

Alcoolisation chez l'adolescent

M. CAFLISCH

1. Introduction : le phénomène « alcool et adolescence »

En Suisse environ cinq adolescents ou jeunes adultes de 10 à 23 ans sont quotidiennement hospitalisés pour cause d'intoxication alcoolique. Les données épidémiologiques confirment une augmentation progressive de la consommation d'alcool auprès des jeunes et des états d'ivresse chez les 11 à 15 ans depuis les années 90 avec une légère inversion de la tendance depuis 2002 (1, 2).

Les constatations faites au niveau national se retrouvent également au niveau régional et local (3). Nous avons constaté ces 5 dernières années à l'Hôpital des Enfants de Genève une augmentation importante des hospitalisations de jeunes de moins de 16 ans pour intoxication alcoolique (Tableau 1) avec en moyenne 1 à 2 hospitalisations par week-end. Ce même phénomène est aussi observé dans d'autres pays européens (4).

Alors que les consommations quotidiennes d'alcool chez les jeunes sont rares, on est confronté à des consommations particulièrement problématiques en fin de semaine (5). Il y a de grandes fluctuations dans l'année : au mois de juin, les rues et les parcs genevois se remplissent d'adolescents fêtant en buvant de l'alcool leur fin d'année scolaire. L'alcool est consommé en grande quantité et rapidement. On parle de « binge drinking » lorsqu'il y a une consommation rapide et excessive d'alcool, de 5 verres ou plus, dans l'intention de s'enivrer, la plupart

Consultation pour Adolescents, Département de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Suisse.

Correspondance : M.Caflisch, Consultation pour Adolescents, Hôpital des Enfants, 6 rue Willy-Donzé, 1205 Genève. E-mail : marianne.caflisch@hcuge.ch

Tableau 1 – Nombre d’hospitalisations pour intoxication alcoolique à l’Hôpital des Enfants de Genève entre 2004 et 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de cas	27	52	47	65	84
Âge moyen	15,2	15,1	14,8	14,8	15,2
% filles	52 %	50 %	60 %	53 %	45 %

du temps sans notion de plaisir. On utilise aussi les termes de « biture expresse » ou « alcool défoncé » pour ce même phénomène. En 2007, 14 % des garçons et 8 % des filles de 15 ans consommaient au moins trois fois par mois cinq verres ou plus d’alcool en une seule et même occasion (1). Ces chiffres sont préoccupants lorsqu’on pense aux risques somatiques associés à une consommation incontrôlée d’alcool. S’ajoutent à cela tous les comportements inquiétants comme les épisodes de violence subie et agie, les accidents, les problèmes avec la justice ou les rapports sexuels non-protégés et/ou non-souhaités (6, 7). Plus de 60 % des garçons et plus de 40 % des filles âgés de 15 ans et ayant un mode de consommation d’alcool problématique admettaient avoir subi au moins l’une des conséquences suscitées au cours de l’année écoulée. Ces faits sont davantage corrélés à la fréquence de consommation qu’à la quantité consommée (1).

L’abus d’alcool a des répercussions graves sur l’adolescent, tant sur le plan physique que psychosocial. Les effets à long terme de l’alcool sur le corps sont bien connus mais hormis lors d’intoxications aiguës les signes physiques sont rarement présents. Les examens de laboratoire – bien souvent normaux – se révèlent peu utiles dans le dépistage. Toutefois un bilan sanguin pathologique évoque plutôt une dépendance prolongée à l’alcool (8).

Des études récentes montrent qu’il y a à l’adolescence des effets encore peu connus et insidieux, mais non moins inquiétants, de l’alcool sur le cerveau. Alors qu’on a longtemps cru que l’essentiel de la structure cérébrale était en place au début de l’enfance, les recherches en neurosciences montrent qu’il n’en est rien : un immense potentiel de changement subsiste tout au long de l’adolescence (9). C’est précisément à ce moment où le cerveau est vulnérable qu’il faudrait protéger les jeunes de l’exposition à l’alcool. Car sous son influence, on constaterait une dégradation des neurones, se manifestant par une diminution de la substance grise. Cette diminution de la matière grise semble être d’autant plus importante que la consommation d’alcool débute précocement. Sur un plan clinique, on constate que les adolescents souffrant de problèmes d’alcool obtiennent de moins bons résultats aux tests de mémoire verbale et non verbale, de concentration et d’habileté spatiale.

Le rôle des parents ne doit pas être sous-estimé dans la problématique de l’alcool à l’adolescence (10). La position des parents face à la problématique des

alcoolisations de leurs enfants a encore peu été étudiée. Une enquête effectuée auprès de 800 familles genevoises a évalué l'influence parentale et l'influence des pairs sur les habitudes de consommation d'alcool par les jeunes. Elle a démontré que les parents ont une attitude plutôt stricte face à la consommation d'alcool des jeunes dans le cadre familial, mais ont des avis partagés si la consommation s'inscrit dans un contexte éducatif – faire goûter – ou festif. La grande majorité des parents pensent qu'il est de leur rôle de parler d'alcool avec leur enfant. Ils sont majoritairement convaincus de la dangerosité de l'alcool pour les adolescents et de l'importance du problème, mais seule une minorité pense que leur propre adolescent encourt des risques avec l'alcool. Les résultats obtenus montrent toute la complexité de la position parentale face à la consommation précoce d'alcool (11).

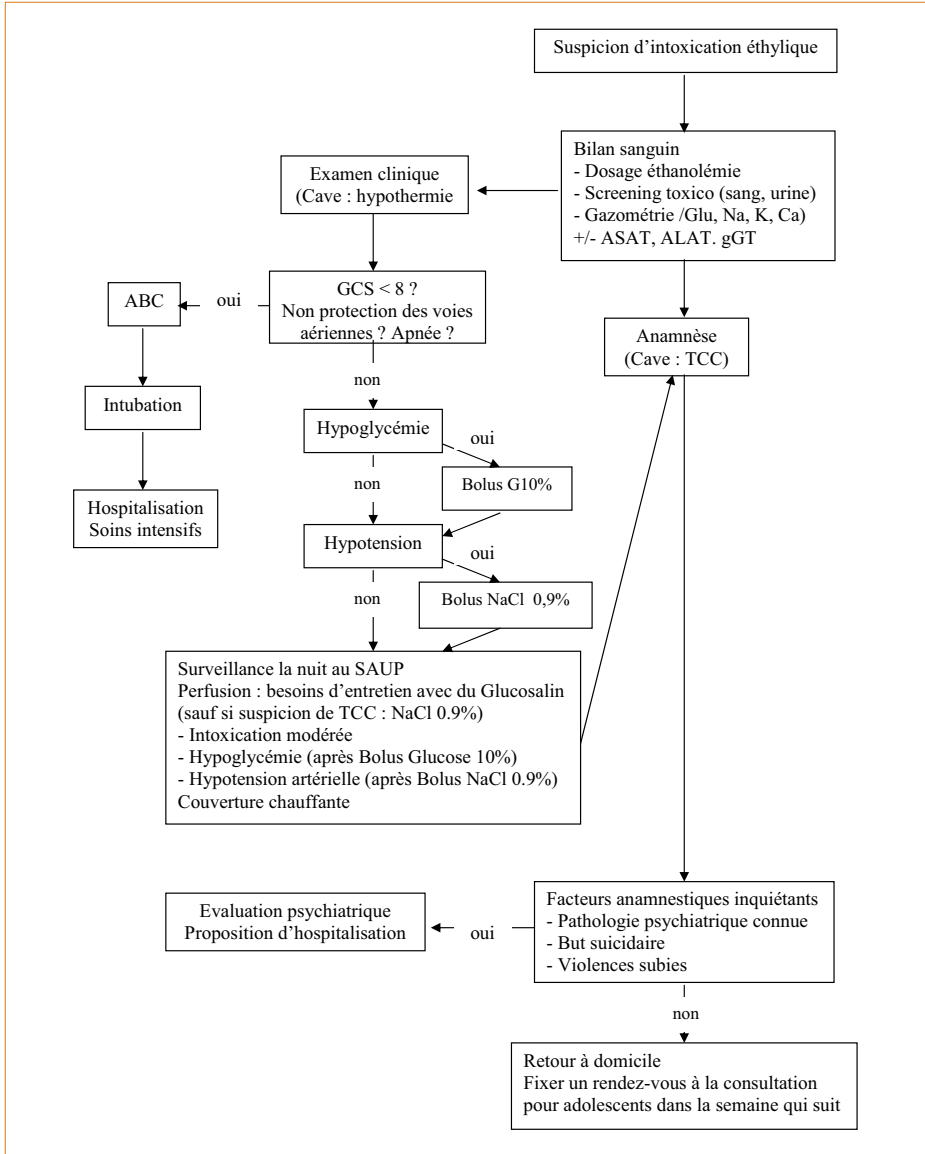
2. Méthodes et résultats : évolution de la prise en charge hospitalière

Avant 2006 les jeunes étaient hospitalisés pour une durée de 24 à 48 heures dans un service de pédiatrie générale pour une surveillance clinique suivie d'une évaluation pédopsychiatrique. Par la suite, on conseillait aux familles de poursuivre une prise en charge psychologique en ambulatoire. L'évaluation de cette procédure montrait que peu de familles suivaient ces recommandations et que les transmissions entre services étaient difficiles. Ainsi la décision de poursuivre ou non un traitement restait uniquement entre les mains des parents. Bien souvent les jeunes tout comme leurs parents ne considéraient pas la consommation d'alcool comme un problème majeur et essayaient de résoudre le problème en famille.

Le nombre toujours plus important de jeunes hospitalisés suite à une intoxication alcoolique nous a poussés à revoir notre prise en charge et surtout à réfléchir comment améliorer le suivi lorsque les jeunes quittent rapidement le service d'accueil d'urgence de pédiatrie. Nous souhaitons faire en milieu hospitalier de la prévention – si non primaire, au moins secondaire – pour éviter une répétition des mises en danger et la fuite dans l'abus d'alcool en tant que réponse (inadéquate) du jeune à des situations conflictuelles, difficiles à gérer (12).

Cette réflexion a donné lieu au projet de mise en place d'un nouveau programme de prise en charge, en nous basant sur des techniques d'interventions brèves qui ont montré leur efficacité auprès de personnes souffrant de problèmes de dépendance. La revue de la littérature et les recommandations de l'OMS insistent sur le fait que les interventions brèves sont à privilégier (13-15), car la motivation est toujours un facteur limitant pour l'ensemble de la prise en charge. Il faut faire face aux différentes résistances ainsi qu'au déni, et pouvoir s'appuyer sur les ressources des jeunes. Ces ressources, telles que proposées dans le concept de la résilience, sont à rechercher dans les domaines personnels, familiaux et socioculturels (16, 17). Il est par ailleurs indispensable d'inclure les parents

Figure 1 – Arbre décisionnel de la prise en charge de l'intoxication éthylique



dans toutes les prises en charge ; ils ont un rôle prépondérant comme modèle et médiateur à jouer (18).

À partir du 1.6.2006, tous les adolescents vus dans le service d'accueil d'urgences de pédiatrie pour une intoxication alcoolique ont été enrôlés dans un nouveau programme de prise en charge. Les soins d'urgences diffèrent peu des soins proposés habituellement dans ce contexte (Graphique 1) (19). Les patients sont

Tableau 2 – Schéma d'évaluation

<p>Historique des faits :</p> <ul style="list-style-type: none"> – déroulement des faits – boissons consommées – procuration des boissons – contextes de la consommation (lieu, entourage) – effets recherchés et ressentis – prises de risque – recherche des signes de dépendance à l'alcool et à d'autres substances
Évaluation des ressources disponibles
Évaluation de la réaction parentale et soutien du rôle parental
Informations sur les faits et méfaits de l'alcool
Discussion d'alternatives (gestion de la prise d'alcool lors de soirées)

hospitalisés quelques heures dans les lits d'observation au sein même du service des urgences.

Le pédiatre de garde effectue une brève évaluation à la recherche d'une pathologie psychiatrique ou psychosociale lourde ; il peut demander un avis pédopsychiatrique en urgence s'il repère des facteurs de risques majeurs. La courte durée d'hospitalisation et le fait qu'elles aient souvent lieu les nuits de fin de semaine ne permet pas d'effectuer une évaluation approfondie, plus détaillée des problèmes liés à la consommation d'alcool, d'autres comportements à risque ou de problèmes psychologiques plus cachés.

Nous proposons systématiquement, à tout adolescent et à leurs parents, une consultation hors contexte d'urgence, dans les 10 jours qui suivent l'épisode d'intoxication. Un rappel téléphonique 24 heures avant le rendez-vous fixé permet de confirmer l'heure aux parents. Cette organisation demande une bonne coordination entre les équipes des urgences et de la policlinique. La consultation a lieu dans les locaux du service de médecine pour adolescents au sein même de l'hôpital qui a accueilli le jeune en urgence, en présence d'un pédiatre et d'un collaborateur du service d'abus de substances. Cette collaboration étroite entre services donne l'opportunité de partager un savoir spécifique à chacun et la responsabilité de la prise en charge. La complémentarité des équipes aide à mieux cerner la problématique de l'abus d'alcool des jeunes, afin de leur proposer une prise en charge plus adaptée. Il s'agit d'une intervention brève, d'une durée de 30 à 45 minutes clairement structurée (**Tableau 2**). On commence par reprendre l'historique des faits, complété par un bilan du mode de vie du jeune, de ses connaissances sur les effets et méfaits de l'alcool (**Tableau 3**).

On évalue également l'éventuelle dépendance à l'alcool ou à d'autres substances. On investigate d'autres comportements à risque, la situation sociale, scolaire

Tableau 3 – Définition de l’intoxication alcoolémique et signes cliniques

Intoxication	Alcoolémie	Signes cliniques
Légère	0,5-1,0 g/L	labilité émotionnelle, désinhibition, trbl de la coordination
Modérée	1,5-3,0 g/L	ataxie, dysarthrie, diplopie, nausées, vomissements, acidose, hypoglycémie, perte de connaissance
Grave	3,0-5,0 g/L	altération de l'état de conscience → coma, dépression des fonctions vitales (hypothermie, diminution réflexes du tronc, hypotension artérielle (vasodilatation), hypoglycémie → convulsion, mydriase, bradypnée → arrêt respiratoire
	> 5,0 g/L	arrêt cardio-respiratoire

et familiale. L’inventaire des ressources disponibles doit être fait pour en disposer comme appui possible par la suite. Les jeunes bénéficient d’ailleurs d’informations générales (**Tableau 4**) pour combler les lacunes et pouvoir mieux gérer leur consommation d’alcool ultérieure sans se mettre en danger.

Selon le résultat de cette évaluation initiale, une prise en charge plus spécifique peut s’en suivre, soit par le service d’abus de substances, les services de pédopsychiatrie ou la consultation de médecine pour adolescents.

Sur les 100 premiers patients enrôlés dans le programme, 83 ont pu être revus. Parmi les 17 patients qui n’ont pas pu être reconvoqués uniquement 4 avaient refusé l’intervention. Les autres soit étaient domiciliés hors du canton de Genève, soit étaient hospitalisés d’emblée dans un service de psychiatrie, soit n’avait pas reçu de rendez-vous.

3. Discussion : quelques observations intéressantes

Le taux de participation aux rendez-vous est excellent. Les rappels téléphoniques systématiques les jours précédents la consultation peuvent expliquer en partie ce succès. La répartition garçons-filles (**Tableau 1**) contraste avec certaines données de la littérature (1, 20). Ceci peut s’expliquer par le fait, que Genève est un canton ville et que l’effet « campagne » avec une consommation plus rurale et plus masculine de vin et de bière est enrayé.

La boisson la plus utilisée est la vodka, fréquemment mélangée avec des jus de fruits ou des boissons énergisantes. Le choix de cette boisson est expliqué par son accessibilité et son prix, tout comme par son goût. Alors que la loi suisse interdit la vente d’alcool fort aux mineurs, la majorité des jeunes ont réussi à se procurer les boissons dans le commerce sans difficultés. Rares sont ceux qui ont dû faire face à un refus de vente.

Tableau 4 – Les informations à transmettre

L'absorption et l'élimination de l'alcool	L'organisme absorbe l'alcool deux fois plus vite qu'il l'élimine. Le foie élimine l'alcool environ 0,1 ‰ par heure chez un adulte ; moins rapidement chez un adolescent. Pour accélérer l'élimination de l'alcool, aucune recette n'est efficace.
Les différences entre adultes et jeunes, hommes et femmes	Les jeunes supportent moins bien l'alcool que les adultes : ils ont un poids inférieur à celui des adultes et les enzymes contribuant à l'élimination de l'alcool par le foie sont moins développés. Les femmes supportent moins bien l'alcool que les hommes (à poids équivalent et consommation égale d'alcool) car la répartition des masses musculaires et de graisse entre homme et femme est différente et l'élimination est moins rapide due à un taux d'enzyme plus faible.
Les taux d'alcoolémie	Les alcools forts contiennent 5 à 8 fois plus d'alcool qu'une même quantité de bière. L'augmentation de l'alcoolémie est d'autant plus rapide qu'on boit de grandes quantités sur un laps de temps bref.
Les risques	Les risques somatiques graves dus à une intoxication d'alcool sont : – l'hypothermie, – les convulsions, – les traumatismes crânio-cérébraux et fractures sur chute, – les aspirations sur vomissements, – le coma pouvant conduire au décès. Parmi les autres risques à noter : – les vols d'objets personnels (portables, MP3, ...), – les relations sexuelles non protégées et/ou non souhaitées, – les comportements violents contre autrui, – être victime d'agression, – les difficultés relationnelles avec les pairs, – les difficultés relationnelles avec les parents et les enseignants, – les accidents de la voie publique.

L'alcool est consommé le plus souvent rapidement et en grande quantité dans un contexte festif entre amis. Fêter sans alcool devient unimaginable. « Faire comme les autres », « être intégré » parmi les pairs ou « essayer » sont les raisons les plus invoquées par les jeunes. Les adolescents disent mieux gérer les relations aux pairs et leur timidité sous l'influence d'alcool. Tous ces motifs cités sont retrouvés dans la littérature et, s'ils sont cumulés, augmentent le risque d'ivresse (17). Un autre facteur de risque recherché est l'alcoolisme chez un membre de la famille (21). Il est rare que les adolescents abordent spontanément cette problématique, s'agissant souvent d'un secret de famille. Par contre, lorsque nous reprenons l'anamnèse familiale les parents en parlent plus ouvertement. Dans une situation sur cinq, on retrouve un problème familial d'alcool. Cependant nous pensons que ce chiffre est en dessous de la réalité. En ce qui concerne une dépendance propre au jeune, uniquement trois adolescents avaient les critères de dépendance. Ils ont aussitôt été dirigés vers une consultation spécialisée.

Deux tiers des jeunes sont accompagnés par un parent lors de la consultation. Notre collectif touche toutes les couches socioéconomiques et l'évaluation des structures familiales montre un nombre important de situations de séparation parentale et de déracinement, reflet de la situation locale genevoise.

Les réactions des parents varient entre banalisation et interdiction démesurée. Ils se disent souvent impuissants et hésitants quant à l'attitude à adopter face à leurs enfants. Ils disent avoir cru leurs propres adolescents invulnérables face à l'alcool et décrivent une rupture de confiance profonde suite à l'épisode d'abus d'alcool. En général, ils surestiment l'influence des pairs sur l'adolescent. Lorsqu'ils sont consommateurs eux-mêmes, ils craignent d'être moins crédibles et ne pas pouvoir imposer de limites (11).

Suite à notre intervention brève, nous avons jugé que 29 % des jeunes évalués avaient besoin d'un suivi, soit au sein de notre consultation pour adolescents, soit par le service médico-pédagogique ou un psychothérapeute en privé.

4. Conclusion : un rituel de passage ?

Nous sommes conscients que les jeunes que nous voyons ne reflètent que la pointe de l'iceberg de la problématique « alcool à l'adolescence ». Le mode de consommation de l'alcool a changé et les jeunes boivent des boissons de plus en plus fortes dans des temps de plus en plus courts. Ces comportements pourraient être compris comme un rituel de passage que suivent ces jeunes. Les situations de dépendances sont rares à l'adolescence, mais la précocité du début de la consommation nous inquiète (22).

Notre intervention auprès des jeunes et de leurs parents est une aide pour les services d'accueil d'urgences, car une évaluation psychologique doit suivre la prise en charge somatique. Cette consultation hors contexte d'urgence permet de donner du sens à ce qui s'est passé, avec l'objectif d'aider les jeunes à mieux se protéger et éviter les récives. Donner une place aux parents dans ces prises en charge permet aussi de redéfinir leur rôle dans la guidance de leurs jeunes et l'importance du cadre, des limites à poser.

Références bibliographiques

1. ISPA, Rapport de l'Institut Suisse de Prévention de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies : Données de l'ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) Lausanne 2007 ; www.sfa-ispa.ch
2. Kuntsche E, Gmel G. Changes in adolescents' reasons for drinking in Switzerland and associations with alcohol use from 1994 to 2002. *J Adolesc Health* 2006 ; 39 : 705-11.
3. Gmel G, Gaumke J, Faouzi, M, Kulling JP, Daepfen JB. Who drinks most of the total alcohol in young men: risky single occasion drinking as normative behaviour. *Alcohol and Alcoholism* 2008 ; 43 (6) : 692-7.

4. Picherot G, Muszлак M, David V et al. Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences : enquête prospective en multicentrique. Arch Pédiatr 2003 ; 10 (Suppl 1) ; 140s-2s.
5. Coslin PG. De la fête à l'abus. In : Huerre P, Marty F. Alcool et adolescence, jeunes en quête d'ivresse. Ed Albin Michel 2007 ; Chapitre 1 : 19-30.
6. Assailly JP. Retours de fête : les accidents dus à l'alcool. In : Huerre P, Marty F. Alcool et adolescence, jeunes en quête d'ivresse. Ed Albin Michel 2007 ; Chapitre 10 : 163-77.
7. Botbol M, Choquet LH, Grousset J. Alcool et transgressions : des liens compliqués. In : Huerre P, Marty F. Alcool et adolescence, jeunes en quête d'ivresse. Ed Albin Michel 2007 ; Chapitre 15 : 256-71.
8. Irons BL. Alcohol use disorders: A clinical update. Adolesc Med 2006 ; 17 : 259-82.
9. Giedd JN. The teen brain: Insights from neuroimaging. J Adolesc Health 2008 ; 42 : 335-43.
10. Westling E, Adrews J, Hampson SE, Peterson M. Pubertal timing and substance use: the effects of gender, parental monitoring and deviant peers. J Adolesc Health 2008 ; 42 : 555-63.
11. Donzé S, Fehlmann Rielle L. Mon ado et l'alcool : le point de vue des parents sur la consommation précoce d'alcool. Genève 2008. www.mon-ado.ch
12. Kulig JW et al. Tobacco, alcohol and other drugs: the role of the paediatrician in prevention, identification and management of substance abuse. Pediatrics 2005 ; 115 : 816-21.
13. OMS. Série Rapports techniques : Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. Genève 2006.
14. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care. Systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2005 ; 165 : 986-95.
15. McArdle P. Use and misuse of drugs and alcohol in adolescence. BMJ 2008 ; 337 : 46-50.
16. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. J Adolesc Health 2008 ; 43 (2) : 157-64.
17. Zufferey A, Michaud PA, Jeannin A et al. Cumulative risk factors for adolescent alcohol misuse and its perceived consequences among 16 to 20 year old adolescents in Switzerland. Prev Med 2007 ; 45 : 233-9.
18. Beatty SE, Cross DS, Shaw TM. The impact of parent-directed intervention on parent child communication about tobacco and alcohol. Drug Alcohol Rev 2008 ; 31 : 1-11.
19. Caflisch M, Duran M, Mirabaud M, Lacroix L, Chalier S. Intoxication éthylique. Cahier de l'interne, Département de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève 2007.
20. Choquet M. Les jeunes européens et l'alcool. In : Huerre P, Marty F. Alcool et adolescence, jeunes en quête d'ivresse. Ed Albin Michel 2007, Chapitre 18 : 203-315.
21. Karila L, Coscas S, Benyamina A, Reynaud M. Un comportement à causes multiples. In : Huerre P, Marty F. Alcool et adolescence, jeunes en quête d'ivresse. Ed Albin Michel 2007 ; Chapitre 2 : 31-8.
22. Hingson R, Heeren T, Winter M. Age at drinking onset and alcohol dependence: Arch Pediatr Adolesc Med 2006 ; 160 : 739-46.

