 (34.5)	10 (29.4)	10 (41.7)	0,33
Drogues	16 (27.6)	9 (26.5)	7 (29.2)	0,82
Sommeil	27 (46.5)	14 (41.2)	13 (54.2)	0,33
Stress	31 (53.4)	15 (44.1)	16 (66.7)	0,09
Traumatisme	28 (48.3)	13 (38.2)	15 (62.5)	0,07
Alimentation	27 (46.5)	13 (38.2)	14 (58.3)	0,13

Tableau 5 : Thèmes abordés en fonction du sexe de l'adolescent

4. L'alcool en consultation

4.1 En fonction du médecin

Les médecins sont 34,5% à avoir déjà parlé d'alcool lors de consultations antérieures avec le dernier adolescent vu en consultation (cf question 4 Annexe 1). Parmi ces médecins, 41% des femmes et 30,6% des hommes en ont déjà parlé au moins une fois. Il n'a pas été retrouvé de lien entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins et l'évocation de l'alcool avec les adolescents.

Les médecins sont 45,6% à avoir posé d'autres questions que le motif initial (cf question 3 Annexe 1). Il existe un lien statistique entre ces médecins et ceux ayant parlé d'alcool ($p=0,04$). (Tableau 6)

	Pas d'évocation de l'alcool n=38	Evocation de l'alcool n=20	p
<u>Caractéristiques du médecin</u>			
Sexe, féminin	13 (34,2)	9 (45,0)	0,42
Age, moyenne (e-t)	53,1 (9,2)	57 (9,1)	0,55
<u>Lieu d'exercice</u>			
Urbain	28 (73,7)	12 (60,0)	0,28
Semi urbain/rural	10 (26,3)	8 (40,0)	
<u>Cabinet</u>			
Seul	20 (52,6)	9 (45,0)	0,58
En groupe	18 (47,4)	11 (55,0)	
<u>Nombre moyen de consultations par jour</u>			
0-10	0	0	0,41
11-20	8 (21,0)	6 (30,0)	
21-30	24 (63,2)	9 (45,0)	
>30	6 (15,8)	5 (25,0)	
<u>Nombre d'adolescents vus par semaine</u>			
Aucun	0	0	0,24
1-2	3 (7,9)	1 (5,0)	
3-5	7 (18,4)	1 (5,0)	
6-10	10 (26,3)	10 (50,0)	
>10	18 (47,4)	8 (40,0)	
Ouverture de la consultation	14(36,8)	13(65)	0,04

Tableau 6 : Evocation de l'alcool durant la consultation en fonction des caractéristiques du médecin

4.2 En fonction de l'adolescent

La moitié des adolescents interrogés sur l'alcool était des filles. Le sujet a été abordé avec 41,6% des adolescentes et 29,4% des adolescents.

	Pas d'évocation de l'alcool N=38	Evocation de l'alcool N=20	p
Sexe, féminin	14 (36,8)	10 (50,0)	0,33
Age, moyenne (écart-type)	15,6 (2,1)	16,4 (1,6)	0,09
Par tranche d'âges			
≤14	16 (42.1)	2 (10.0)	
15-17	12 (31.6)	13 (65.0)	0,02
≥18	10 (26.3)	5 (25.0)	

Tableau 7 : Caractéristiques des adolescents interrogés

Les adolescents ont été répartis par tranche d'âge d'effectifs comparables. Les adolescents interrogés sur l'alcool appartiennent globalement à des tranches d'âges différentes que ceux non interrogés (p global = 0,02). La tranche d'âge majoritairement interrogée est celle des 15-17 ans. (Tableau 7)

4.3 L'alcool et les autres thèmes abordés

Avoir déjà parlé de consommation de tabac et avoir déjà parlé de consommation de drogues sont des facteurs significativement associés au fait d'avoir déjà parlé d'alcool avec le dernier adolescent vu en consultation (p=0,002 et p<0,001).

Les thèmes abordés par les médecins ont ensuite été analysé en composante principale. Cette méthode exploratoire permet de réunir graphiquement des variables selon leur proximité les unes par rapport aux autres. Les points doivent être situés près du cercle pour être interprétés. Ainsi, dans la figure 4, 2 groupes de médecins ont été identifiés : ceux ayant parlé de consommation d'alcool, de tabac, de drogues, de sexualité et de contraception, et ceux ayant parlé de stress, de sommeil, d'alimentation, de traumatismes.

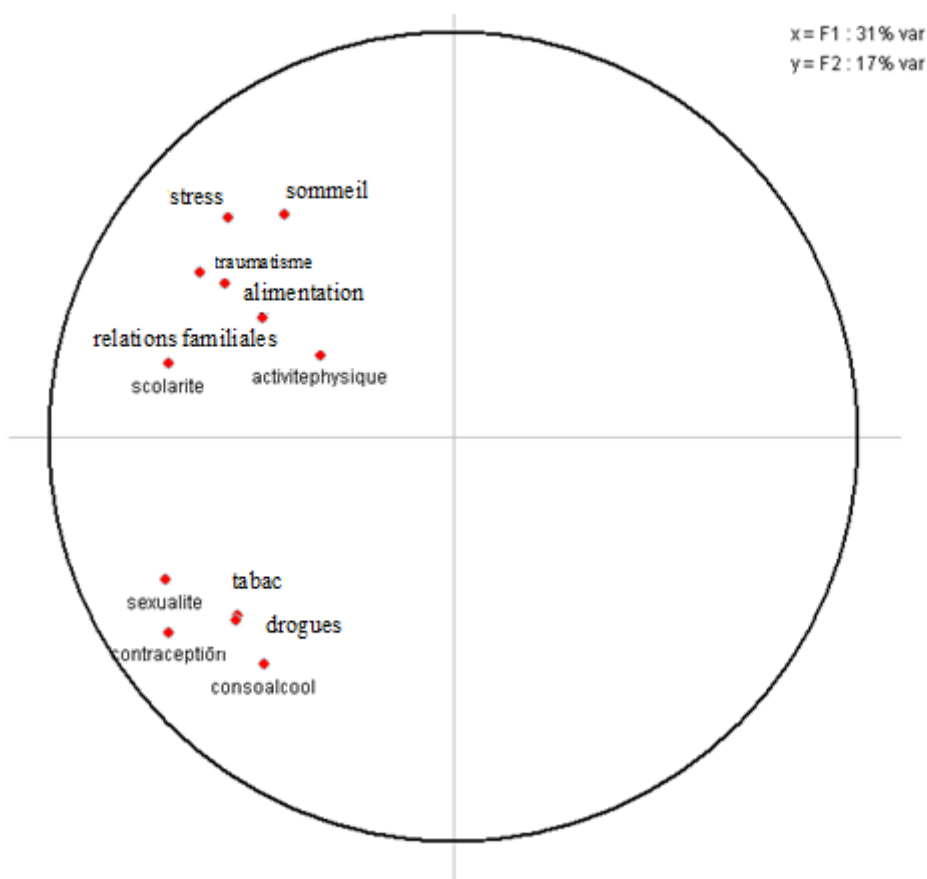


Figure 4 : Les thèmes abordés en consultation

A la question « Y-a-t-il des domaines que vous abordez avec difficultés avec un adolescent ? ». Aucun des thèmes n'a été reconnu comme difficile à aborder par les médecins

5. Motivations déclarées des médecins pour ne pas parler systématiquement d'alcool

A la question « pourquoi n'avez-vous jamais parlé d'alcool avec cet adolescent ? », 36,8% des médecins répondait « je pense qu'il ne boit pas ». (Tableau 8)

Parler d'alcool avec un adolescent semblait difficile pour 24% des médecins interrogés.

	N(%)	IC, 95%
<i>Le médecin pense que l'adolescent ne boit pas</i>	14 (36,8)	[20,8-52,9]
<i>Le médecin n'a pas pensé à aborder ce thème</i>	9 (23,7)	[9,5-37,8]
<i>L'adolescent est trop jeune</i>	6 (15,8)	[3,6-27,9]
<i>Le médecin n'a pas eu l'occasion de parler d'alcool</i>	6 (15,8)	[3,6-27,9]
<i>Le médecin n'a pas le temps</i>	3 (7,9)	[0-16,9]
<i>Présence parentale</i>	3(7,9)	[0-16,9]

Tableau 8 : Raisons pour ne pas avoir abordé le thème de l'alcool

Dans les propositions faites aux médecins pour essayer d'expliquer que le sujet de l'alcool n'ait pas été systématiquement abordé lors d'au moins une consultation, les médecins évoquaient pour 62% qu'ils jugeaient l'adolescent non concerné. Seul un médecin pensait que ce n'était pas le rôle du médecin de parler d'alcool. Aucun médecin n'avait répondu que la consommation d'alcool était peu fréquente à l'adolescence. (Tableau 9)

	N(%)	IC, 95%
<i>Manque de temps</i>	17 (29,3)	[17,2-41,4]
<i>Question intrusive</i>	11 (19,0)	[8,6-29,4]
<i>Adolescent non concerné</i>	36 (62,1)	[49,2-74,9]
<i>Consommation peu fréquente chez les jeunes</i>	0 (0)	
<i>Manque de connaissances personnelles</i>	9 (15,5)	[5,9-25,1]
<i>Manque de relais en cas de consommation excessive dépistée</i>	16 (27,6)	[15,7-39,4]
<i>Manque de connaissances sur la prise en charge</i>	10 (17,2)	[7,2-27,3]
<i>Pas le rôle du médecin</i>	1 (1,7)	[0-5,2]
<i>Présence d'un tiers</i>	21 (36,2)	[23,4-48,9]

Tableau 9 : Raisons pour ne pas parler systématiquement d'alcool avec les adolescents

6. Connaissances des médecins des modes et lieux de consommation

6.1 A partir de quel âge les médecins parlent-ils d'alcool avec les adolescents ?

Sur les 58 médecins interrogés, 6 médecins n'ont pas répondu, pour 4 d'entre eux ils

déclaraient parler d'alcool en fonction de la maturité de l'adolescent et du contexte familial et pour deux médecins ils évoquaient l'absence d'idée quant à l'âge à partir duquel ils parlaient d'alcool avec leurs jeunes patients. Sur les 52 médecins ayant répondu, la consommation d'alcool était évoquée à partir de 13,3 ans (écart-type : 1,5) en moyenne avec une médiane à 14 ans et des âges allant de 10 à 16 ans.

6.2 L'âge de la première consommation selon les médecins

Les médecins situaient le début de la consommation des adolescents en France tout sexe confondu entre 11 et 12 ans pour 32% [19,5-44,8] d'entre eux et entre 12 et 13 ans pour 34% [21,1-46,7]. Et 19,6% [8,9-30,4] des médecins pensaient que les adolescents prenaient leur premier verre d'alcool après 14 ans.

6.3 Connaissent-ils le binge drinking ?

Une grande majorité des médecins connaît le terme anglais de binge drinking, ils sont 69% [56,7-81,2] à le déclarer et parmi eux 87,5% [76,8-98,2] en donnent une définition correcte. Seuls 5 médecins en ont donné une définition jugée trop éloignée des définitions retrouvées dans la littérature, soit une consommation de cinq verre ou plus sur un temps court à la recherche d'une ivresse. Les réponses de ces médecins étaient : pour 3 d'entre eux, une consommation alcoolique aigue sans notion de quantité ou de temps, pour 1 médecin il s'agissait d'une consommation d'alcool associée à la prise d'autres substances, et pour 1 médecin une consommation importante entre amis le week-end.

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre la connaissance du binge drinking et l'évocation de l'alcool avec un adolescent ($p=0,28$).

6.4 Lieu de consommation lors d'une intoxication aigue hospitalisée

Parmi les 58 médecins interrogés, 2 ont répondu qu'ils n'avaient aucune idée du lieu de consommation des adolescents lors d'épisodes d'intoxications aigues. Sur les 56 médecins qui ont répondu, 50% [36,5-63,5] des médecins ont situé la consommation lors de fêtes et 32% [19,5-44,8] à l'extérieur (parc, voie public, parking). Seul 1 médecin a situé la consommation dans un bar.

7. Les risques liés à la consommation nocive d'alcool

7.1 Les risques spontanément cités par les médecins

A la question « quels sont les risques encourus par un adolescent consommant de l'alcool de manière aigue ponctuelle ou régulière ? », 55% [42-68,4] des médecins citaient le coma éthylique et 37,9% [25,1-50,8] le risque d'accidents. Ils étaient 29,3% [17,2-41,4] à penser au risque de dépendance et un médecin citait le risque de problèmes neurologiques. Seuls 9 médecins cités les risques sexuels, et parmi eux, 4 avaient parlé d'alcool avec le dernier adolescent vu.

	N(%)	IC, 95%
Coma éthylique	32(55,2)	[42,0-68,4]
Décès	10(17,2)	[7,2-27,3]
Problèmes psychiatriques	12 (20,7)	[9,9-31,4]
Problèmes scolaires	10(17,2)	[7,2-27,3]
Problèmes sociaux	11(19,0)	[8,6-29,4]
Autres addictions	9(15,5)	[5,9-25,1]
Conduites à risques	3(5,2)	[0-11,0]
Problèmes familiaux	3(5,2)	[0-11,0]
Hypoglycémie	2(3,4)	[0-8,3]
Risque sexuel	9(15,5)	[5,9-25,1]
Violence	5(8,6)	[1,2-16,1]
Hépatite aigue alcoolique	6(10,3)	[2,3-18,4]
Inhalation	1(1,7)	[0-5,2]
Intoxication alcoolique aigue	4(6,9)	[0,2-13,6]
Problèmes neurologiques	1(1,7)	[0-5,2]
Accident	22(37,9)	[25,1-50,8]
Dépendance	17(29,3)	[17,2-41,4]

Tableau 10 : Risques spontanément cités par les médecins

Les risques cités spontanément par les médecins ont également été analysés en composantes principales et représentés sur un cercle de corrélation.

Les médecins qui ont pensé aux risques sexuels après une consommation excessive d'alcool sont proches de ceux ayant cités les risques de violence et de conduites à risques. (Figure 5)

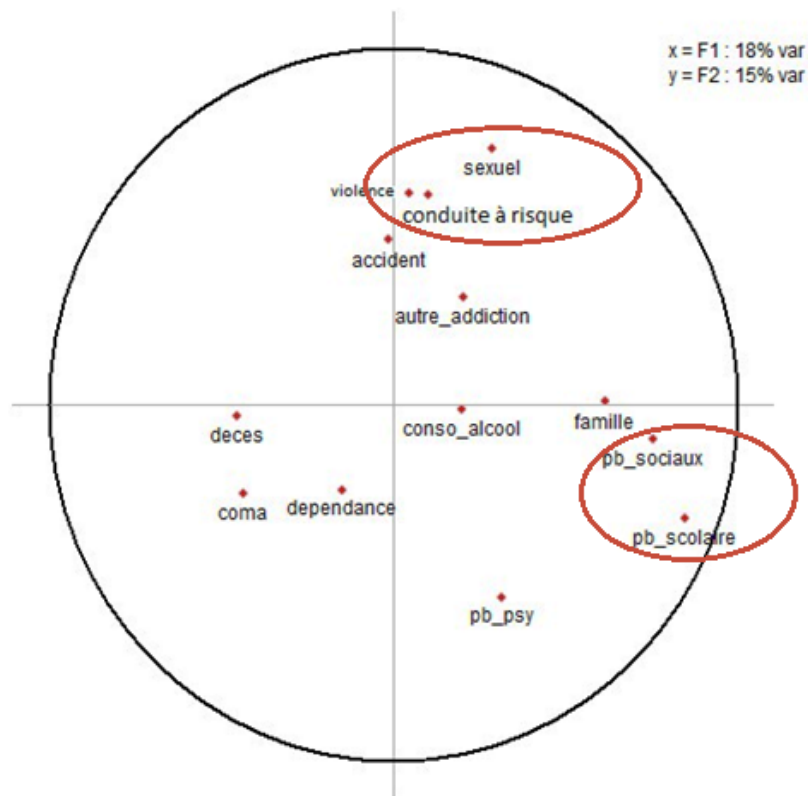


Figure 5 : Principaux risques cités spontanément par les médecins

7.2 Les risques reconnus par les médecins

Une consommation à risque d'alcool était considérée comme un passage normal à l'adolescence pour 22,4% [11,3-33,5] des médecins, et 74,1% [62,5-85,7] pensaient qu'il s'agissait d'un comportement fréquent.

A la question « la consommation d'alcool à l'adolescence est-elle un risque de rapport sexuels non consentis ou non protégés », 100% [93,8-100] des médecins répondaient OUI.

	N(%)	IC, 95%
Risque d'accident plus élevé pour l'adolescent	56 (96,5)	[88,1- 99,6]
Risque plus élevé d'être dépendant à l'âge adulte	47 (81,0)	[70,6- 91,4]
Risque d'anomalies du développement cérébral	45 (77,6)	[66,5- 88,6]
Facteur de risque suicidaire	46 (79,3)	[68,6- 90,0]
Risque de rapports sexuels non consentis ou non protégés	58 (100)	[93,8- 100]

Tableau 11 : Risques reconnus par les médecins

IV. DISCUSSION

1. Discussion des principaux résultats

Notre étude s'est intéressée à un échantillon de 250 médecins généralistes des Yvelines dont 132 ont pu être joints et 58 ont répondu au questionnaire.

L'échantillon était constitué à 62% d'hommes et l'âge moyen était de 53,6 ans avec une population féminine âgée en moyenne de 52 ans contre 54 ans pour les hommes. Au 1^{er} janvier 2012, les Yvelines comptaient 1354 médecins généralistes libéraux et mixtes. En Île-de-France, les médecins généralistes installés en cabinet étaient à 63,8% des hommes avec un âge moyen de 52,1 ans.

Notre échantillon est proche de la population des médecins généralistes exerçant en Île-de-France en ce qui concerne la répartition selon l'âge et le sexe d'après les dernières données de janvier 2012 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [75].

Le taux de participation des médecins était de 23,2%. Le temps des médecins est précieux et les médecins sont souvent sollicités pour des études, qui sont parfois rémunérées. Le taux de participation des médecins à des études téléphoniques est très variable selon les études en fonction du sujet, de la rémunération, du temps du questionnaire notamment. Le taux de participation est selon les études plus faible ou plus élevé que lors d'enquêtes postales [76][77], rendant difficile la comparaison avec notre résultat. Nous aurions peut-être pu améliorer le taux de participation effective en effectuant plusieurs relances et en choisissant une autre période de l'année ; l'activité en période hivernale étant souvent plus importante que le reste de l'année.

Les motifs de consultation des adolescents dans notre étude sont comparables à ceux d'une

enquête menée par le CREDES (actuel IRDES) en 1998, sur la santé et la prévention sociale [67]. Dans cette étude, les adolescents consultaient dans près d'un quart des cas pour des raisons somatiques d'origine ORL (infectieux ou autres). Les motifs administratifs ou de prévention englobant la vaccination concernaient 19% des consultations d'adolescents, le troisième motif pour 11% des adolescents était d'ordre dermatologique. Seul 6% des consultations relevait d'un motif psychologique.

Lors de la dernière consultation décrite par les médecins, d'autres sujets que le motif initial ont été abordés par 45,6% des médecins. L'élargissement de la consultation à d'autres thèmes était significativement plus fréquent chez les femmes médecins. Nous n'avons pas retrouvé de lien avec les autres données sociodémographiques. Nous aurions pu penser que les médecins ayant un nombre élevé de consultations élargiraient moins la consultation par manque de temps. Cependant les effectifs de chaque sous-groupe ne nous ont pas permis d'affiner ce résultat, l'analyse statistique n'ayant pu rechercher qu'une différence globale et non par sous-groupe en fonction du nombre de consultation par jour.

En 2004, Philippe Binder et le groupe ADOC dans leur étude sur le dépistage du risque suicidaire à l'adolescence avaient retrouvé que le médecin ouvrait la consultation dans moins d'un cas sur deux lorsque le motif initial était administratif ou préventif et dans un cas sur trois quand le motif était somatique [69].

Dans notre étude les médecins ont plus souvent parlé de contraception et de sexualité avec les filles que les garçons. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ce sont les filles qui assument la contraception orale qui nécessite une consultation médicale, quand les garçons peuvent décider de n'utiliser que le préservatif sans recours au médecin. La mise en place de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus est également une autre occasion pour le médecin de discuter avec les adolescentes. En 2011, Estelle Parmentier a mené une

étude qualitative sur les facteurs influençant l'intervention du médecin généraliste auprès des adolescents et leur consommation d'alcool. Les médecins ont souvent confié que le dialogue était plus facile avec les filles notamment à l'occasion de la consultation pour la vaccination contre le papillomavirus qui amenait des occasions supplémentaires de discussions [78]. Cependant les conduites à risque à l'adolescence sont plus fréquentes chez les garçons, la loi HPST de 2009 prévoit l'instauration d'une consultation gratuite annuelle pour les 16-25 ans qui devrait être l'occasion pour le médecin et les adolescents d'une rencontre privilégiée, permettant d'aborder notamment les problèmes d'alcool et autres addictions. Le décret d'application de la loi rendant cette consultation effective n'est cependant pas encore parue. La promotion auprès des médecins généralistes des attitudes évaluées par le groupe ADOC pour élargir la consultation permettrait peut-être également de faciliter la discussion y compris avec les garçons.

Seulement 34,5% des médecins avaient déjà parlé d'alcool avec le dernier adolescent vu en consultation.

En 2011 Gwendoline Eeckhout dans sa thèse sur le dépistage de la consommation d'alcool chez les jeunes de moins de 16 ans [7] a interrogé 224 médecins par questionnaires postaux. Sur les 224 médecins, 31,6% ont répondu dont 57% déclaraient poser la question de la consommation d'alcool, 46,5% le demandaient parfois et 6,6% systématiquement. Ce résultat est globalement plus élevé que celui de notre enquête, cependant les médecins étaient interrogés sur les adolescents de moins de 16 sans borne d'âge inférieur. Ont-ils considéré les adolescents à partir de 12, 13 ou 14 ans ? Les médecins interrogés exerçaient dans la région Nord Pas de Calais. Cette région est la première pour les décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose. Les médecins généralistes étaient peut-être plus sensibilisés à la consommation d'alcool chez les adultes et abordaient plus facilement le sujet avec les enfants. D'ailleurs 28,6% des médecins déclaraient aborder le plus souvent le sujet de l'alcool lors d'une

consultation problématique d'alcool dans l'entourage. Par ailleurs dans notre étude, le déclaratif pur sur l'attitude systématique des médecins a été nuancé par la question ciblée sur un adolescent précis, ce qui peut sembler être une réponse plus fidèle à la pratique du médecin.

Elargir la consultation à d'autres thèmes, parler de tabac et de drogues sont 3 facteurs significativement liés au fait d'évoquer la consommation d'alcool avec le dernier adolescent vu par le médecin. Ce résultat avait déjà été suggéré lors d'une étude qualitative en 2011, où les médecins parlaient plus facilement d'alcool en évoquant d'autres substances psychoactives [79].

Nous avons fait l'hypothèse que les médecins étaient mal informés des nouveaux modes de consommation et des risques liés à la consommation d'alcool. Nos résultats montrent que près de 70% des médecins connaissent le binge drinking. Ils sont une majorité à bien situer l'expérimentation de l'alcool entre 11 et 13 ans.

Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la connaissance du binge drinking et le fait d'aborder le sujet de l'alcool. Nous aurions pourtant pu penser que les médecins au courant des nouveaux modes de consommation soient plus actifs pour aborder le sujet.

Les connaissances des médecins sont plus axées sur les risques physiques immédiats (accident, coma éthylique) que sur les risques psychosociaux ou comportementaux à court ou long terme. Ainsi 55% des médecins citaient le risque de coma éthylique et 37,9% le risque d'accident ou de traumatismes. Les risques de problèmes sociaux et scolaire étaient identifiés par 19% et 17,2% des médecins ; par contre seul 1 médecin évoquait les conséquences neurologiques et 15,5% le risque sexuel. Cependant lors d'une question orientée, l'ensemble des médecins ont identifié le risque de rapport sexuel non désiré ou non

protégé et près de 80% ont identifié les risques suicidaires, d'accident, de dépendance à l'âge adulte et de modifications du développement neurologique.

Les études sur les conséquences neurologiques sont relativement récentes, il est peu probable que 77,6% des médecins aient lu sur ce sujet. Leur réponse fait sans doute appel à leurs connaissances des conséquences neurologiques chez l'adulte, ou à leur intuition.

De même, seuls 9 médecins avaient évoqué spontanément les risques de rapports sexuels non désirés ou non protégés quand ils l'identifiaient à l'unanimité à la question suivante. Ce risque grave par ses conséquences somatiques et psychologiques (risques infectieux, de grossesse non désirée, d'interruption de grossesse ou encore de traumatisme psychologique) est donc reconnu par tous les médecins interrogés mais est rarement spontanément cité. Sur les 9 médecins qui l'ont cité, 4 avaient déjà parlé d'alcool avec l'adolescent vu en consultation.

Le questionnement téléphonique à l'inverse du questionnaire postal donnait sans doute moins le temps au médecin pour réfléchir à la question des risques. Les connaissances des risques y compris à long terme lors des questions orientées étaient bonnes alors que les médecins citaient peu ces mêmes risques dans les questions ouvertes. Les conditions de réponse au questionnaire étant différentes de la réalité d'une consultation avec un adolescent, on peut se demander si les médecins penseraient à ces risques lors d'une consultation.

Une seule étude, menée par entretiens semi-dirigés, a évoqué lors des entretiens les risques liés à l'alcool que cela soit chez les adultes ou les adolescents [79]. A la question globale sur les risques liés à l'alcool, les connaissances des médecins sur les risques encourus pour les adultes étaient bonnes, par contre aucun médecin n'évoquait les risques à long terme pour les adolescents et seuls 2 médecins évoquaient le coma éthylique ou les accidents.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien entre le fait de parler d'alcool avec un adolescent et la connaissance de certains risques, compte tenu notamment du nombre de risques cités et de la taille de notre échantillon. Il serait intéressant en tenant compte de nos résultats de réaliser une étude, afin de rechercher l'existence éventuelle de certains risques

dont la connaissance serait discriminante par rapport à l'attitude du médecin vis-à-vis de l'alcool.

A 15 ans, 84% des adolescents ont déjà expérimenté l'alcool [3]. Dans notre étude, 74% des médecins pensaient que la consommation à risque d'alcool à l'adolescence était fréquente.

De manière générale, 62% des médecins déclaraient ne pas parler systématiquement d'alcool car ils jugeaient l'adolescent non concerné par l'alcool. Concernant un adolescent donné, la principale raison des médecins de ne pas parler d'alcool est qu'il pensait que l'adolescent « ne buvait pas ». Lors d'une question ouverte ou lors d'une question orientée sur leur pratique générale, c'est donc un motif similaire qui explique l'absence d'action des médecins. Ce résultat est donc vraisemblablement proche de leur attitude en situation réelle au cabinet.

Les médecins jugeaient l'adolescent trop jeune dans 15,8% des cas ; pourtant les adolescents inclus avaient tous plus de 12 ans et les médecins situaient majoritairement l'expérimentation de l'alcool entre 11 et 13 ans.

Les réponses des médecins sont donc contradictoires à la lumière de leurs connaissances. Ces résultats nous suggèrent l'existence d'un profil « d'adolescent buveur » pour les médecins et d'une interférence peut-être affective dans leur attitude. Le mode de recueil téléphonique nous a permis de recueillir les réactions des médecins en dehors des réponses demandées au cours du questionnaire. Nous avons entendu les médecins dirent au sujet des adolescents « C'est un adolescent sain », « Je connais sa famille... », « C'est une bonne élève... », « Il n'a pas le profil... ».

Chez l'adulte, les médecins généralistes repèrent mal les consommateurs de niveau intermédiaire contrairement aux patients alcoolodépendants [80]. La prise en charge de l'alcool chez l'adulte est souvent vécue comme source d'échec par le médecin qui a tendance à fuir cette prise en charge. Les médecins extrapolent peut être leur expérience auprès des adultes à la situation qu'ils pourraient rencontrer avec les adolescents. Les médecins auraient

tendance à se limiter au dépistage des adolescents nécessitant déjà une prise en charge spécialisée au détriment de l'adolescent expérimentant l'alcool ou le binge drinking. On retrouve dans la littérature des facteurs de risque et des facteurs protecteurs de consommation excessive d'alcool [81][82], cependant 58% des adolescents de 17 ans ont déjà été ivres ; la prévention primaire doit cibler tous les adolescents sans subjectivité ou perception moralisatrice.

Ces résultats suggèrent la nécessité d'utiliser des tests de repérage systématique comme le questionnaire CRAFFT, et de faire la promotion de leur usage auprès des médecins. L'adoption de ce questionnaire par les médecins serait peut-être facilitée par la certitude pour les médecins de l'efficacité du repérage précoce et de l'intervention brève chez les adolescents. Le ministère de la Santé a adopté une stratégie de diffusion de la formation du repérage précoce et de l'intervention brève chez les adultes, auprès des médecins généralistes. Cette stratégie a permis de toucher un nombre important de médecins depuis le début des années 2000 avec des résultats encourageants sur la modification des perceptions des médecins vis-à-vis de l'alcool et sur la pratique de l'intervention brève.

Nos résultats révèlent l'attitude ambivalente des médecins : la connaissance d'une expérimentation précoce, de l'existence d'une consommation par binge drinking, d'une consommation avec des conséquences graves et pourtant une évocation peu fréquente de la consommation d'alcool avec les adolescents. Comment pouvons-nous expliquer cette attitude paradoxale ?

Le rôle du médecin généraliste est souvent considéré comme privilégié auprès de l'adolescent qu'il connaît depuis longtemps, ce statut apparaît être un facteur facilitant dans la discussion autour de l'alcool [79], cependant le revers de cette situation peut être celle du médecin qui ne voit pas grandir son patient ou qui le voit grandir selon ses propres représentations. Face à un

adolescent que l'on connaît depuis son enfance, comment parler de l'alcool sans être moralisateur, comment aborder un sujet qui relève de la sphère intime ? Quand on interroge un médecin sur la consommation d'alcool d'un adolescent, est-ce seulement le médecin que l'on interroge ? Ou le père / la mère de famille, l'Homme dont les connaissances ne sont pas que médicales mais aussi sociales et culturelles. Dans les rares études qualitatives sur l'alcool à l'adolescence, les médecins évoquaient la crainte d'adopter un discours moralisateur envers les adolescents [79][78], par ailleurs les médecins ayant des adolescents étaient sensibilisés à l'alcool mais n'abordaient ni plus ni moins facilement le sujet. En 2006 la Fédération Genevoise pour la prévention de l'alcoolisme a mené une enquête auprès d'adolescents entre 15 et 20 ans [83]. Les adolescents interrogés sur les moyens de prévention avaient une bonne connaissance de la prévention mais la moitié, et notamment les plus jeunes, se déclarait insensible aux campagnes. Ils plébiscitaient des campagnes relatives aux risques de l'initiation à l'alcool. L'utilisation d'images chocs et d'informations sur les risques leur semblaient adaptée à une démarche préventive.

Les médecins devraient avoir des informations claires sur les attentes des adolescents et sur les stratégies efficaces pour les sensibiliser. La relation de soin particulière avec l'adolescent place le médecin entre paternalisme et autonomie en cherchant à maintenir la confidentialité et la confiance. La consultation avec un adolescent ne va pas de soi, le médecin doit y porter une attention particulière et doit être formé à cette relation spécifique.

Les études réalisées antérieurement ont souvent évoqué l'absence de formation et d'information comme frein dans l'attitude du médecin généraliste face à l'alcool [79][6].

Mais la notion d'information sur l'alcool est large tant les domaines pouvant être abordés sont nombreux : épidémiologie, modes de consommation, risques, prise en charge.

Nos résultats montrent que les médecins se trouvent majoritairement bien informés sur la consommation chez les adolescents ; seuls 9 médecins jugeaient manquer de

connaissances sur l'alcool à l'adolescence, et 10 sur les modalités de prise en charge, dont 2 avaient parlé d'alcool avec le dernier jeune vu. De plus les médecins sont bien informés sur l'évolution des pratiques d'alcoolisation des jeunes comme le montre leur connaissance de l'âge de début de consommation et leur connaissance du binge drinking.

Aux Etats Unis, des médecins généralistes déclaraient dans une étude en 2007 que le manque d'information sur la prise en charge était pour eux un des principaux freins au dépistage [73]. Dans l'étude de Gwendoline Eeckhout, la moitié des médecins ne se trouvaient pas efficacement formés pour sensibiliser les jeunes à l'alcool, ce qui cependant n'apparaissait pas comme un frein majeur pour ces médecins puisqu'ils étaient 63% à informer leurs jeunes patients sur l'alcool au cours d'une consultation [7].

Les médecins de notre étude ont au contraire peu cité le manque de formation sur l'alcool comme un frein pour le dépistage. Les médecins n'ont par ailleurs identifié aucun thème avec lesquels ils ressentaient des difficultés. Formuler cette question en termes de « difficulté » était sans doute maladroit, et on peut se poser la question de la valeur de la réponse. En effet il nous semble impossible que l'ensemble des médecins interrogés soient parfaitement à l'aise avec tous les sujets pouvant être évoqués à l'adolescence.

Notre hypothèse est que face à un futur jeune confrère, les médecins expérimentés de notre étude ne se sont peut-être pas permis d'admettre ces difficultés, ou peut-être n'ont-ils pas conscience de ces difficultés.

En France, les structures d'information et d'accueil sont nombreuses, les médecins devraient être informés de ces lieux d'accueil pour les adolescents et leurs parents, leur permettant de passer facilement le relai d'une prise en charge avec laquelle ils ne seraient pas à l'aise.

En analyse en composante principale, deux profils de médecins se sont dégagés, ceux ayant parlé d'alcool, de tabac, de drogues, de sexualité et de contraception, et ceux ayant parlé de stress, sommeil, alimentation et traumatismes. Ces résultats nous suggèrent que

certains médecins sont plus à l'aise pour aborder les conduites à risque à l'adolescence. Par ailleurs les médecins qui ont spontanément cité les risques sexuels avaient tendance à penser aux conduites à risques, aux comportements violents, qui sont les risques liés à l'effet désinhibant de l'alcool. Cette spécificité de l'alcool peut expliquer l'ambivalence constatée du médecin, l'alcool est un sujet tabou dans notre société qui sous-tend d'autres domaines vers lesquels le médecin ne veut, ou ne peut, peut-être pas aller. Parler de consommation d'alcool avec un adolescent c'est peut-être prendre le risque de parler de sexualité, de consommation de drogues, de violence. Ces sujets sont souvent chronophages pour les médecins qui mettent en avant le manque de temps lors d'une consultation (29,3%), mais ce sont aussi des sujets médicaux et sociaux avec lesquels le médecin n'est pas toujours à l'aise.

Les médecins de notre étude qui ont plus eu tendance à aborder ces thèmes avaient peut-être suivi des formations spécifiques.

Parler d'alcool avec un adolescent semblait intrusif pour 19% des médecins interrogés. Cette notion d'intrusion était un des freins au dépistage du risque suicidaire identifié par P. Binder et le groupe ADOC lors de leur réflexion sur l'élaboration d'un test de dépistage utilisable en médecine générale [84]. L'élaboration d'un outil facilitant la discussion, l'information des médecins de l'efficacité de ce dépistage et de l'attente des adolescents d'être écouté, ont commencé à lever ce frein dans le dépistage du risque suicidaire.

Le questionnaire CRAFFT a été validé il y a plus de 10 ans. Des stratégies pour porter à la connaissance de tous les médecins généralistes l'efficacité de ce test seraient nécessaires pour faciliter l'intégration du thème « alcool » en consultation.

Les messages adressés par la société aux adolescents sont ceux d'une société addictogène où les individus se sentent moins responsables de ce qui arrive à autrui, où l'intensité de l'expérience, la performance et l'excès sont valorisés [85]. La recherche d'un plaisir rapide, un droit à la satisfaction immédiate, un refus de la frustration sont illustrés par les modes de

consommation proposés : les open bars des soirées étudiantes, les « happy hours », les apéritifs géants, le binge drinking. En France l'alcool fait partie de notre culture, il appartient autant à la sphère sociale, culturelle, familiale qu'à celle du médical renvoyant ainsi une image et un message ambigus à l'adolescent. Contrairement au tabac où la première cigarette est fumée loin du regard parental, le premier verre d'alcool est fréquemment pris lors d'une réunion familiale, d'une occasion festive. Fumer une cigarette ouvre l'idée d'un risque d'addiction quand le premier verre d'alcool se positionne lui comme une initiation aux plaisirs de la table, à la convivialité. L'alcool, de par sa position de drogue licite dans la société reste un sujet tabou en tant que problème. Il se différencie fondamentalement du tabac par l'effet désinhibant qu'il peut produire, cette désinhibition est la porte ouverte à des comportements à risque et des passages à l'acte. Alors que le tabac est expérimenté à un âge plus tardif que l'alcool [13], 56,9% des médecins interrogés l'avaient déjà évoqué avec les adolescents. Il serait intéressant de connaître les motivations de ces médecins pour parler du tabac.

Enfin l'expérience personnelle du médecin de l'alcool pourrait être un frein à sa pratique médicale. Les médecins interrogés ont pu faire l'expérience durant leurs études d'une consommation d'alcool excessive, se sentent-ils alors légitime dans leur discours face à l'adolescent, ne banalisent-ils pas l'expérimentation de l'ivresse ou du binge drinking ? La forte majorité des médecins qui pensaient que la consommation excessive d'alcool était un comportement fréquent nous évoque cette banalisation. Cependant seuls 22,4% des médecins considéraient cette consommation excessive comme un passage normal.

Afin d'explorer ces hypothèses, notre étude pourrait être complétée par une étude qualitative ciblée sur l'ambivalence des médecins les amenant à discuter de leurs connaissances des risques de la consommation d'alcool à l'adolescent, de la gravité de ces risques mais de

l'absence d'action en réponse. La comparaison avec leur attitude face à la consommation de tabac pourrait également apporter des pistes de réflexion.

2. Limites et biais méthodologiques

2.1. Biais de sélection

Le tirage au sort à partir de la liste de l'ordre des médecins a permis d'obtenir un échantillon représentatif des médecins généralistes des Yvelines comme nous l'avons vu précédemment. Sur les 250 médecins sélectionnés, 23% ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse aurait pu être plus élevé en rappelant plus souvent les médecins, en étant plusieurs enquêteurs afin de rappeler plus souvent les médecins en fonction de leurs horaires ou en interrogeant les médecins à une autre période de l'année. Le nombre important de message laissé sans rappel du médecin peut laisser supposer soit une absence de temps pour répondre, soit l'absence d'intérêt à répondre à l'enquête ou encore l'absence de réception du message. Les médecins ayant répondu présentaient peut-être un intérêt particulier pour l'adolescence. La présentation de l'étude comme étant une enquête sur la consultation des adolescents en générale a peut-être permis de limiter le nombre de refus lié à un désintérêt pour l'alcool.

2.2 Biais de mesure

- *Biais de classement*

La réalisation de l'étude par un seul enquêteur a permis de limiter le biais de classement. Cependant dans l'enquête téléphonique, le contact verbal entre l'enquêteur et l'enquêté peut orienter les réponses ou les limiter. Par contre il était possible de reformuler une question mal comprise et de diminuer ainsi le taux de questionnaire incomplet.

- *Biais de mémoire*

Plusieurs questions faisaient appel à la mémoire du médecin si les informations n'étaient pas

présentes dans le dossier du patient, entraînant une minoration ou majoration des réponses.

Par ailleurs, les réponses étaient déclaratives, les informations n'ont donc pas pu être vérifiées dans le dossier du patient.

V. CONCLUSION

Notre étude montre que les médecins ont une bonne connaissance de la diffusion et des modes de consommation de l'alcool à l'adolescence mais abordent cependant encore peu la question de l'alcool avec leurs jeunes patients. Seulement 34,5% des médecins de notre étude ont déjà parlé d'alcool avec un adolescent donné.

Les médecins ont élargi le motif de la consultation à d'autres thèmes dans 45,6% des cas.

Cette attitude semble statistiquement liée au fait d'évoquer la consommation d'alcool avec un adolescent. D'autre part, parler de tabac et de drogue avec un adolescent semble également lié au fait d'aborder le sujet de l'alcool.

Les connaissances des médecins sur les risques liés à l'alcool sont plus axées sur les risques physiques immédiats que sur les risques psychosociaux ou comportementaux à court ou long terme. Ils identifient cependant très bien ces risques lors d'une question orientée. On peut se demander si les médecins penseraient spontanément à ces risques lors d'une consultation.

Contrairement à notre hypothèse, les médecins connaissent pour une grande majorité la consommation par binge drinking, ainsi que l'âge relativement précoce de l'expérimentation de l'alcool. Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la connaissance du binge drinking et le fait de parler d'alcool.

Près de 60% des médecins jugent leurs jeunes patients non concernés par une discussion sur la consommation d'alcool lors d'une consultation. Les médecins ont cependant une bonne connaissance de la précocité de la consommation d'alcool et de sa diffusion à l'adolescence.

Leur attitude face aux adolescents nous paraît donc paradoxale. Les médecins ne nous semblent pas percevoir que tous les adolescents devraient bénéficier d'informations sur l'alcool et non pas uniquement les jeunes engagés dans une consommation excessive.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien entre le fait de parler d'alcool avec un adolescent et la connaissance de certains risques. Il serait intéressant en tenant compte de nos résultats de réaliser une étude plus large, afin de rechercher l'existence éventuelle de certains risques dont la connaissance serait discriminante par rapport à l'attitude du médecin vis-à-vis de l'alcool.

L'alcool fait partie des thèmes les moins abordés en consultation tout comme la sexualité, les drogues et la contraception. Nos résultats ont mis en évidence deux profils de médecins. Le premier est constitué de médecins parlant justement des drogues, de la contraception, de la sexualité et de l'alcool alors qu'un autre profil réunit des médecins évoquant le sommeil, le stress, l'alimentation et les traumatismes. Une formation spécifique ou une expérience professionnelle ou personnelle de ces médecins leur permettent peut-être d'être plus à l'aise pour aborder ces sujets.

Chez ces médecins bien informés de l'évolution des consommations et conscients des risques encourus, une formation à la relation médecin-adolescent ainsi qu'une promotion de l'efficacité des tests de dépistage et de l'intervention brève permettraient peut-être de diminuer les représentations et freins pour ouvrir la discussion sur l'alcool.

Il nous semblerait intéressant de compléter nos résultats par une étude qualitative ciblée sur l'ambivalence des médecins les amenant à discuter de leurs connaissances des risques de la consommation d'alcool à l'adolescent, de la gravité de ces risques et cependant de l'absence d'action de leur part en réponse.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Beck F, Guignard R, Richard J, et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010- Exploitation des données du Baromètre santé 2010. Tendances. 2011 juin;(76) : 6.
2. Viner RM, Taylor B. Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. J Epidemiol Community Health. 2007 oct ; 61(10):902-7.
3. Spilka S, Le Nézet O. Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011. OFDT. 2012 mai <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsss5.pdf>
4. Spilka S, Le Nézet O, Tovar M. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances. 2012 févr. ; (79):4.
5. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La Revue du Praticien. 2005 ; 55(10) :1073-7.
6. Picard V, Gerbaud L, Perthuis I, et al. Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool : enquête sur 844 adolescents de la région de Clermont Ferrand. La Revue du Praticien - médecine générale, 2002, 16, (573), 699-703
7. Eeckhout G. Dépistage de la consommation d'alcool chez les jeunes de moins de 16 ans par les médecins généralistes de la région Nord Pas de Calais. Th. D : Médecine générale : Lille : 2011; n° 138 .
8. Rigaud A, Playoust D. Les conduites d'alcoolisation : Lecture critique des définitions et classifications. Alcoologie et addictologie., 2003, 25(4S):6S-12S.
9. World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: World Health Organization; 1994.65p
10. Coslin PG. Les conduites à risque à l'adolescence. Paris : Armand Colin, 2003,224p (Collection Cursus)
11. Alvin P, Marcelli D, Bader-Meunier B, et al. Médecine de l'adolescent (2^{ème} Edition). Paris : Masson, 2005. (Collection : Pour le praticien)
12. Choquet M, Com-Ruelle L, Le Guen N, et al. Les jeunes et l'alcool aujourd'hui : principaux résultats. Paris : Ireb; 2009.
13. Spilka S, Le Nézet O, Beck F, et al. Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège »-Résultats du volet drogues, en France, de l'enquête HBSC 2010. Tendances. 2012 avr;(80):4.
14. Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, et al. Tabac, alcool et cannabis durant la primo-adolescence-Résultats du volet français de l'enquête HBSC 2006. Tendances. 2008

mars;(59):4.

15. Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, et al. Les drogues à 17 ans-Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. Tendances. 2009 juin;(66):6.
16. Calahan D, Cisin I. American drinking practices : summary of findings from a national probability sample. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. 1968;29:130-51.
17. O'Malley PM, Bachman JG, Johnston LD. Period, age, and cohort effects on substance use among American youth, 1976-82. Am J Public Health. 1984 juill;74(7):682-8.
18. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Moderate and binge drinking. www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking.
19. Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, et al. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans-Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007. Tendances. 2009 janv;(64):6.
20. Hill KG, White HR, Chung IJ, and al. Early adult outcomes of adolescent binge drinking: person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2000 juin;24(6):892-901.
21. Warnault V, Alau-Cantin S, Vilpoux C, and al. Adolescent Alcohol Binging: A predictive factor of drug vulnerability. 2e édition des Aquitaine Conférences sur les Neurosciences « Neurobiologie des addictions » ; 2010 ; Arcachon.
22. Warnault V, Alaux S, Koromorowska K. Vulnerability of the adolescent brain to alcohol binge drinking: an immunohistochemistry study in rat. Congrès International de la Société Internationale de Recherche sur le Cerveau et l'Alcoolisme. 2010 ; Paris
23. Picherot G, Muszlak M, David V, et al. Acute alcohol intoxication in adolescent emergencies: prospective multicenter study. Arch Pediatr. 2003 mai ; 10(1S):140s-142s.
24. Direction de la sécurité et de la circulation routière. Observatoire interministériel de la sécurité routière. La sécurité routière en France : Bilan de l'année 2010. Paris : La Documentation Française, 2011, 384p.
25. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. MMWR Surveill Summ. 2008 juin 6;57(4):1-131.
26. Weiss JC. The teen driver. Pediatrics. 2006 déc;118(6):2570-81.
27. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. J Adolesc Health. 2002 avr;30(4):288-95.
28. Bailey SL, Gao W, Clark DB. Diary study of substance use and unsafe sex among adolescents with substance use disorders. J Adolesc Health. 2006 mars;38(3):297.e13-20.
29. Narring F. Sexualité des adolescents et SIDA: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Service d'édition et de diffusion, SED; 1997
30. Tourigny M, Dufour MH. La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de

risque des agressions sexuelles envers les enfants : une recension des écrits.
Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Comité
permanent de lutte à la toxicomanie ; 2000, 226p

31. Kokotailo PK. Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern. *Pediatrics*. 2010 mai;125(5):1078-87.
32. Sher L, Sperling D, Zalsman G, and al. Alcohol and suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatr*. 2006 août;58(4):333-9.
33. Galaif ER, Sussman S, Newcomb MD, and al. Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: a review of empirical findings. *Int J Adolesc Med Health*. 2007 mars;19(1):27-35.
34. Favre J, Choquet M, Azoulay G. Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune. *Act Dossier Santé Publique*. 1997;18:14-6.
35. World Health Organization. L'alcool et la violence chez les jeunes. Geneva; 2006.
36. Swahn MH, Simon TR, Hammig BJ, and al. Alcohol-consumption behaviors and risk for physical fighting and injuries among adolescent drinkers. *Addict Behav*. 2004 juill;29(5):959-63.
37. McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Med*. 2011;8(2):e1000413.
38. DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, and al. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry*. 2000 mai;157(5):745-50.
39. Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, and al. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2008 déc;32(12):2149-60.
40. Tapert SF, Granholm E, Leedy NG, and al. Substance use and withdrawal: neuropsychological functioning over 8 years in youth. *J Int Neuropsychol Soc*. 2002 nov;8(7):873-83.
41. Brown SA, Tapert SF, Granholm E, and al. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2000 févr;24(2):164-71.
42. Moss HB, Kirisci L, Gordon HW, and al. A neuropsychologic profile of adolescent alcoholics. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 1994 févr;18(1):159-63.
43. Tapert SF, Schweinsburg AD, Barlett VC, et al. Blood oxygen level dependent response and spatial working memory in adolescents with alcohol use disorders. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2004 oct;28(10):1577-86.
44. Crews FT, Mdzinarishvili A, Kim D, and al. Neurogenesis in adolescent brain is potently inhibited by ethanol. *Neuroscience*. 2006;137(2):437-45.
45. De Bellis MD, Narasimhan A, Thatcher DL, and al. Prefrontal cortex, thalamus, and cerebellar volumes in adolescents and young adults with adolescent-onset alcohol use disorders and comorbid mental disorders. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2005 sept;29(9):1590-600.

46. Hanson KL, Medina KL, Padula CB, and al. Impact of Adolescent Alcohol and Drug Use on Neuropsychological Functioning in Young Adulthood: 10-Year Outcomes. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2011 janv 1;20(2):135-54.
47. Chanraud S, Martelli C, Delain F, et al. Brain morphometry and cognitive performance in detoxified alcohol-dependents with preserved psychosocial functioning. *Neuropsychopharmacology*. 2007 févr;32(2):429-38.
48. McGue M, Iacono WG, Legrand LN, and al. Origins and consequences of age at first drink. I. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology, and P3 amplitude. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2001 août;25(8):1156-65.
49. Keyes MA, Iacono WG, McGue M. Early onset problem behavior, young adult psychopathology, and contextual risk. *Twin Res Hum Genet*. 2007 févr;10(1):45-53.
50. Groupe francophone de travail sur le repérage des consommations à risque et dangereuse de substances psychoactives chez les adolescents et les jeunes. Substances psychoactives chez les jeunes : outils de repérage et d'évaluation des consommations disponibles en français. *Alcoologie et addictologie*. 2007;29(2):131-41.
51. Landry M. La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*. 2004;3(1):20-37.
52. Lécallier D, Hadj-Slimane F, Landry M, et al. Screening, referring and counseling of adolescents for substance abuse. A randomized controlled study on 2120 students. *Presse Med*. 2012 Mar 23
53. National Institut on alcohol abuse and alcoholism. Alcohol screening and brief intervention for youth : a practitioner's guide
<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/YouthGuide/YouthGuideOrderForm.htm> . Dernière consultation 28/08/2012
54. Nordmann R. Evolution des conduites l'alcoolisation des jeunes : motifs d'inquiétude et propositions d'action. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*; 2007, 191 (6), 1175-1184
55. Amsellem-Mainguy Y. Note de synthèse suite aux réunions et contributions du groupe de travail « Alcoolisation excessive des jeunes ». Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire; 2010.
http://www.injep.fr/IMG/pdf/Note_sur_Alcool_et_jeunes_injep_.pdf . Dernière consultation 28/08/2012
56. Monti PM, Colby SM, Barnett NP, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol*. 1999 déc;67(6):989-94.
57. Boekeloo BO, Jerry J, Lee-Ougo WI, et al. Randomized trial of brief office-based interventions to reduce adolescent alcohol use. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004 juill;158(7):635-42.
58. Anderson P, Gual A, Colom J. INCa (trad.) Alcool en médecine générale : recommandations cliniques pour le dépistage précoce et les interventions brèves. Paris;

2008 ; 141p.

59. Macgowan MJ, Engle B. Evidence for optimism: behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2010 juill;19(3):527-45.
60. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, and al. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010 janv;164(1):85-91.
61. Ryan SM, Jorm AF, Kelly CM, Hart LM, and al. Parenting strategies for reducing adolescent alcohol use: a Delphi consensus study. *BMC Public Health.* 2011;11:13.
62. Spirito A, Sindelar-Manning H, Colby SM, et al. Individual and Family Motivational Interventions for Alcohol-Positive Adolescents Treated in an Emergency Department: Results of a Randomized Clinical Trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 2011 mars 7;165(3):269-74.
63. Hartig U. Colloque : Drogues, alcool, tabac chez les 11-14 ans : en savoir plus pour mieux prévenir (Thème 6 :Quelles stratégies de prévention?) Paris : MILDT, 2012, 9p
64. Observatoire Régional de la Santé du Poitou-Charentes. Evaluation finale d'une action éducative de prévention du risque alcool (MIA'S DIARY). 2000, 33p.
65. Wu-Zhou X, Brouard C, Embersin C. Evaluation sur trois ans du programme CAPRI de prévention des addictions. Observatoire régional de santé d'Ile de France ; 2004, 139p (collection Alcool).
66. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aigue, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Paris ; ANAES, 2001, 67p.
67. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : états de santé et recours aux soins. Bulletin d'information en économie de la santé. 2002 mars;(49).
68. Choquet M, Ledoux S. Attentes et comportements des adolescents. Montpellier, Editions Espaces 34,1998.
69. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. *Rev Prat.* 2007;11:1187-99.
70. IPSOS, Fondation Wyeth. Médecins face aux adolescents : quels enjeux ? Quelles difficultés ? Quels besoins pour améliorer la prévention des risques auprès des adolescents ? Résultats d'une enquête quantitative Ipsos Santé pour la Fondation Wyeth. Paris: Fondation Wyeth; 2006.
71. Gordon AJ, Ettaro L, Rodriguez KL, and al. Provider, Patient, and Family Perspectives of Adolescent Alcohol Use and Treatment in Rural Settings. *J Rural Health.* 2011;27(1):81-90.
72. Wilson CR, Sherritt L, Gates E, and al. Are clinical impressions of adolescent substance use accurate? *Pediatrics.* 2004 nov;114(5):e536-540.
73. Van Hook S, Harris SK, Brooks T, et al. The « Six T's »: barriers to screening teens for substance abuse in primary care. *J Adolesc Health.* 2007 mai;40(5):456-61.

74. Insee - Définitions et méthodes - Unité urbaine.
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm>. Dernière consultation 19/08/2012
75. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2012. Document de travail, DREES Série statistiques n°167, 2012.
76. Hocking JS, Lim MSC, Read T, Hellard M. Postal surveys of physicians gave superior response rates over telephone interviews in a randomized trial. *J Clin Epidemiol*. 2006 mai; 59(5):521-4.
77. Sibbald B, Addington-Hall J, Brenneman D, Freeling P. Telephone versus postal surveys of general practitioners: methodological considerations. *Br J Gen Pract*. 1994 juill ; 44(384) :297-300.
78. Parmentier E. Alcool chez l'adolescent : facteurs influençant l'intervention du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Picardie. Th. D : Médecine Générale : Amiens : 2010 ; n°14
79. Mangeant S, Evangelista C. Prévention, dépistage et prise en charge des consommations d'alcool chez les adolescents : facteurs facilitants et freinant, représentations : étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes et d'adolescents. Th. D : Médecine Générale : Lyon : 2011 ; n°165 et 166
80. Dupuy-Dekyvere S. Que savent les médecins généralistes de la consommation d'alcool de leurs patients ? Th. D : Médecine Générale : Paris 5 Descartes : 2011 ; n°15
81. Patton LH. Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. *Pediatr. Clin. North Am*. 1995 avr;42(2):283-93.
82. Stronski SM, Ireland M, Michaud P, Narring F, and al. Protective correlates of stages in adolescent substance use : a Swiss National Study. *J Adolesc Health*. 2000 juin;26(6):420-7.
83. Donzé S. Le point de vue des 15-20 ans sur la prévention de l'abus d'alcool. Fédération Genevoise pour la prévention de l'alcoolisme ; 2006 févr, 34p.
84. Binder P. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I). Conception d'un test et validation de son usage. *La Revue du Praticien- médecine générale*. 2004 avr;18(650/651):576-80.
85. Couteron J. Colloque : Drogues, alcool, tabac chez les 11-14 ans : en savoir plus pour mieux prévenir (Thème 7 : Prévention : des grands principes à la réalité du terrain) Paris : MILDT, 2012, 5p

VII. ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE MEDECIN

Données sociodémographiques :

1) Exercice médical

☐ urbain : ☐ semi-urbain ☐ rural

☐ Seul ☐ cabinet de groupe

☐ installé ☐ remplaçant

nombre de consultations par jour : ☐ 10 à 20 ☐ 20 à 30 ☐ >30

Année d'installation :

2) Sexe : ☐ F ☐ M

3) Age :

4) Combien d'adolescent voyez-vous en moyenne par semaine ? :

☐ 1 à 2 ☐ entre 2 et 5 ☐ entre 5 et 10 ☐ plus d'une
dizaine

La consultation d'adolescent :

Pouvez-vous me parler de votre dernière consultation avec un adolescent (entre 12 et 20 ans)

1) Quel était le motif de sa consultation ?

2 Quel âge avait-il ?

S'agissait-il d'un garçon ou d'une fille ?

3) Lors de la consultation, avez-vous spontanément abordés avec lui d'autres thèmes que le motif initial ? ☐ oui ☐ non

Si oui lesquels :

4) Avez-vous lors de cette consultation ou lors d'une consultation précédente abordé les thèmes suivants avec cet adolescent

Scolarité ☐ oui ☐ non

Activité physique ☐ oui ☐ non

Relations familiales	☐ oui	☐ non
Contraception	☐ oui	☐ non
Sexualité	☐ oui	☐ non
Consommation tabagique	☐ oui	☐ non
Consommation d'alcool	☐ oui	☐ non

Si non pourquoi n'en avez-vous jamais parlé ?

Consommation de drogues illicites	☐ oui	☐ non
Sommeil	☐ oui	☐ non
Stress	☐ oui	☐ non
Traumatisme physique	☐ oui	☐ non
Alimentation	☐ oui	☐ non

5) Ressentez-vous des difficultés à parler d'alcool avec les adolescents? ☐oui
☐non

6) Parmi les propositions suivantes quelles sont celles qui pourrait expliquer que vous n'abordiez pas systématiquement le thème de l'alcool :

Par manque de temps	☐
La question vous paraît intrusive	☐
Vous ne jugez pas l'adolescent concerné	☐
C'est une consommation peu fréquente chez l'adolescent	
Par manque de connaissances personnelles sur le sujet	☐
Par manque de relai ou correspondant en cas de consommation nocive dépistée	☐
Vous ne savez pas quoi proposer en cas de consommation nocive dépistée	☐
Ce n'est pas le rôle du médecin	☐
La présence d'un tiers vous a gêné	☐

6) Y a-t-il des domaines que vous abordez avec difficultés avec un adolescent?
(Plusieurs réponses possibles)

☐scolarité

- ☐ activité physique
- ☐ relations familiales
- ☐ contraception
- ☐ Sexualité
- ☐ Consommation tabagique
- ☐ consommation de drogues illicites
- ☐ sommeil
- ☐ Stress
- ☐ Alimentation

L'alcool chez les adolescents :

- 1) A partir de quel âge abordez-vous la consommation d'alcool avec un adolescent ?
- 2) Quel est selon vous l'âge de la 1ere consommation d'alcool en France tout sexe confondu ?
☐ Entre 11 et 12 ans ☐ entre 12 et 13 ans ☐ entre 13 et 14 ans ☐ après 14 ans

Réponse : entre 12 et 13 ans

- 3) Connaissez-vous le terme binge drinking?
☐ oui ☐ non

Si oui quelle en est la définition :

Réponse : consommation de plus de 5 verres sur un temps court à la recherche d'une ivresse.
 Réponse valide : nombre élevé de verre, notion de temps

- 4) Quel est selon vous le lieu de consommation d'alcool le plus fréquent des adolescents arrivant pour intoxication aigue aux urgences (1 réponse)
☐ Bar
☐ Fêtes, soirée entre amis
☐ Domicile
☐ Lieu scolaire
☐ Extérieur (parc, parking, voie publique...)

Réponse : extérieur

- 5) Quels sont selon vous les risques encourus par l'adolescent consommant de l'alcool de manière aigue ou régulière ?

.....

- 6) Concernant la consommation d'alcool à l'adolescence, vous diriez :

- C'est un comportement fréquent durant l'adolescence ☐ oui ☐ non
 - C'est un passage normal à l'adolescence ☐ oui ☐ non
 - C'est un risque d'accident plus élevé pour l'adolescent ☐ oui ☐ non
 - C'est un risque de développer une dépendance à l'âge adulte ☐ oui ☐ non
 - C'est un risque d'anomalies du développement cérébral ☐ oui ☐ non
 - C'est un facteur de risque suicidaire ☐ oui ☐ non
 - C'est un risque plus important de rapports sexuels non consentis ou non protégés
- ☐ oui ☐ non

ANNEXE 2

Questionnaire ADOSPA (version française du CRAFFT)

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (**A**uto, 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 **D**étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous **O**ublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes **S**eul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des **P**roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos **A**mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	p.6
Liste des figures et tableaux	p.7
Introduction	p.8
III. Etat des lieux : l'alcool et l'adolescent	p.10
C. L'alcool à l'adolescence	p.10
9. Terminologies	p.10
10. Classifications des conduites d'alcoolisation à l'adolescence	p.11
11. Épidémiologie de la consommation d'alcool à l'adolescence	p.12
3.1 Les enquêtes	p.12
3.2 Définition des termes utilisés dans les enquêtes	p.12
3.3 Début de la consommation	p.13
3.4 Consommation en fonction du genre	p.13
3.5 Consommation régulière	p.13
3.6 Consommation ponctuelle sévère	p.14
3.7 Ivresse	p.14
3.8 Motifs de consommation	p.15
3.9 Types de boissons consommées	p.15
3.10 Consommation et entourage	p.15
12. Le binge drinking	p.16
4.1 Définition	p.16
4.2 Binge drinking à l'adolescence	p.16
4.3 Conséquences à long terme : un risque de dépendance ?	p.17
13. Les risques à court terme de l'abus d'alcool	p.18
5.1 L'intoxication alcoolique aiguë	p.18
5.2 Alcool et accidents de la voie publique	p.18
5.3 Alcool et conduites sexuelles à risque	p.19
5.4 Risque suicidaire	p.20
5.5 Traumatismes et violence	p.21
14. Les risques à moyen et long terme	p.21
6.1 La dépendance à l'âge adulte ?	p.21

6.2 Conséquences sur le développement neuro-psychologique	p.22
6.2.1 Le développement cérébral à l'adolescence	p.22
6.2.2 Les conséquences de l'alcool sur le développement cérébral	p.22
6.3 Conséquences sociales	p.23
15. Les outils de dépistage	p.24
7.1 Outils de repérage uniquement pour la consommation d'alcool	p.24
7.2 Outils de repérage pour l'alcool et les drogues illicites	p.25
16. La prévention et les moyens de prise en charge thérapeutique	p.26
8.1 Les recommandations actuelles sur la prévention	p.26
8.2 Les différentes stratégies thérapeutiques	p.26
8.2.1 Les interventions brèves	p.26
8.2.2 Les autres thérapies comportementales	p.27
8.3 L'intervention parentale	p.27
8.4 Les programmes de prévention en milieu scolaire	p.28
8.5 Les espaces ressources et lieux de prise en charge spécialisés	p.28
D. L'adolescent et le médecin généraliste	p.30
3. La consultation en médecine générale	p.30
1.1 Les motifs de consultation	p.30
1.2 La relation médecin-patient	p.30
4. Connaissances et attitudes des médecins généralistes sur la consommation d'alcool des adolescents	p.31
2.1 Les médecins en France	p.31
2.2 Dans les autres pays	p.32
IV. Matériel et méthode	p.34
4. Objectifs de l'étude	p.34
5. Type d'étude	p.34
6. Population étudiée	p.34
3.1 Critères d'inclusion	p.34
3.2 Constitution de l'échantillon	p.35
3.3 Document d'enquête	p.35
4. Analyse des données	p.37
5. Recherche bibliographique	p.39

III. Résultats	p.40
1. Caractéristiques de la population étudiée	p.40
1.1 Taux de réponse	p.40
1.2 Répartition en fonction de l'âge et du sexe	p.41
1.3 Répartition en fonction du mode et du lieu d'exercice	p.42
1.4 Durée d'exercice	p.42
1.5 Nombre de patients vus en consultation par jour	p.43
1.6 Nombre d'adolescents vus par semaine	p.43
2. Description du dernier adolescent vu en consultation	p.43
2.1 Répartition par âge et sexe	p.43
2.2 Motif de consultation	p.44
2.3 Les médecins élargissent-ils le contenu de la consultation ?	p.44
2.4 Description des thèmes abordés par le médecin lors de leur dernière consultation	p.46
3. Le médecin, l'adolescent et son mode de vie	p.46
3.1 Les thèmes abordés lors de consultations antérieures	p.46
3.2 Facteurs associés aux thèmes abordés en consultation	p.47
4. L'alcool en consultation	p.48
4.1 En fonction du médecin	p.48
4.2 En fonction de l'adolescent	p.49
4.3 L'alcool et les autres thèmes abordés	p.50
5. Motivations déclarées des médecins pour ne pas parler systématiquement d'alcool	p.51
6. Connaissances des médecins sur les modes et lieux de consommation	p.52
6.1 A partir de quel âge les médecins parlent-ils d'alcool avec les adolescents	p.52
6.2 L'âge de la première consommation selon les médecins	p.53
6.3 Connaissent-ils le binge drinking	p.53
6.4 Lieu de consommation lors d'une intoxication aigue hospitalisée	p.54
7. Les risques liés à la consommation nocive d'alcool	p.54
7.1 Les risques spontanément cités par les médecins	p.54
7.2 Les risques reconnus par les médecins	p.55
IV. Discussion	p.58
1. Discussion des principaux résultats	p.58

2. Limites et biais méthodologiques	p.69
2.1 Biais de sélection	p.69
2.2 Biais de mesure	p.69
V. Conclusion	p.71
VI. Bibliographie	p.73
VII. Annexes	p.79
Annexe 1 Questionnaire de l'étude	p.79
Annexe 2 Questionnaire ADOSPA (version française du CRAFFT)	p.83
Résumé	p.88

Dépistage de la consommation d'alcool à l'adolescence et connaissance des risques : enquête auprès de 58 médecins généralistes des Yvelines.

Introduction : L'alcool est la première substance psychoactive expérimentée à l'adolescence. L'expérimentation de l'ivresse et du binge drinking augmentent depuis dix ans avec des conséquences graves pour les adolescents. Peu d'études se sont intéressées à l'attitude du médecin généraliste face à cette consommation.

Objectif : Etudier l'attitude des médecins généralistes : parlent-ils d'alcool avec les adolescents, connaissent-ils les risques liés à la consommation d'alcool ?

Méthode : Enquête par questionnaire téléphonique auprès d'un échantillon de 250 médecins généralistes des Yvelines tirés au sort, de janvier à avril 2012

Résultats : Sur 250 médecins, 58 ont répondu au questionnaire. 34,5% des médecins ont déjà parlé d'alcool avec leurs jeunes patients. Parler de tabac et de drogue avec un adolescent, ainsi qu'élargir le motif de consultation semblent statistiquement liés au fait d'aborder le sujet de l'alcool. 62% des médecins ne parlent pas d'alcool avec un adolescent pensant qu'il ne boit pas et 69% connaissent le binge drinking. Il n'y a pas de lien significatif entre la connaissance du binge drinking et le fait de parler d'alcool. 55,2% des médecins pensent au risque de coma éthylique et 15,5% au risque sexuel.

Conclusion : Les médecins ont une bonne connaissance de la diffusion et des modes de consommation de l'alcool à l'adolescence. Leurs connaissances des risques restent plus axées sur les risques physiques immédiats que sur les risques psychosociaux ou comportementaux. Malgré ces connaissances les médecins abordent peu le sujet de l'alcool. Cette attitude ambivalente pourrait être l'objet d'études complémentaires.

Discipline : Médecine Générale

Mots clés : Alcool, adolescent, médecin généraliste, dépistage, risques, enquête téléphonique

Adresse de l'UFR : Département de Médecine Générale- Université Paris Descartes – 12, rue de l'Ecole de Médecine 75270 Paris Cedex 06

