

« Binge drinking » chez les jeunes

N. VANDERMERSCH, A. CHASSEVENT

Les médias généralistes nous ont habitué ces dernières années au terme de *binge drinking* ; le terme ayant infusé comme le comportement, à partir d'un modèle majoritairement anglo-saxon. On en connaît le motif : a contrario d'un modèle de consommation français (et plus généralement latin) des boissons alcoolisées, continu, régulier et s'accompagnant peu d'ivresse ; se banalise la consommation massive, sur des temps courts (généralement le week-end), avec une ivresse recherchée. Le terme est construit d'après un mot anglais de registre familier qui pourrait se traduire par « bringue ». Nous notons donc d'emblée la connotation festive dont s'entoure la notion, que ne prendrait pas le terme d'hyperalcoolisation. Cela rappelle les attitudes spontanées face à des situations d'intoxication éthyliques aiguës chez les plus jeunes, entre banalité et « compréhension » complice.

La fréquentation des services d'urgences par de jeunes patients en état d'imprégnation éthylique avancée pose de multiples questions, nous nous intéresserons ici à ce qui peut aider à l'abord dans un service d'urgence.

1. Concept et données épidémiologiques

Le terme de binge renvoie habituellement à trois schémas de consommations : 1) le schéma anglo-saxon abstinence en semaine–ivresses le week-end, 2) une modalité perçue comme émergente d'enivrement massif et rapide au cours de

Correspondance : Service d'addictologie, Hôpital Saint-Jacques, 65 rue Saint-Jacques, 44000 Nantes cedex 1. Tél. : 02 40 84 65 21. Fax : 02 40 84 61 17. E-mail : françois.vandermersch@chu-nantes.fr

jeux, et 3) l'intoxication aiguë éthylique, quel qu'en soit le moment. C'est cette troisième occurrence qui nous intéresse principalement.

Le terme apparaît pour décrire tout d'abord les consommations festives et excessives sur les campus universitaires américains. La plupart des études portant sur cette population ont utilisé le critère « 4 +/5 + » comme seuil pour décrire le comportement du binge ; il faut comprendre ce critère comme l'ingestion de 5 unités d'alcool ou plus, en une seule occasion, pour un homme et de quatre ou plus pour une femme. Cette description n'est pas exempte de critique. Elle repose sur des valeurs arbitraires, non validés scientifiquement, y compris sur le plan des sexes, ne tenant pas compte d'autres données comme le poids, la taille, et le temps d'ingestion. Un rapport de l'ICAP (1) pointait déjà en 1997, la diversité des définitions et leur manque de solidité. D'autres auteurs font le choix de définir le binge comme la consommation en une seule occasion de la moitié ou plus de la ration hebdomadaire des recommandations standards de l'OMS. Il est notable que beaucoup d'études se font en reprenant les critères les plus courants, mais sans expliciter les fondements de ce choix. L'ICAP interroge sur l'intérêt d'une définition quantitative et envisage de faire reposer la définition sur une conséquence : l'ivresse.

S. Dally souligne cet aspect et préconise la notion d'intoxication alcoolique aiguë (IEA), notion bien plus traditionnelle de la médecine, et qui a l'immense avantage de constituer une réalité clinique (2). C'est d'ailleurs le motif de recours aux services d'urgence : la préoccupation première du médecin urgentiste est bien celle de l'imprégnation éthylique et de ses conséquences immédiates.

Ce qui pourrait être déterminant dans la question du *binge drinking*, c'est la notion d'ivresse volontaire, de défonce. Au delà de la classique désinhibition, et peut-être même de l'euphorie et les effets psychoanaleptiques de l'alcool, c'est l'abrutissement qui motive le comportement.

2. Adolescents et alcool

Un travail de synthèse des chiffres des consommations d'alcool chez les jeunes a été effectué lors des états généraux de l'alcool, à partir des études ESPAD, ESCAPAD et les « Baromètre santé » (3-5).

2.1. Consommation des adolescents

L'âge moyen de la première consommation est de 12,9 ans chez le garçon et de 12,3 ans chez la fille. L'âge de la première ivresse est d'un an supérieur. La consommation augmente avec l'âge mais cette augmentation reste en France inférieure à d'autres pays européens. Les adolescents français ont été ivres une fois dans l'année pour 31 % d'entre eux. 4 % ont été ivres 10 fois dans l'année. La consommation régulière d'alcool (à partir de 10 fois par mois) augmente avec l'âge : à 14 ans, elle concerne 4 % des garçons et 1 % des filles. À 17 et 18 ans,

un peu plus d'un garçon sur 5 consomme régulièrement de l'alcool, contre environ 7 % des filles. La consommation quotidienne est très rare chez les jeunes. La proportion de consommateurs hebdomadaires augmente régulièrement avec l'âge : entre les tranches d'âge 12-14 ans et 20-25 ans, elle passe de 4,8 % à 43,7 % chez les garçons et de 3,0 % à 20,3 % chez les filles.

2.2. Ivresse

Chez les 12-25 ans, l'ivresse au cours des 12 derniers mois augmente fortement avec l'âge : 2,4 % des garçons et 3,3 % des filles entre 12 et 14 ans ; 32,4 % des garçons et 19,0 % des filles chez les 15-19 ans ; ensuite entre 20 et 25 ans, la prévalence de l'ivresse chez les filles se stabilise (20,1 %) mais augmente encore chez les garçons (48,3 %).

L'ivresse régulière (au moins 10 fois dans l'année), quasi-nulle jusqu'à 15 ans, est ensuite très largement masculine : elle concerne 5,1 % des garçons et 1,3 % des filles de 16 à 17 ans. Chez les 17-18 ans, ce sont 11,0 % des garçons et 2,9 % des filles qui sont concernés.

3. Les modes de consommation

La consommation d'alcool des jeunes adolescents se situe souvent dans une dynamique d'échec familial et scolaire. La consommation problématique d'alcool est associée à un parcours scolaire imposé en scolarité pré-professionnelle. Une équivalence avec les situations suicidaires de l'adolescent est souvent décrite. L'association de la consommation d'alcool au geste suicidaire est sûrement sous-évaluée. Le mode addictif avec dépendance est plus rare. L'alcool reste cependant toujours au centre des poly-consommations de l'adolescent. La triade alcool, cannabis, tabac est l'association la plus fréquente des poly-addictions de l'adolescent (6).

4. Description clinique

La clinique du binge drinking est avant tout celle de l'imprégnation éthylique aiguë et ses diverses manifestations, caractérisée par la succession des trois phases classiques : excitation, ébriété et dépression.

Les ivresses « pathologiques » se présentent comme des syndromes excito-moteurs, hallucinatoires, délirants, convulsivants. Le coma éthylique se présente sous la forme d'un coma toxique ou métabolique. Il existe fréquemment une hypotonie musculaire, une dépression respiratoire, une hypotension, une hypothermie et une polyurie. L'ingestion massive d'alcool entraîne également des hypoglycémies, n'entraînent pas encore de remaniements hépatiques, signe de chronicité mais peuvent déclencher des pancréatites aiguës.

Les complications les plus fréquentes sont du registre comportemental, avec toute l'accidentologie (8) que l'on connaît (accidents de circulation, y compris comme victimes), les conduites à risques et leurs conséquences, notamment les viols.

5. Dynamiques de l'IEA

D'une façon générale, le *binge* est pris dans une mode sociale, une forme de culture d'une génération, une façon consensuelle pour celle-ci de rentrer en opposition avec la précédente. Il n'est certainement pas neutre que ce comportement s'exacerbe ou soit mis en exergue – peut-être les deux ? – alors que les discours dominants dans nos sociétés sont tournés vers le sécuritaire. Comme d'autres conduites à risque, le *binge* expose le jeune à des risques qu'il n'ignore le plus souvent pas. Par l'adoption d'un comportement, le jeune peut s'inscrire dans son groupe de pair, dans un processus d'identification à celui-ci. Une étude américaine montre en particulier que l'intoxication alcoolique est d'autant plus importante que le sujet *estime* que ses pairs consomment plus que lui (9).

6. Aspects psycho-développementaux

En tant que tel, le comportement de *binge drinking* est une conduite à risque, de même que certaines conduites telles que certains sports, l'usage des toxiques en général, certaines pratiques sexuelles, par exemple. Elles se définissent comme un engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses (10). Ces conduites sont fréquentes à l'adolescence et n'entrent pas nécessairement dans un registre pathologique ; toutefois, elles méritent toujours d'être explorées et accompagnées. Elles sont réputées apparaître au cours de l'adolescence et s'inscrire comme une étape d'un processus pour devenir un sujet autonome de ses parents. S'il est des adolescents qui gèrent ce processus en restant dans le registre « bénin » des échanges verbaux, d'autres vont avoir besoin d'un recours en acte pour inscrire concrètement et au besoin dans leur propre corps, leur différence avec le monde des adultes. C'est d'une part la prise de risque qui confère de la valeur au comportement, mais aussi au sujet lui-même, d'autre part la transgression à la loi biologique, morale ou familiale qui vient faire écho à la dynamique adolescente.

7. Aspects psychopathologiques

Cette « compréhension » relative d'un phénomène ne signifie pas la bénignité du comportement, qui pour être une étape, doit être dépassée ; ce qui implique d'y survivre et de passer à autre chose. D'autres dimensions, plus individuelles,

concourent au phénomène : impulsivité, recherche de sensation, lutte anti-dépressive.

Si l'impulsivité joue un rôle majeur dans les alcoolisations aiguës, les tentatives de suicides, elle semble moins prépondérante dans le phénomène *social* du *binge*, qui est alors caractérisé par une recherche délibérée, programmée de l'ivresse, selon des modalités organisées le plus souvent. Là où l'impulsivité resurgit, c'est via la désinhibition œnologique. On est au stade des complications de l'intoxication : accidents plus ou moins volontaires, rixes, comportements sexuels à risques sont fréquents lors de ces libations. La majoration des comportements sexuels est avérée de même que l'usage de l'intoxication éthylique comme stratégie d'approche sexuelle (11), ce qui constitue un risque d'ancrage du comportement.

Cloninger décrit des tempéraments dits « à recherche de sensation ». Vitesse, vertiges toxiques... Ces sujets seraient à la recherche, pour des raisons plutôt d'ordre neuro-biologiques, de stimuli suffisamment forts pour soutenir une réactivité défaillante, pourquoi pas le vertige de l'ivresse. Dans une lecture plus psychodynamique, la sensation est aussi le moyen d'appréhender son corps, quête narcissique de l'adolescent. Dans une période où il n'est guère facile de calmer ses angoisses internes, ces sensations sont également un moyen de les faire taire, par une sur-stimulation externe, qui vient comme éteindre le mal-être. On arrive dans une dimension de lutte contre la dépression ; non de la dépression elle-même, mais quelque chose qui a pour vocation à l'empêcher d'apparaître : le phénomène addictif n'est plus très loin car le soulagement ne dure que ce que dure la sensation et la répétition sera nécessaire.

8. Protéger et soigner

Une ivresse aux urgences n'est jamais une banalité. Et d'autant moins qu'il s'agit d'un sujet jeune.

L'attitude en urgence doit être rassurante – pour l'entourage et protectrice – pour le patient. Les débordements peuvent imposer le recours à une contention physique avec une éventuelle immobilisation et une injection sédatrice en intramusculaire (benzodiazépine ou neuroleptique).

Passée le temps de l'ivresse ou de la sédation éthylique, la situation du sujet doit être examinée. Si les modalités exactes de cette prise en charge ne font pas consensus, des grandes lignes de conduites peuvent être proposées.

L'abord de « l'événement » n'est pas l'apanage de l'addictologue ou du psychiatre ; l'une des spécificités des conduites addictives est leur inscription profondément somatique et psychique, aussi sont-elles l'affaire de tous les soignants. Intervenants de première ligne dans le soin, les équipes d'urgences se retrouvent confrontées à ces questionnements continuellement ; la difficulté est

celle d'un retournement de la logique du soin aux urgences, pour devenir prévention. S'il ne s'agit pas de faire de chaque soignant des urgences un spécialiste en addictologie, l'intérêt d'une culture de service autour de ces questions peut aider chacun à trouver son juste positionnement, sans banalisation, complaisance ou dramatisation. Le risque d'attitudes trop marquées est de renforcer les défenses psychiques contre une évaluation par le jeune de son propre comportement ; notre banalisation refléterait son propre déni et notre dramatisation justifierait une attitude projective et la dimension de lutte contre l'emprise des adultes. La complaisance est peut-être l'obstacle le plus difficile car il gomme les aspects inquiétant d'une consommation par le déni massif du soignant.

En pratique, le recours aux urgences en cas d'intoxication éthylique n'est pas un motif fréquent et reflète une gravité (7) : somatique (coma), psychique (ivresse dépressive) ou sociale (isolement relatif). L'Anaes recommande d'hospitaliser les adolescents admis pour ivresse ; l'intérêt de cette pratique est de donner un temps d'élaboration de la situation, en rencontrant le jeune, son entourage. Des scores permettent de rechercher et de repérer les usages et mésusages d'alcool et de toxiques associés. À l'heure actuelle, aucune étude n'a pu observer le devenir des binge drinkers et permis d'établir des critères permettant de prédire le risque de dérive vers des conduites plus structurées vers la dépendance. Aussi nous semble-t-il licite de proposer une rencontre généralisée des jeunes fréquentant les urgences en état d'ébriété par les structures d'addictologie en lien avec ces services d'urgences, telles que définies par la circulaire de 2000, « relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives ». Ce temps de rencontre permet un abord plus approfondi d'une part de la consommation d'alcool, cause de la rencontre, et de l'ensemble des conduites addictives, tant la pluralité de celles-ci est importante. Si un interrogatoire minimal par les équipes d'urgences sur les principaux produits (cannabis, héroïne, tabac) est inévitable pour guider la prise en charge immédiate, leur exploration relève d'un temps plus spécialisé. Un auto questionnaire comme l'ADOSPA (12), peut guider l'interrogatoire de ces jeunes, mais ce qui peut apparaître primordial d'ouvrir nous-même l'échange sur les consommations de substances psycho-actives.

Pour les patients mineurs, la rencontre, au plus tard au moment de la sortie avec le représentant légal est incontournable.

Les modalités exactes de prises en charge aux urgences n'ont pas fait l'objet de validations méthodiques, et devraient faire l'objet de rencontre entre les équipes d'urgence et les ELSA (Équipes de Liaison Spécialisée en Addictologie) au niveau local, en y incluant selon les ressources locales, les services de soin aux adolescents, les services d'urgences psychiatriques, en raison des intrications fortes, les services d'assistance sociale, et les différentes structures d'aval du soin en addictologie. C'est en fonction de ce réseau de soin, et dans la mesure où les structures peuvent s'appuyer sur leurs compétences respectives que pourront se construire, localement, des réponses adaptées aux problèmes soulevés par les intoxications éthyliques aiguës des jeunes. Ce travail de coordination, et de

formation des équipes des urgences, relève *a priori* du domaine de compétence des équipes de liaisons d'addictologie, là où elles existent et appelle à leur création là où elles font défaut.

Références bibliographiques

1. International Centre for Alcohol Policies. The limits of binge drinking, ICAP Reports n° 2, Washington 1997.
2. Revue de presse de l'IREB. Juillet-Août 2008, p. 5 disponible en ligne sur www.ireb.com.
3. ESPAD 2003.
4. ESCAPAD 2003.
5. Baromètre santé 2005.
6. Alvin P. Les adolescents, l'alcool et nous. In Alcool et Adolescence. Éd Albin Michel Paris 2007 ; 316-31.
7. Muszlack M, Picherot G. Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences : une enquête prospective multicentrique française. *Alcoologie Addictologie* 2005 ; 27 : 5-12.
8. Assailly JP. Retours de fête : les accidents dus à l'alcool. In Alcool et Adolescence. Éd Albin Michel, Paris 2007 ; 163-77.
9. Broadwater K et al. College student drinking: perception of the norm and behavioral intentions. *Addict Behav* 2006 ; 31 (4) : 632-40.
10. Michel G. La prise de risque à l'adolescence : pratiques sportives et usages de substances psycho-actives. Coll les âges de la vie. Masson Paris ; 2001.
11. Bellis MA, Hughes K, Calafat A. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health* 2008 ; May 9 ; 8 : 155.
12. Karila et al. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *La Presse Médicale* 2007 ; 36 ; 582-90.

