

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2008

N° 18

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de médecine générale

Par

Mathilde ROBERT

Née le 08/12/1979 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 2008

INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUE CHEZ L'ADOLESCENT

**Enquête rétrospective au Centre Hospitalier Départemental
de Vendée**

Président : Monsieur le Professeur VENISSE Jean-Luc

Directrice de thèse : Madame le docteur MEDINGER Dominique

ABBREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AVP : Accident de la Voie Publique

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CMP : Centre Médico Psychologique

CSA : Centre Spécialisé des Adolescents

ESCAPAD : Etude de Santé et Consommation Au cours de la Préparation A la Défense

ESPAD : European School survey Project on Alcohol and other Drugs

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

IAA : Intoxication Alcoolique Aiguë

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

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TC/PC : Traumatisme Crânien avec Perte de Connaissance

TABLE DES MATIERES

I-	INTRODUCTION.....	10
II-	RAPPELS HISTORIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES.....	13
	1. La consommation d'alcool en France, en particulier chez les adolescents, et sa représentation culturelle.....	13
	2. La législation.....	14
	3. Définition des différents types de conduites d'alcoolisation selon l'ANAES.....	16
	3.1 Usage.....	16
	3.2 Mésusage.....	17
	3.2.1 L'usage à risque.....	17
	3.2.2 L'usage nocif.....	17
	3.2.3 L'usage avec dépendance.....	18
	4. Les facteurs de risques et de vulnérabilité établis aux conduites d'alcoolisation.....	18
	4.1 Les modes de consommation à risque.....	19
	4.2 Les facteurs de risques liés au produit.....	19
	4.3 Les facteurs de risques individuels.....	20
	4.4 Les facteurs de risques environnementaux.....	20
	5. Les conduites à risques lors des alcoolisations aiguës.....	21
III-	MATERIEL ET METHODES.....	24
	1. Population étudiée.....	24
	2. Nature de données recherchées.....	25
	3. Critères retenus pour le recueil des données.....	26

IV- RESULTATS.....	28
1. Heure d'admission.....	28
2. Environnement.....	29
2.1 Situation familiale.....	29
2.2 Lieu de vie.....	29
2.3 Niveau d'étude.....	30
3. Antécédents personnels des patients.....	31
3.1 Antécédents d'hospitalisations.....	31
3.2 Antécédents psychiatriques.....	32
3.3 Traitement médicamenteux	33
4. Circonstances de l'alcoolisation.....	34
4.1 Lieu de l'IAA.....	34
4.2 Horaire de l'IAA.....	34
4.3 Type d'alcool consommé.....	35
4.4 Occasion de l'IAA.....	36
4.5 Conduites à risques.....	36
5. Complications liées à l'IAA.....	37
5.1 Données cliniques.....	37
5.2 Alcoolémie.....	39
6. Nature de la prise en charge.....	40
6.1 Services assurant la prise en charge principale.....	40
6.2 Passage aux urgences.....	41
6.3 Hospitalisation.....	41
6.4 Prise en charge immédiate.....	42
6.5 Avis psychiatrique.....	42
6.6 Instauration d'un suivi psychologique ou psychiatrique.....	45
6.7 Mode de sortie.....	46

V- DISCUSSION.....	48
VI - PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE ET REDACTION D'UN PROTOCOLE.....	54
1. Proposition de prise en charge de l'IAA de l'adolescent.....	54
2. Proposition d'un protocole.....	57
VII – CONCLUSION.....	59
VIII – BIBLIOGRAPHIE.....	61
IX – ANNEXES.....	66

INTRODUCTION

I - INTRODUCTION

En France, les effets de l'alcool sur la santé demeurent un problème de santé publique important car on estime à 5 millions le nombre de personnes ayant des problèmes médicaux, des difficultés psychologiques ou sociales en relation avec une consommation excessive d'alcool¹ et 23 000 décès chaque année lui sont directement imputables (décès par psychose alcoolique, cirrhose éthylique ou cancer des voies aérodigestives supérieures)². Si on y ajoute les décès où l'alcool joue un rôle favorisant, ce qui est le cas le plus fréquent chez les jeunes (accident de la route, suicide...), le chiffre double³. Malgré une diminution régulière de la consommation au cours des dernières décennies, la France se situe encore en tête des pays les plus consommateurs d'alcool, au 6^e rang mondial².

Nous avons voulu nous intéresser aux intoxications alcooliques aiguës et à leurs complications chez les adolescents, du fait d'alcoolisations parfois massives. Peu d'études françaises ont été dirigées sur la prise en charge des ivresses chez les adolescents et ses conséquences et pour eux, les recommandations de septembre 2001 proposées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) sur la prise en charge au décours d'une intoxication alcoolique aiguë (IAA) aux urgences occupent une place très faible⁴.

Ainsi nous avons étudié de façon rétrospective une population d'adolescents âgés de 12 à 18 ans inclus, admis pour IAA au niveau du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de Vendée, sur deux années consécutives. Le CHD se situe en Vendée, département de 600 000 habitants. Il se répartit en trois sites : La Roche sur Yon (50 000 habitants), Luçon (10 000 habitants) et Montaigu (5 000 habitants).

Nous voulions étudier différents points :

- Rechercher les particularités dans le département de la Vendée par rapport aux données nationales vis-à-vis du type d'alcool consommé, du mode de consommation (quantité, lieu, horaire, occasion) et des caractéristiques environnementales de cette consommation (milieu familial et scolaire, antécédents familiaux et personnels).
- Connaître les risques pris par l'adolescent pendant et au décours de l'IAA et rechercher l'existence de complications médicales.

- Connaître la prise en charge actuellement réalisée pour savoir s'il existe :
 - une connaissance de l'environnement psychosocial de l'adolescent et des particularités de l'IAA pour évaluer les facteurs de risques de récidives, de conduites à risque ou d'addiction ?
 - une demande d'avis psychologique, pour quels patients et si oui, lors de l'hospitalisation ou en ambulatoire ?

L'adolescence est une période caractérisée par la prise de risques, une volonté d'autonomie qui entraîne le plus souvent un rapport d'opposition aux parents, une véritable quête d'identité. La consommation d'alcool participe à la constitution de cette identité. Comment faire la différence entre une consommation d'alcool normale ou pathologique dans cette période de bouleversements ?

Le but de notre étude était de proposer un protocole de prise en charge des adolescents se présentant dans un service hospitalier pour IAA, isolée ou associée à d'autres problèmes médicaux, afin de dépister rapidement ceux ayant un mésusage de l'alcool et de les prendre en charge de façon optimale.

**RAPPELS HISTORIQUES ET
BIBLIOGRAPHIQUES**

II - RAPPELS HISTORIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

1. La consommation d'alcool en France, en particulier chez les adolescents, et sa représentation culturelle

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France, loin devant le tabac. Alors que l'ensemble de la consommation française en alcool a tendance à diminuer, celle des jeunes reste stable. Selon une étude récente⁵ notant l'évolution entre les années 2000 à 2005, les jeunes français expérimentent moins l'alcool depuis 2003. Mais le fait est que, si à 12 ans, plus d'un adolescent sur deux n'a encore jamais bu d'alcool, ils ne sont plus qu'un sur vingt à 19 ans⁶. La prévalence des ivresses, par contre, ne cesse d'augmenter et plus de la moitié des jeunes de 17 ans a déjà été ivre au moins une fois dans sa vie⁵. La diminution de la consommation d'alcool dans la population générale ne signifie donc pas celle des alcoolisations aiguës.

Dans notre pays, la consommation d'alcool est véritablement intégrée dans les mœurs, elle fait partie de notre culture, notre patrimoine et nos traditions⁷. Ainsi, la quasi totalité des français aura consommé de l'alcool au cours de sa vie. Il est un des symboles de l'identité française, surtout le vin, indispensable à tout « bon » repas et présent lors de chaque grand événement à fêter. D'ailleurs, la majorité des adolescents y sont initiés lors des fêtes familiales.

Mais les jeunes ne boivent pas comme leurs aînés: ils boivent principalement en dehors des repas, des boissons autres que le vin et en fin de semaine¹. C'est l'ivresse qui est recherchée et que « ça aille vite ». Ainsi on retrouve des boissons comme le TGV, dont le nom est équivoque, qui comporte trois spiritueux différents : tequila, gin et vodka. C'est principalement l'effet euphorisant du produit qui est recherché dans ces circonstances de consommation festive. L'alcool est souvent associé à des jeux, il facilite l'entrée dans la fête et permet à l'adolescent de lutter contre l'ennui, signe d'échec identitaire. Des défis sont lancés, ils permettent à l'adolescent de réaliser des « exploits » et montrer son courage afin de prouver de quoi il est capable, à ses pairs, qui auraient pu en douter et à lui-même. C'est un moyen simple de prouver qui on est dans une période où l'estime de soi est fragile. Ainsi le rituel de « la piste en Bretagne » consiste à écumer tous les bars de la région jusqu'à tard dans

la nuit, entrecoupé d'épreuves à risque tel que monter sur des trains en gare ou escalader des toits. L'alcoolisation s'intègre ici dans un contexte de socialisation et d'intégration au groupe des pairs⁸. Mais la consommation peut évoluer vers une absorption de plus en plus excessive avec une recherche de « défonce » sans que le jeune soit pour autant toxicomane. On retrouve trois modes de consommation excessive : le premier, inquiétant, est considéré comme un mode d'intégration au monde des adultes, ressemblant à l'alcoolisme coutumier des pays latins. Le deuxième, plus spécifique de l'adolescence, consiste en la prise sporadique d'alcool pour parvenir le plus vite possible à l'ivresse, véritable *binge drinking* décrit par les anglo-saxons. L'alcool est ici le produit d'une toxicomanie et peut être associé aux psychotropes ou aux drogues illicites dont il accroît les effets. Cette pratique est la plus alarmante. Le troisième, moins fréquent, a une fonction euphorisante, sédative, désinhibitrice et anxiolytique chez des jeunes filles consommant de façon discrète, solitaire et culpabilisée⁹.

Consommer de l'alcool est donc en France un signe d'intégration sociale. De nombreux adolescents en consommeront pour rechercher la reconnaissance de leurs pairs, pour leur montrer qu'ils entrent dans la vie adulte et prennent leur indépendance dans le cadre d'un processus de séparation avec les parents^{8,10}. La difficulté pour les adultes, soignant ou non, est d'identifier un adolescent pour qui la consommation est symbole d'un mal être caché.

2. La législation

La loi du 10 janvier 1991¹¹, dite loi Evin, vise à protéger les jeunes de la publicité et du parrainage des boissons alcoolisées alors qu'un rapport d'experts confirme que les stratégies les plus efficaces pour lutter contre le risque alcool sont celles qui réduisent l'accessibilité à l'alcool¹².

Ainsi, la loi interdit de vendre ou d'offrir à des mineurs de moins de 16 ans toute boisson alcoolisée dans les débits de boissons, commerces et lieux publics, à consommer sur place ou à emporter. Pour les mineurs âgés de 16 à 18 ans, l'interdiction ne s'applique qu'aux boissons alcoolisées à consommer sur place. Il n'y a donc pas de restriction pour les boissons alcoolisées à emporter dès que le mineur a plus de 16 ans.

La loi interdit de recevoir dans les débits de boissons des mineurs de moins de 16 ans qui ne sont pas accompagnés de leur père, mère, tuteur ou de toute personne de plus de 18 ans en ayant la charge ou la surveillance.

La loi interdit également la vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activités physiques et sportives.

La publicité pour des boissons alcoolisées dans la presse pour la jeunesse, la diffusion de messages publicitaires à la radio le mercredi, et les autres jours entre 17 heures et 24 heures est interdite ainsi que la distribution aux mineurs de documents ou d'objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée. Les affichages publicitaires doivent se limiter à certaines indications et être accompagnés d'un message préventif à l'égard de l'abus d'alcool. Toute publicité à la télévision et au cinéma est interdite ainsi que toute opération de parrainage lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcoolisées.

Malgré la législation, la grande majorité des jeunes estime qu'il est très facile de se procurer de l'alcool, surtout de la bière et du vin¹³.

En 1996, sont apparus les « prémix », mélange de soda sucré et d'alcool fort titrant de 5 à 8°. Six mois après leur lancement, ils étaient connus par les trois-quarts des 13-18 ans¹⁴. Cet engouement a provoqué la réévaluation de la taxe, qui ainsi a doublé ! Puis un amendement a été adopté par les députés en juin 2004 pour toutes les boissons alcoolisées sucrées affichant moins de 15° et contenant plus de 50 g de sucre par litre, dénommées « alcopops » ou « malternatives » ; ceci au vu du marché grandissant de ces boissons, dont les plus jeunes surtout (10-14 ans) raffolent¹⁵.

En mai 2005, les acteurs concernés par la vente d'alcool aux mineurs ont signé une « convention en matière de conduite et de publicité des boissons contenant de l'alcool ». Ces acteurs sont les producteurs de bières, vins et alcools, les associations de consommateurs dont Test-Achats et le Crioc, le Jury d'éthique publicitaire, la distribution, le secteur Horeca (hôtels, restaurants, cafés), les professionnels de la restauration et le ministre de la santé publique. Cette convention cible essentiellement la publicité des boissons alcoolisées et s'applique à l'ensemble des produits contenant plus de 1,2% de degré d'alcool. Elle stipule entre autres que les boissons alcoolisées devront être commercialisées de manière à ce qu'il ne puisse y avoir aucune confusion avec d'autres boissons, comme les limonades par exemple; qu'elles ne peuvent être vendues par distributeurs automatiques; que la publicité ne doit pas encourager à une consommation exagérée d'alcool, ni suggérer qu'elle mène à la

réussite sociale ou sexuelle, ni montrer certains effets de l'alcool pouvant aider à combattre des problèmes physiques, psychologiques ou sociaux.

La convention n'aborde toutefois pas la question de l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs.

A Nantes, le député-maire Jean-Marc Ayrault, dans un arrêté du 26 octobre 2007 dans le cadre du plan alcool, interdit toute pratique visant à promouvoir la consommation d'alcool. L'arrêté interdit la vente à prix réduit des boissons alcoolisées dans le cadre d'une opération de promotion temporaire (« happy hours ») et de servir moyennant un prix forfaitaire de départ des boissons alcoolisées (« open bar »). Une amende, ajoutée à celle existant déjà pour l'ivresse publique et manifeste, est délivrée à toute personne consommant de l'alcool sur la voie publique dans un certain périmètre donné du centre ville.

3. Définition des différents types de conduite d'alcoolisation selon l'ANAES

En 2001, l'ANAES, actuelle Haute Autorité de Santé, a publié des recommandations¹⁶ qui définissent des seuils de consommation d'alcool et proposent un classement des conduites d'alcoolisation selon le système de classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) repris dans la classification internationale des maladies (CIM 10). On distingue d'une part l'usage et d'autre part le mésusage, qui recouvre l'usage à risque, l'usage nocif (terminologie à préférer à abus) et l'usage avec dépendance. L'usage nocif et la dépendance sont également définis dans le système de classification de l'association américaine de psychiatrie repris dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV). Il est conseillé d'utiliser l'une ou l'autre classification.

3.1 Usage

L'usage se définit par toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS, et prise en dehors de toute situation à risque ou d'un risque individuel.

Cette définition renvoie à l'usage socialement admis, pour lequel le risque, s'il n'est pas nul, est considéré comme acceptable pour l'individu et la société¹⁷.

Les seuils définis par l’OMS sont les suivants :

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

Sachant que le terme « verre » désigne le verre « standard » ou « unité internationale d’alcool », qui correspond en moyenne à 10 g d’alcool pur.

Il est également recommandé de s’abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation alcoolique.

Le *binge drinking*, modèle de consommation décrit par les anglo-saxons, correspond à la prise de 5 verres ou plus au cours d’une même occasion.

3.2 Méusage

3.2.1 L’usage à risque

Il correspond à toute conduite d’alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils proposés par l’OMS et non encore associé à un quelconque dommage médical, psychique ou social mais susceptible d’en induire à court, moyen et/ou long terme. Y sont inclus également les consommations égales ou inférieures aux seuils de l’OMS lorsqu’il existe une situation à risque (conduites de véhicules, travail sur machines dangereuses...) et/ou un risque individuel particulier (consommation d’autres substances psychoactives qui peuvent potentialiser l’effet de l’alcool; une pathologie organique ou psychiatrique, surtout s’il existe un traitement médicamenteux; une modification de la tolérance du consommateur comme un faible poids ou une asthénie; une situation physiologique particulière comme une grossesse).

3.2.2 L’usage nocif

Il correspond à toute conduite d’alcoolisation où il existe au moins un dommage d’ordre médical, psychique ou social induit par l’alcool sans dépendance. Cette définition fait référence aux conséquences et non pas aux seuils de consommation (qui peuvent être inférieurs aux seuils recommandés).

3.2.3 L'usage avec dépendance

Il correspond à toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. Cette définition ne se fait ni par rapport aux seuils de consommation ni par l'existence de dommages (qui sont le plus souvent présents).

On distingue la dépendance physique, avec la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation (dépendance non constante, retrouvée chez les consommateurs quotidiens), de la dépendance psychique, avec une pulsion à consommer de l'alcool pour en retrouver ses effets.

Ce système de classification est utile pour repérer les adolescents qui présentent un mésusage de l'alcool, en particulier l'usage à risque, car à cette période de la vie, les troubles de conduite peuvent s'installer et se chroniciser même si l'usage avec dépendance reste rare au cours de l'adolescence¹⁸.

4. Les facteurs de risques et de vulnérabilité établis aux conduites d'alcoolisation

Différentes études ont permis de mettre en avant de nombreux facteurs de risques liés à la consommation d'alcool, aux ivresses et au caractère régulier de cette consommation. Trois études en particulier se sont intéressées à la consommation d'alcool chez les adolescents.

La première, l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est réalisée tous les 4 ans par un réseau international de chercheurs, en partenariat avec l'OMS, pour appréhender la santé et le bien être des élèves de 11, 13 et 15 ans ainsi que leur environnement social. La France y participait en 2002 parmi 35 autres pays¹⁸.

La deuxième, l'enquête European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), réalisée dans 30 pays européens, est en France sous la responsabilité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Elle intègre tous les élèves du second degré. La dernière enquête a eu lieu en 2003¹⁹.

La troisième, l'Enquête Santé et Consommation Au cours de la Préparation A la Défense (ESCAPAD) est effectuée chaque année en France depuis l'an 2000 auprès des jeunes

garçons et filles de 16 à 18 ans qui se présentent à la journée d'appel de préparation à la défense.

La connaissance de ces différents facteurs de risques, ou parfois de simples liens, permet d'identifier les adolescents à risque de mésusage des boissons alcoolisées. Pour L.Karila et M.Reynaud²⁰, il convient de prendre en compte les interactions entre le produit consommé, l'adolescent et son environnement pour évaluer le risque ou la gravité du trouble.

4.1 Les modes de consommation à risque

La précocité de la consommation est un facteur de risque important. Plus un individu commence à boire de l'alcool jeune, plus il a de risque d'être consommateur et en plus, avec un mésusage. L'âge d'initiation à l'alcool et celui de la première ivresse sont donc significativement en lien avec la consommation d'alcool en général et avec la fréquence des épisodes d'ivresses.

Le caractère auto-thérapeutique de la consommation doit nous alerter car il semble être révélateur de troubles psychopathologiques sous jacents. L'alcool est consommé dans un but sédatif, antidépresseur ou anxiolytique (consommation au réveil pour aider à démarrer la journée) ou encore pour lutter contre la solitude ou l'ennui. Le fait de consommer de façon solitaire indique le plus souvent une augmentation de la consommation.

Les adolescents à forte recherche de sensations ou consommant de manière extrême à la recherche de défonce, présentent une consommation à risque. La recherche excessive de sensations chez le jeune enfant prédit l'usage de substances à l'adolescence²¹.

Le caractère poly addictif est un facteur d'aggravation du risque d'intoxication. Le risque de consommer régulièrement du cannabis est plus élevé chez les fumeurs de tabac et les buveurs d'alcool, en sachant que le lien est plus fort chez les filles que chez les garçons¹.

La répétition des consommations avec impossibilité de s'en passer signe une consommation à risque et traduit le plus souvent l'installation d'une addiction bien que la dépendance soit rare à l'adolescence. Le fait de sortir fréquemment apparaît également comme un facteur déterminant d'une consommation régulière d'alcool²².

4.2 Les facteurs de risque liés au produit

L'acceptation sociale de l'alcool en France facilite et encourage sa consommation. Les intoxications répétées peuvent alors évoluer vers l'installation progressive d'une dépendance,

l'alcool ayant un pouvoir addictif bien inférieur au tabac. On considère que la consommation est régulière lorsqu'il existe au moins 10 épisodes de consommation au cours des trente derniers jours.

4.3 Les facteurs de risque individuels

Les facteurs neurobiologiques et génétiques entrent en jeu d'où l'importance de connaître les antécédents familiaux d'alcoolisme.

En France, le sexe masculin est en soi un facteur de risque : les garçons boivent plus que les filles¹³.

Les traits d'une personnalité particulière, comme la faible estime de soi, la timidité, l'autodépréciation, les réactions émotionnelles excessives ou l'inverse sont à prendre en compte, de même qu'un tempérament à la recherche de nouveauté, de sensations fortes, avec un faible évitement du danger ou un faible niveau de sociabilité.

Les événements de vie qui rendent l'adolescent vulnérable représentent un réel risque pour lui. Particulièrement des situations répétées de rupture relationnelle et des carences affectives²³, un deuil, une maltraitance, une maladie somatique grave ou l'absence de domicile fixe. On retrouve de nombreux consommateurs réguliers ayant été abusés sexuellement avant l'âge de 13 ans²⁴.

Les troubles psychopathologiques de l'adolescent sont très liés au mésusage de l'alcool²⁵. Parmi eux, il faut savoir repérer les troubles du comportement, tels que les conduites violentes ou antisociales, l'instabilité, l'intolérance à la frustration, l'impulsivité ou les déficits de l'attention et les troubles psychiatriques, tels qu'un syndrome dépressif, un trouble bipolaire, anxieux, phobique, alimentaire, de la personnalité ou psychotique.

4.4 Les facteurs de risques environnementaux

Une famille désorganisée, défailante ou en crise représente un risque de mésusage de l'alcool pour l'enfant. Avoir un parent éthylique chronique²⁵ favorise la consommation d'alcool chez l'enfant de façon directe ou par les conséquences délétères sur la dynamique familiale qui instaure une sorte de transmission trans-générationnelle des dysfonctionnements²⁴. L'absence de règles familiales à suivre, une éducation permissive, un manque d'autorité parentale et l'absence ou la faiblesse de communication intrafamiliale ou de son organisation matérielle sont corrélés à une consommation précoce d'alcool²⁶.

Egalement, la faible attente scolaire des parents chez leur fille²⁷ favorise la consommation. L'alcoolisation est alors le symptôme d'une faillite relationnelle et d'une absence de communication induisant un désarroi extrême chez l'adolescent. A l'opposé, une famille valorisante à un rôle protecteur.

Un échec en milieu scolaire, visible par une irrégularité de la fréquentation de l'école et du travail scolaire, a un lien certain avec la consommation de boissons alcoolisées⁹. Chez les garçons, on retrouve ce lien lorsqu'il manque un soutien scolaire de la part de leurs professeurs. Certaines caractéristiques du milieu scolaire sont fortement associées à une consommation régulière d'alcool, notamment et par ordre décroissant, l'absentéisme scolaire, le fait de ne pas aimer l'école, les mauvais résultats scolaires, être dans un lycée professionnel ou polyvalent, surtout s'il est privé, étudier en zone rurale ; on retient également le fait de ne pas faire de sport ou d'en faire plus de huit heures par semaine.

Le rôle des amis est indiscutable dans l'initiation de la consommation. De plus, la fréquentation de pairs consommant de l'alcool favorise cette consommation et la quantité absorbée évolue en miroir de celle des camarades²¹.

La perte des repères sociaux, la misère ou une situation précaire sont des facteurs de risque majeurs.

5. Les conduites à risques lors des alcoolisations aiguës

Le passage à l'adolescence favorise une instabilité souvent comportementale, qui peut présenter un risque pour le jeune, notamment par la pratique de comportements à risque tels que la consommation de drogues licites ou illicites, les fugues, les rapports sexuels non protégés, les activités délictueuses, l'inadaptation scolaire, les tentatives de suicide, la pratique de sports à risque. A travers ces comportements, le jeune met en danger sa santé, son intégration sociale et risque même de perdre sa vie²⁸.

Contrairement à chez l'adulte où le risque est celui de la dépendance à l'alcool, chez l'adolescent, ce sont les conduites à risque sous l'emprise de l'alcool qui sont craintes.

L'IAA fait partie de ces conduites à risque et peut en favoriser certaines.

En effet, la conduite en état d'ivresse (alcoolémie au dessus du seuil légal à 0,5 g/L) est la première cause de mortalité routière en France. On sait que l'alcool multiplie le risque d'accident de la route par huit, ce qui est 4 fois supérieur à celui lié au cannabis. Ce risque est dose dépendant et devient donc très important au cours de l'ivresse, surtout en association

avec le cannabis, où le risque est alors multiplié par quinze²⁹. Ainsi l'alcool seul est impliqué dans plus d'un tiers des accidents mortels²² et dans la moitié en association au cannabis²⁹.

L'IAA favorise les actes violents, allant des coups et blessures, des vols, des dégradations, jusqu'au crime ou délit sexuel. L'alcool est présent dans la moitié des rixes et près de 20% des délits³⁰. Dans ce contexte, il paraît être un élément favorisant la libération d'une violence sous jacente liée à des troubles de la personnalité.

Les tentatives de suicide sont souvent réalisées sous l'emprise de l'alcool. L'IAA peut être à elle seule un équivalent suicidaire ou bien, une facilitation de passage à l'acte²².

L'absorption d'alcool favorise le premier rapport sexuel ou des rapports sexuels non protégés. En Suède, un quart des adolescentes ont leur premier rapport sexuel sous l'influence de l'alcool²².

Chez les filles, la consommation d'alcool est parfois en rapport avec un véritable trouble du comportement alimentaire : en cas de boulimie, la boisson alcoolisée peut être utilisée en tant que coupe faim.

Enfin, l'alcool serait la porte d'entrée à la consommation d'autres substances psychoactives avec l'installation d'une poly-consommation³⁰. Les jeunes recherchent dans ces mélanges des sensations fortes, l'alcool exacerbant les effets de ces drogues.

MATERIEL ET METHODES

III- MATERIEL ET METHODES

1. Population étudiée

Il s'agissait d'une étude rétrospective d'une population d'adolescents âgés de 12 à 18 ans inclus, ayant été admis sur le multisite hospitalier de La Roche sur Yon, pour prise en charge d'une IAA. Cette IAA était isolée ou associée à un autre motif d'hospitalisation. L'étude a été réalisée sur une période de 2 ans, du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006.

Seul le site de La Roche sur Yon possédait un service de pédiatrie, l'unité d'urgence pédiatrique faisant partie intégrante de ce service. Il n'y avait pas de service de réanimation pédiatrique. Les sites de Luçon et Montaigu accueillait les adolescents au niveau du service d'urgence mais ils ne pouvaient pas y être hospitalisés s'ils avaient moins de 15 ans 3 mois. Si cela était estimé nécessaire, les patients étaient transférés sur le site principal de La Roche sur Yon.

La sélection des dossiers a été réalisée sur le code diagnostic F100 issu du système de classification internationale des maladies (troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool -intoxication aigue), en diagnostic principal ou en diagnostic associé significatif. Soixante dix neuf dossiers ont ainsi pu être recensés. Un dossier en 2005 et un autre en 2006 n'ont pas été retrouvés dans leur pochette de classement. L'étude concernait donc seulement 77 dossiers, 42 pour l'année 2005 et 35 pour l'année 2006.

L'âge moyen des filles était 16,1 ans et celui des garçons 16,6 ans. Le sex-ratio était 1,96 et correspondait à 51 garçons (66%) et 26 filles (34%). Quatre vingt onze % des patients avaient 15 ans ou plus.

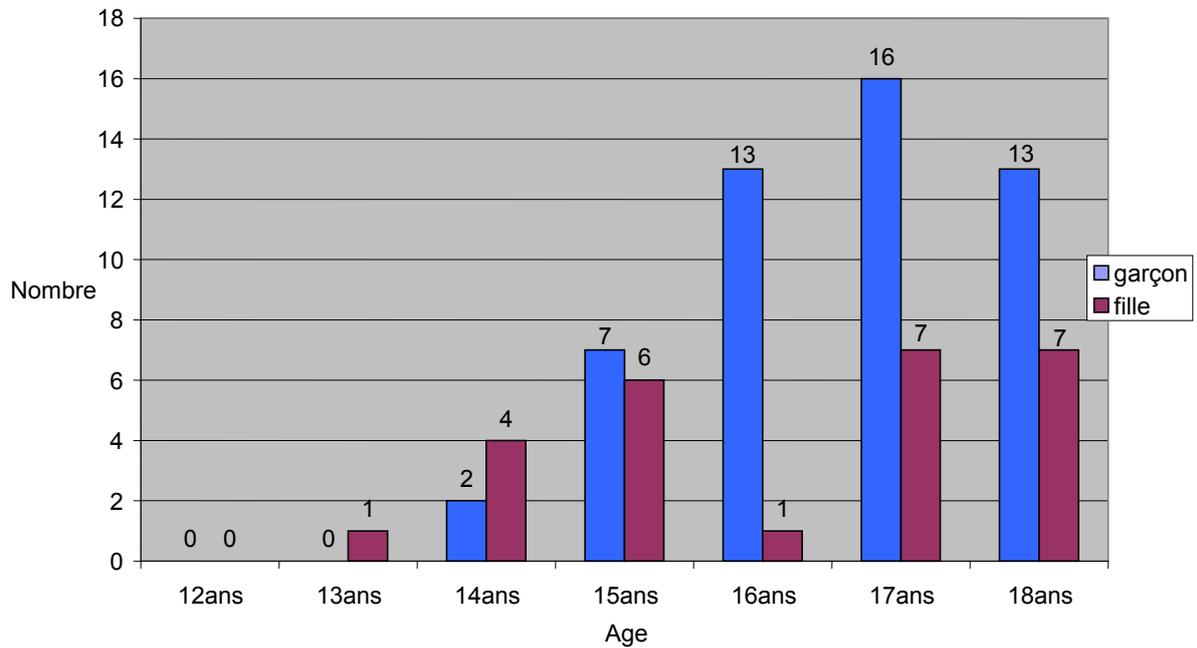


Figure 1 : Répartition en fonction de l'âge et du sexe

2. Nature des données recherchées

Nous avons réalisé un recueil de données concernant le patient sur (cf. annexe 1) :

- son admission: date, heure, service, passage ou non par les urgences
- sa sortie : date, mode de sortie
- son état civil : date de naissance, âge, sexe
- son environnement : statut familial, type d'habitat, lieu de vie, niveau d'étude, profession des parents, antécédent d'alcoolisme parental
- ses antécédents personnels : antécédents d'hospitalisations, antécédents psychiatriques, traitement, âge de la première alcoolisation
- les circonstances de l'alcoolisation : lieu, horaire, type et quantité d'alcool consommé, mode d'accès à l'alcool, occasion, conduites à risque
- les complications liées à l'IAA : examen clinique, nature de la prise en charge, alcoolémie, hospitalisation ou non, et si oui, la durée d'hospitalisation
- sur la prise en charge spécialisée : avis psychiatrique au cours de l'hospitalisation, suivi psychiatrique au décours, avis spécialisé autre que psychiatrique.

Au total, trente quatre items ont été recherchés.

3. Critères retenus pour le recueil des données

Lorsque la réponse n'apparaissait pas dans le dossier ceci était précisé par NC (non connu).

Pour la quantité d'alcool consommée, les calculs ont été faits en admettant que 10 g d'alcool correspondaient à 4 cL d'alcool fort, 12,5 cL de vin et 25 cL de bière.

Les critères d'hospitalisation étaient les suivants :

- être adressé directement ou après passage aux urgences dans un service autre que les urgences adultes ou pédiatriques
- ou de passer plus de 24 heures dans un service d'urgence.

Avoir passé une nuit aux urgences n'était pas considéré comme une hospitalisation.

RESULTATS

IV – RESULTATS

Lorsque l'information recherchée était majoritairement non connue dans les dossiers, nous n'avons pu l'exploiter. Ceci concernait cinq items :

- profession des parents (NC dans 95% des cas)
- antécédent d'alcoolisme parental (NC dans 95% des cas)
- âge initiatique (NC dans 84% des cas)
- quantité d'alcool présumée ingérée (NC dans 65% des cas)
- mode d'accès aux boissons alcoolisées (NC dans 68% des cas).

1. Heure d'admission

L'heure médiane d'entrée était 16h30.

L'heure d'admission n'était pas renseignée dans 4 dossiers. Trente admissions ont été réalisées entre 8 h et 20 h, et 43 de 20 h jusqu'à 8 h.

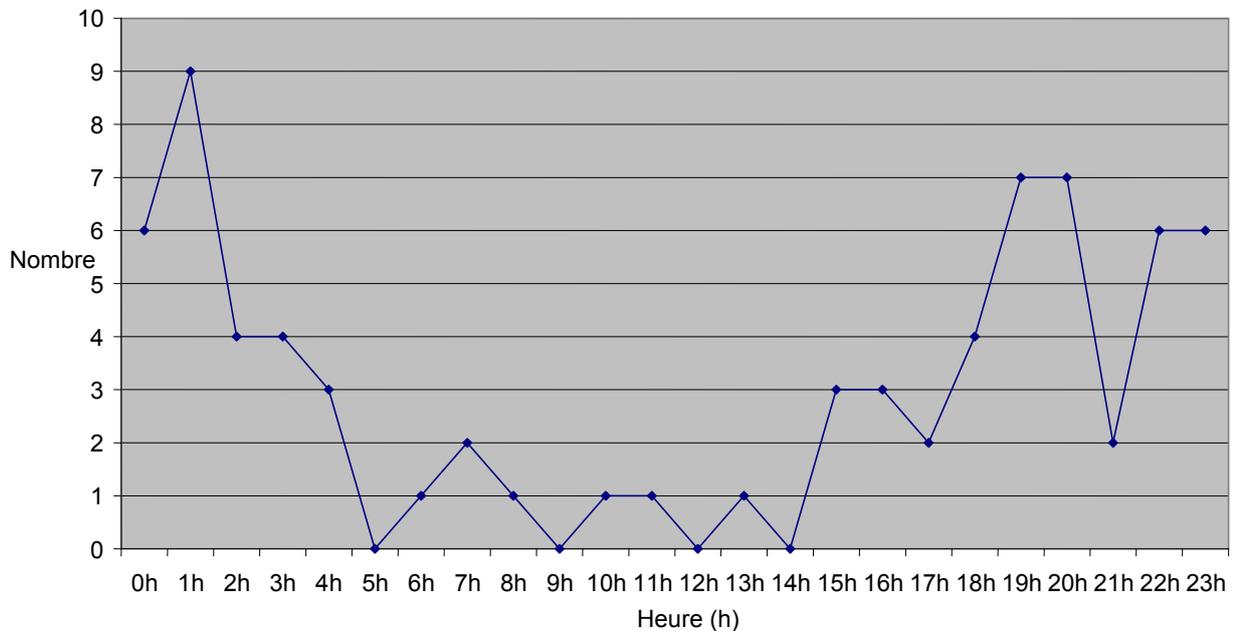


Figure 2 : Répartition selon l'heure d'admission

2. Environnement

2.1 Situation familiale

Parmi les 41 dossiers exploités, 54% des adolescents avaient leurs parents en couple et 37% avaient leurs parents séparés.

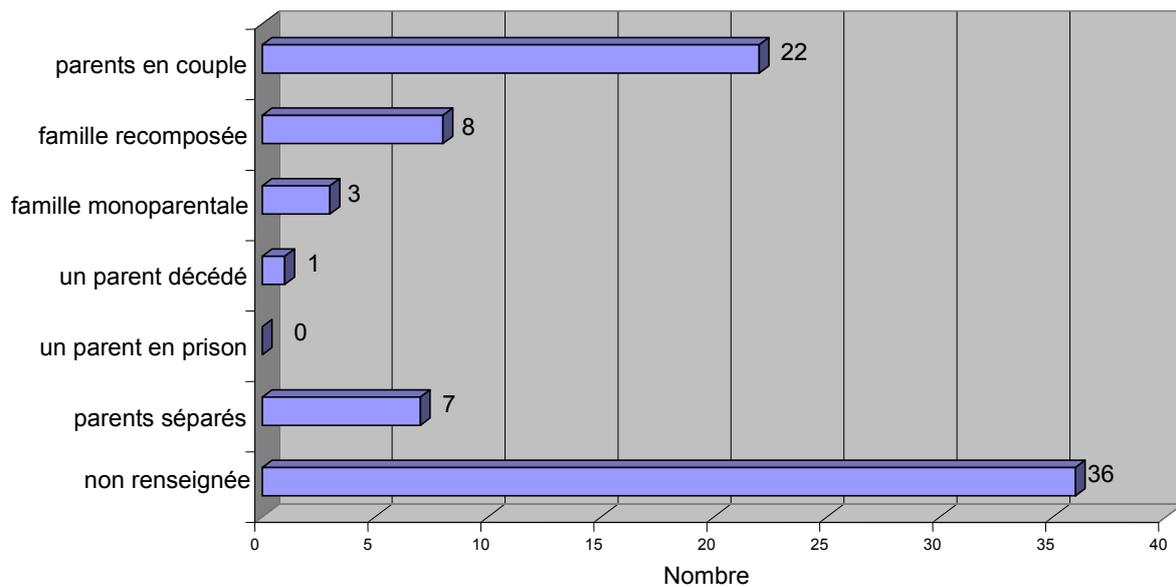


Figure 3 : Situation familiale

2.2 Lieu de vie

On retrouvait 4 adolescents ne vivant ni dans une famille, ni en foyer ni à l'internat :

- un était sans domicile fixe
- un vivait chez des amis ou dans la rue
- une vivait seule dans un appartement
- une vivait dans un appartement avec son petit ami.

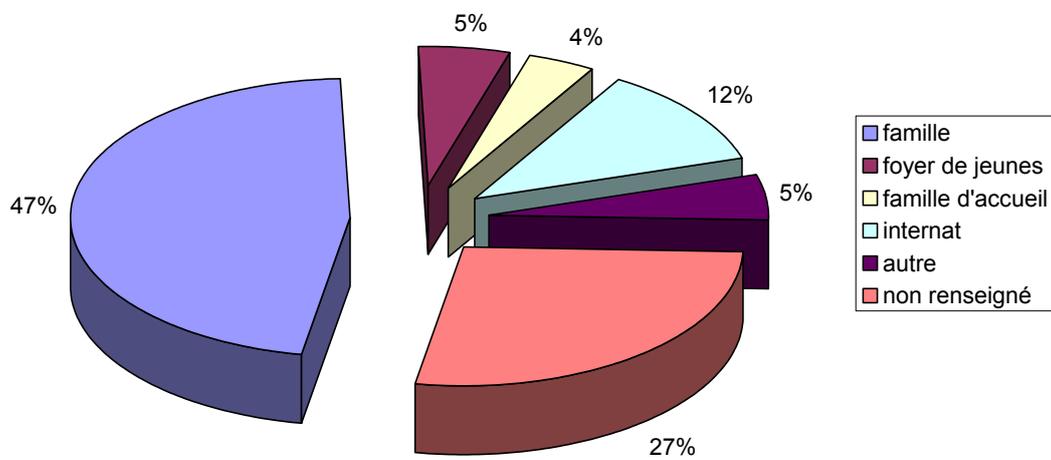


Figure 4 : Lieu de vie

2.2 Niveau d'étude

Aucun adolescent ne faisait d'études supérieures.

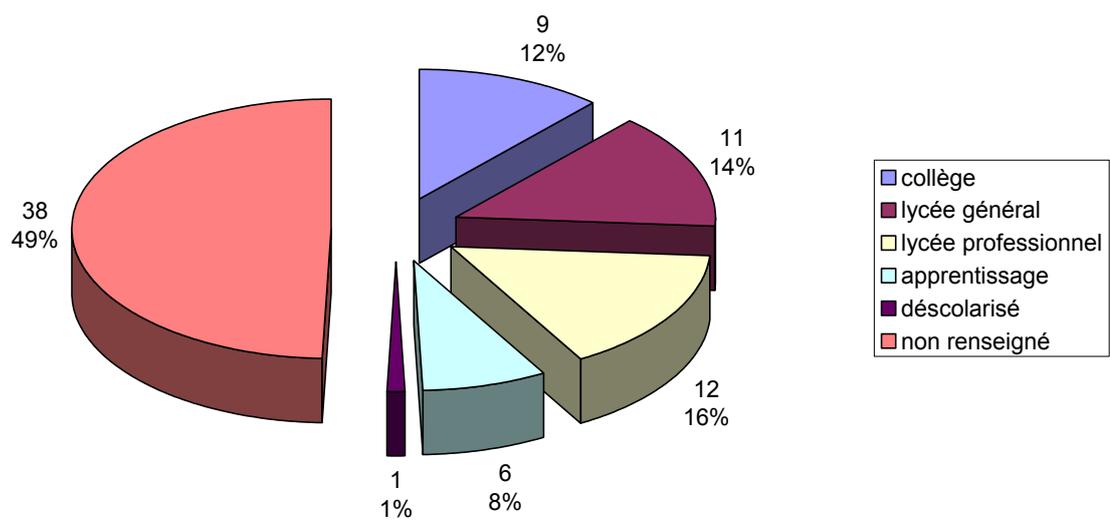


Figure 5 : Niveau d'étude

3. Antécédents personnels des patients

3.1 Antécédents d'hospitalisations

Deux patients avaient déjà été hospitalisés 2 fois dans leur vie.

	Nombre (n=77)	Pourcentage
oui	36	47
non	23	30
non renseigné	18	23

Tableau 1 : Antécédents d'hospitalisations

	Nombre (n=36)
IIA	6
pathologie chirurgicale	10
tentative de suicide	4
maltraitance	1
AVP	2
trouble du comportement	1
pathologie médicale organique	14

*Accident de la voie publique

Tableau 2 : Motifs des hospitalisations antérieures

3.2 Antécédents psychiatriques

Les antécédents de tentative de suicide étaient recherchés dans 66% des cas.

	Nombre (n=77)	Pourcentage
oui	7	9
non	44	57
non renseigné	26	34

Tableau 3 : Antécédents de tentative de suicide

On retrouvait 3 filles et 4 garçons chez les adolescents ayant tenté de se suicider.

Parmi eux, 4 avaient été hospitalisés à l'époque, 5 avaient un suivi actuel psychiatrique, 1 n'avait pas de suivi, le dernier cas n'était pas renseigné.

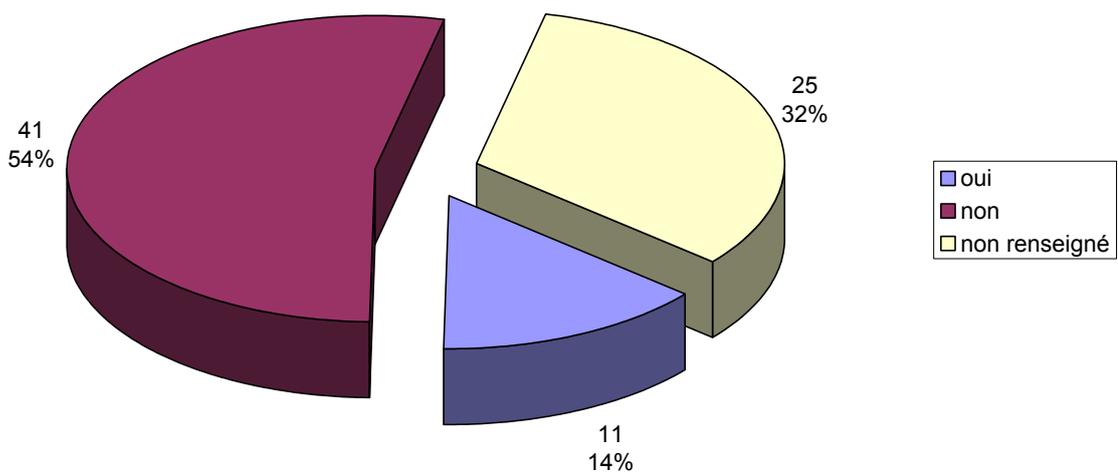


Figure 6 : Suivi psychiatrique actuel

Parmi les adolescents suivis par un psychiatre, on retrouvait chez ceux ayant déjà été hospitalisés :

- le cas de maltraitance
- le cas de trouble du comportement
- trois des cas d'hospitalisations pour IAA dont 2 ont été transférés en psychiatrie
- les 4 cas ayant des antécédents de tentative de suicide.

3.3 Traitement médicamenteux

	Nombre (n=77)	Pourcentage
oui	11	14
non	43	56
non renseigné	23	30

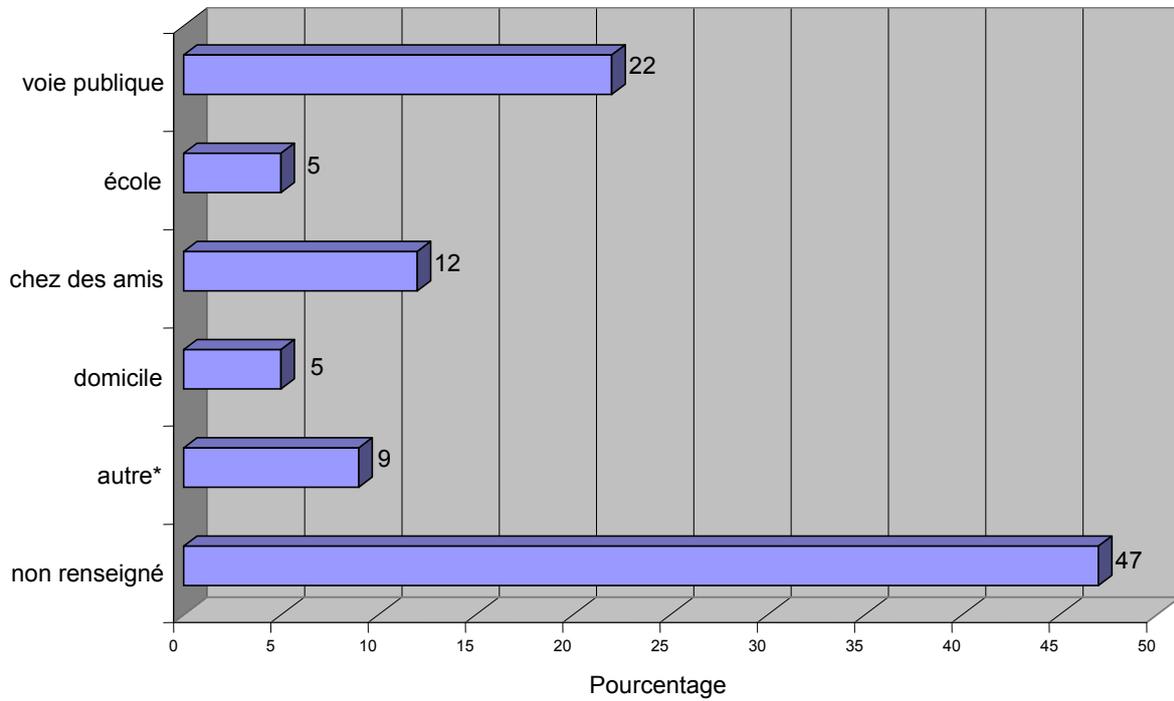
Tableau 4 : Traitement médicamenteux en cours

Parmi les 11 adolescents ayant un traitement, on retrouvait :

- un traitement à visée psychotrope dans 7 cas : benzodiazépine, hypnotique, anxiolytique, neuroleptique, thymorégulateur, traitement substitutif (SUBUTEX[®])
- un traitement pour l'allergie et l'asthme dans 4 cas.

4. Circonstances de l'alcoolisation

4.1 Lieu de l'IAA



* fête, soirée, bar, camping

Figure 7 : Lieu de l'intoxication alcoolique

4.2 Horaire de l'IAA

La majorité des intoxications alcooliques dont l'horaire était renseigné se déroulaient le soir ou la nuit. Il existait seulement 2 cas d'alcoolisations matinales.

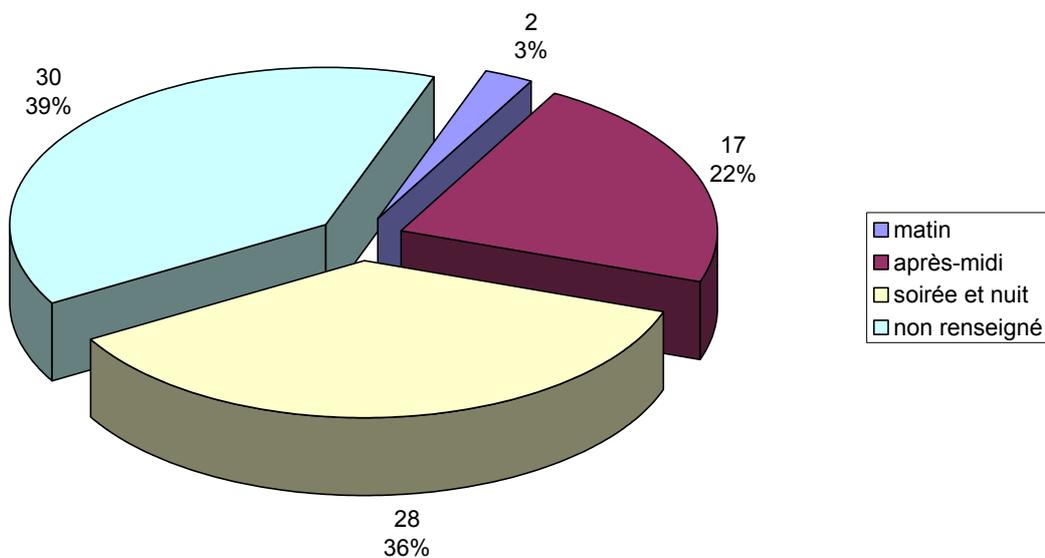


Figure 8 : Horaire de l'intoxication alcoolique

4.3 Type d'alcool consommé

Les filles comme les garçons buvaient préférentiellement des alcools forts.

Aucun dossier ne mentionnait la consommation de « prémix ».

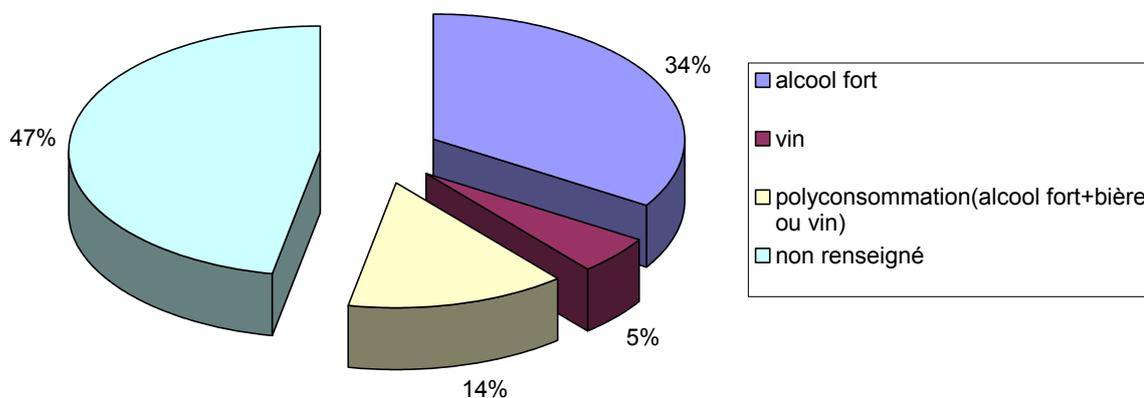


Figure 9 : Type d'alcool consommé

4.4 Occasion de l'IAA

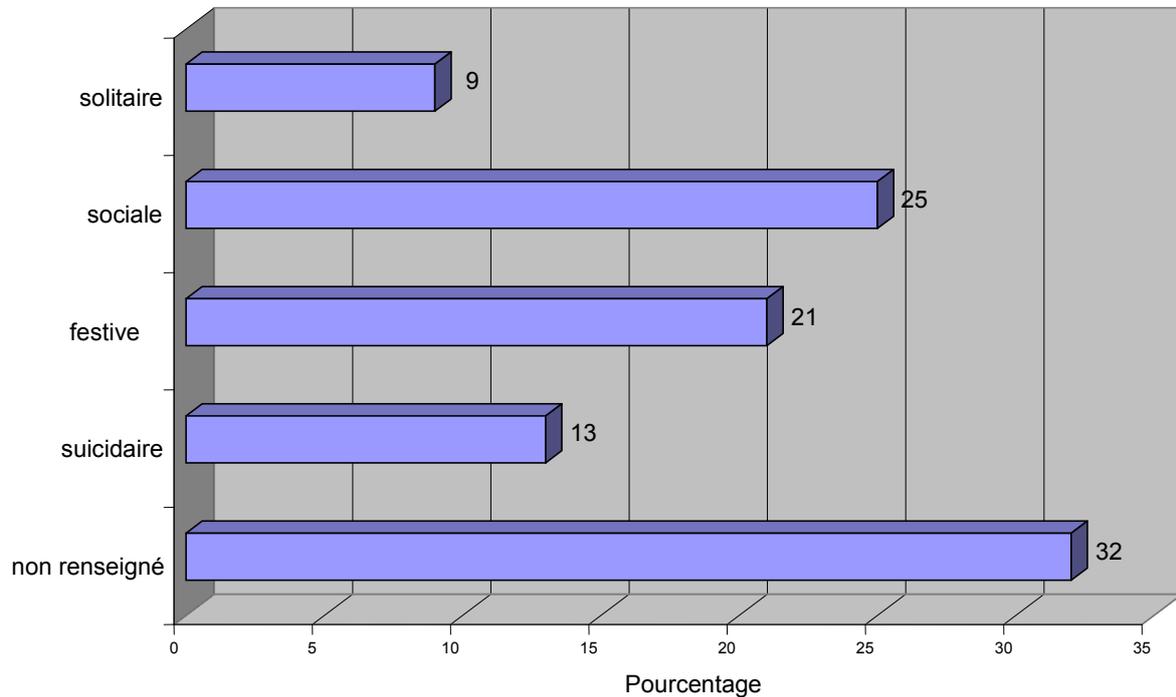


Figure 10 : Occasion de l'intoxication alcoolique

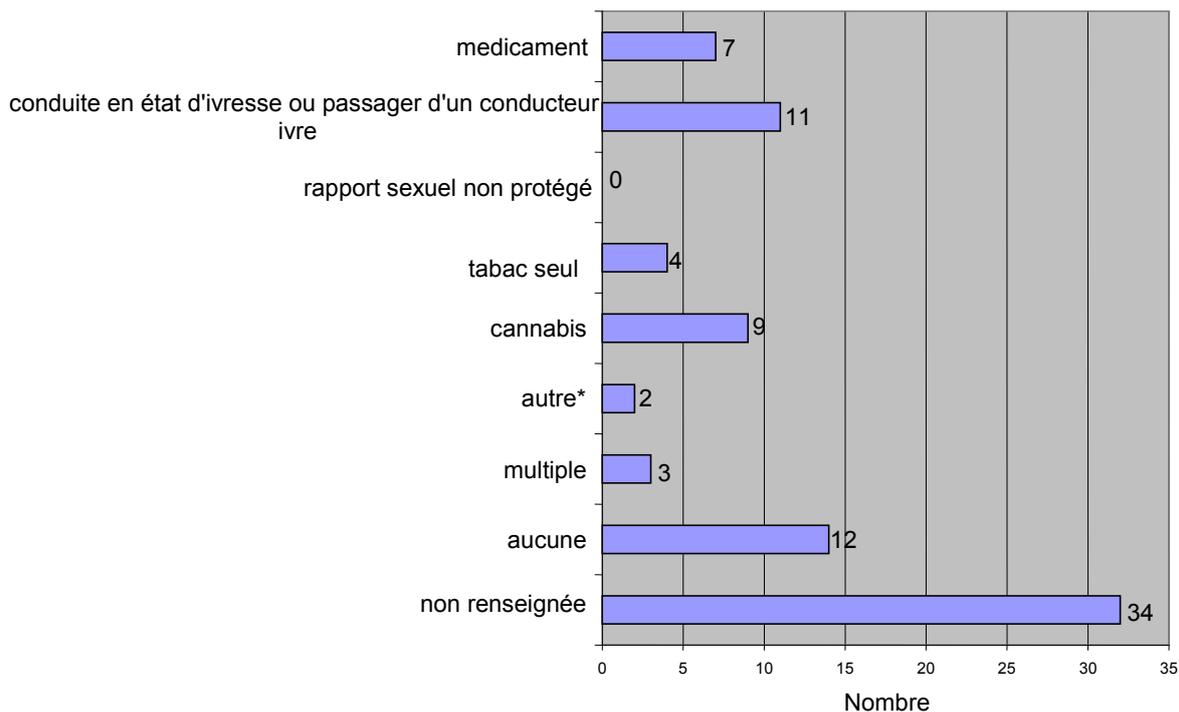
4.5 Conduites à risque

Elles étaient renseignées dans 43 cas (56%).

On retrouvait dans les 10 cas de tentative de suicide :

- sept cas de poly consommation : 4 avaient pris des médicaments, 1 avait fumé du tabac et 2 avaient fumés du cannabis
- une tentative de défenestration
- une phlébotomie.

La conduite en état d'ivresse se faisait le plus souvent en scooter puis en voiture puis en vélo.



*phlébotomie et tentative de défenestration

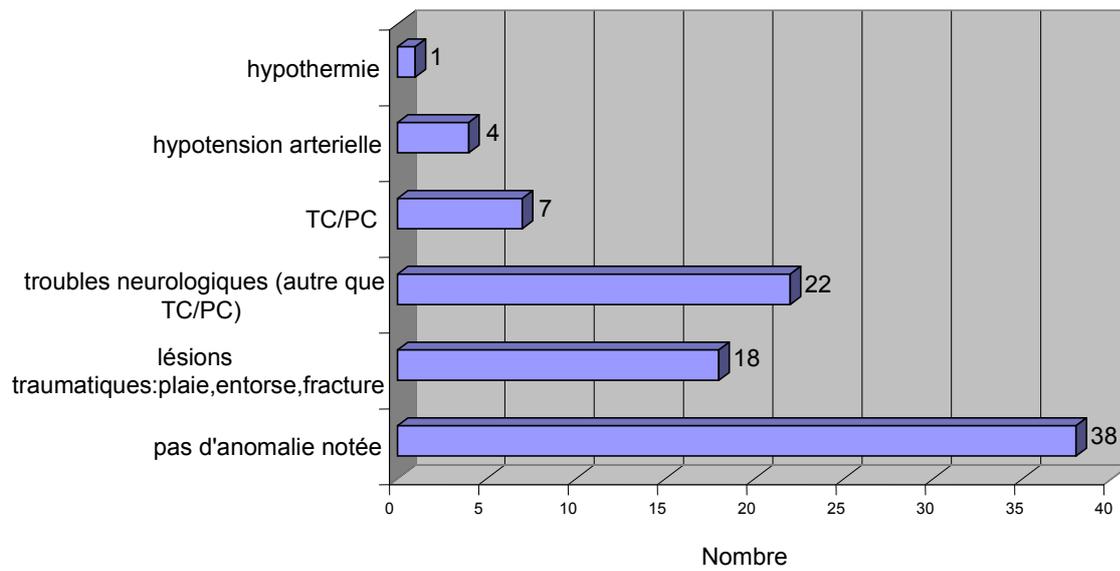
Figure 11 : Conduites à risque prises au cours de l'intoxication alcoolique

5. Complications liées à l'IAA

5.1 Données cliniques

Onze adolescents étaient hospitalisés suite à un accident de la voie publique.

On retrouvait des complications neurologiques chez 44 (57%) des adolescents.



TC/PC= Traumatisme Crânien avec Perte de Connaissance

Figure 12 : Données cliniques retrouvées à l'examen d'entrée

	Nombre (n=44)
TC/PC	22
somnolence	10
agitation	6
coma	4
amnésie des faits	1
obnubilation	1

Tableau 4 : Différents types de troubles neurologiques

5.2 Alcoolémie

L'alcoolémie était dosée dans 70% des cas.

La moyenne de l'alcoolémie était 1,93 grammes par litre (g/L), la valeur la plus faible étant 0,32 g/L et la plus élevée 4,88 g/L. La médiane de l'alcoolémie était 1,71 g/L.

Alcoolémie (g/L)	Nombre	Pourcentage
< 0,5	1	2
0,5 - 1	4	7
1 - 2	27	44
2 - 3	17	32
3 - 4	4	13
> 4	1	2
Total	54	100

Tableau 5 : Répartition en fonction de la valeur de l'alcoolémie

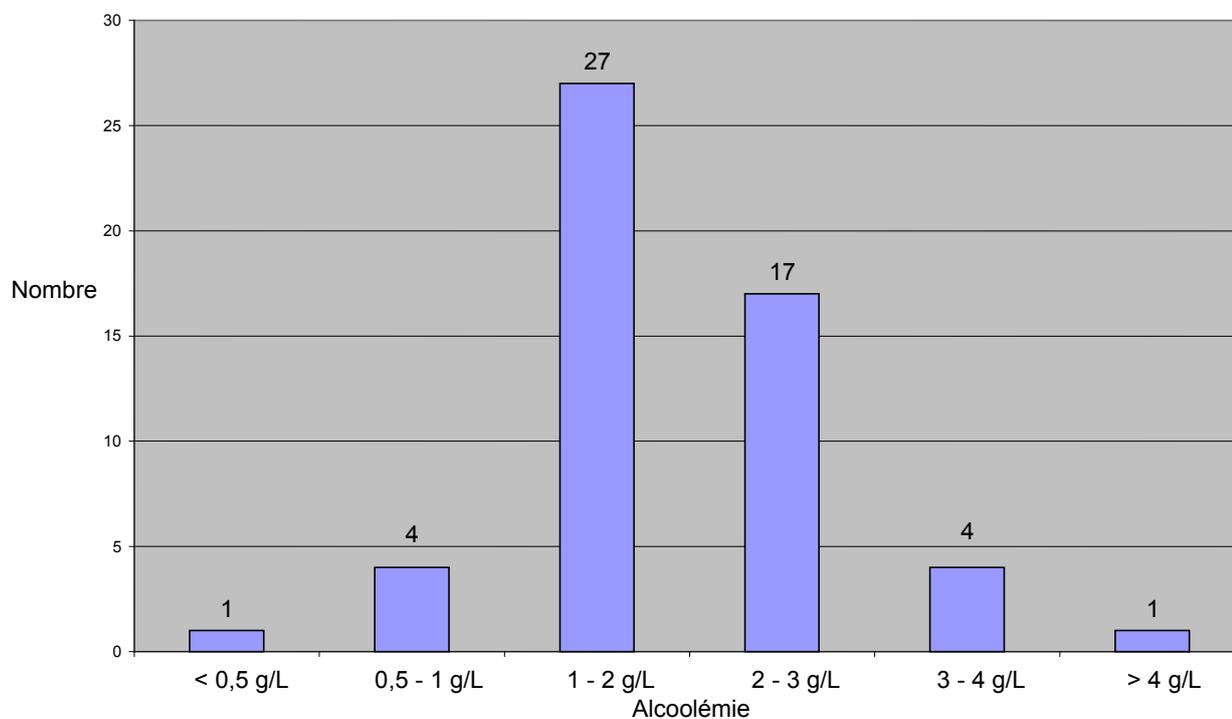


Figure 13 : Répartition en fonction de la valeur de l'alcoolémie, parmi les 54 cas renseignés

6. Nature de la prise en charge

6.1 Services assurant la prise en charge principale

Services	Nombre (n=77)	Pourcentage
urgence adulte	47	61
pédiatrie	19	26
réanimation	5	5
chirurgie	5	5
médecine	1	1

Tableau 6 : Répartition dans les services assurant la prise en charge

La majorité des adolescents (47) étaient pris en charge par les urgences adultes : le service d'urgence (30) et l'UHCD (17), unité d'hospitalisation de courte durée.

La pédiatrie en accueillait seulement 19.

Dans les services de chirurgie et médecine, on retrouvait les services d'orthopédie, d'urologie et d'hépatogastro-entérologie.

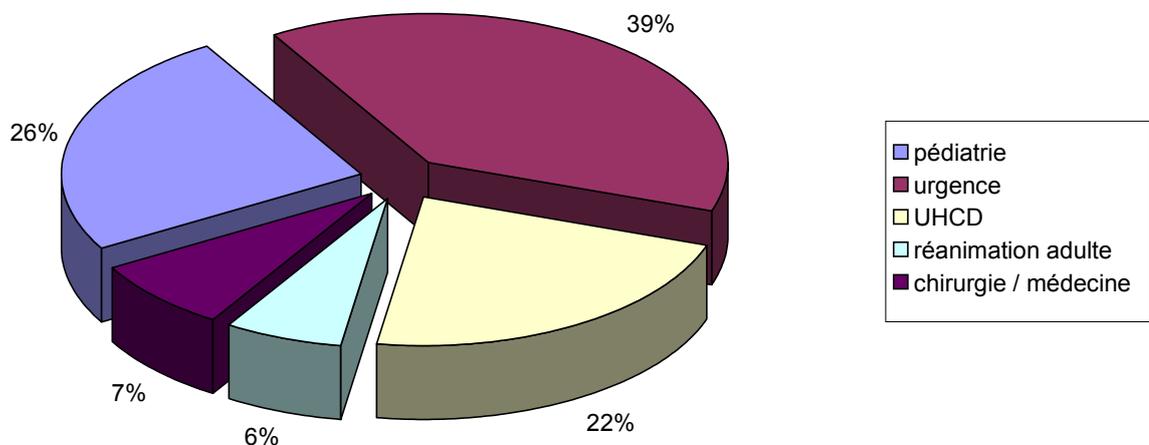


Figure 14 : Répartition dans les différents services

6.2 Passage aux urgences

Quatre vingt deux % (63) des adolescents étaient admis initialement aux urgences avant d'être transférés dans d'autres services ou de sortir définitivement de l'hôpital.

Dix huit % (14) étaient admis directement dans les autres services sus cités.

6.3 Hospitalisation

Sur les 77 adolescents admis, une hospitalisation était décidée dans 69% des cas (53).

Parmi les adolescents hospitalisés, 34 (70%) étaient restés moins de 24h et seulement 3 (6%) étaient restés plus de 72 heures.

La grande majorité des adolescents (79%) restaient au sein de l'hôpital moins de 24h après leur admission.

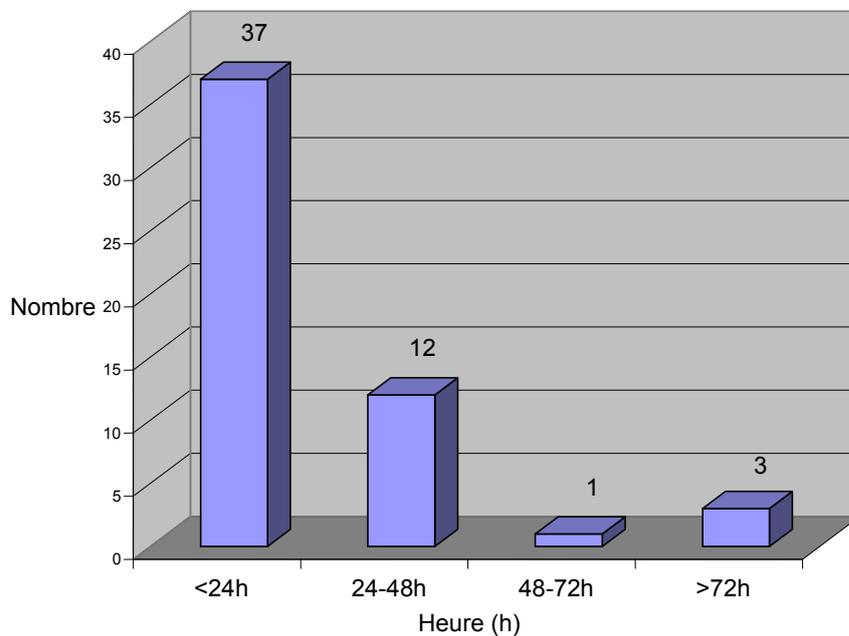
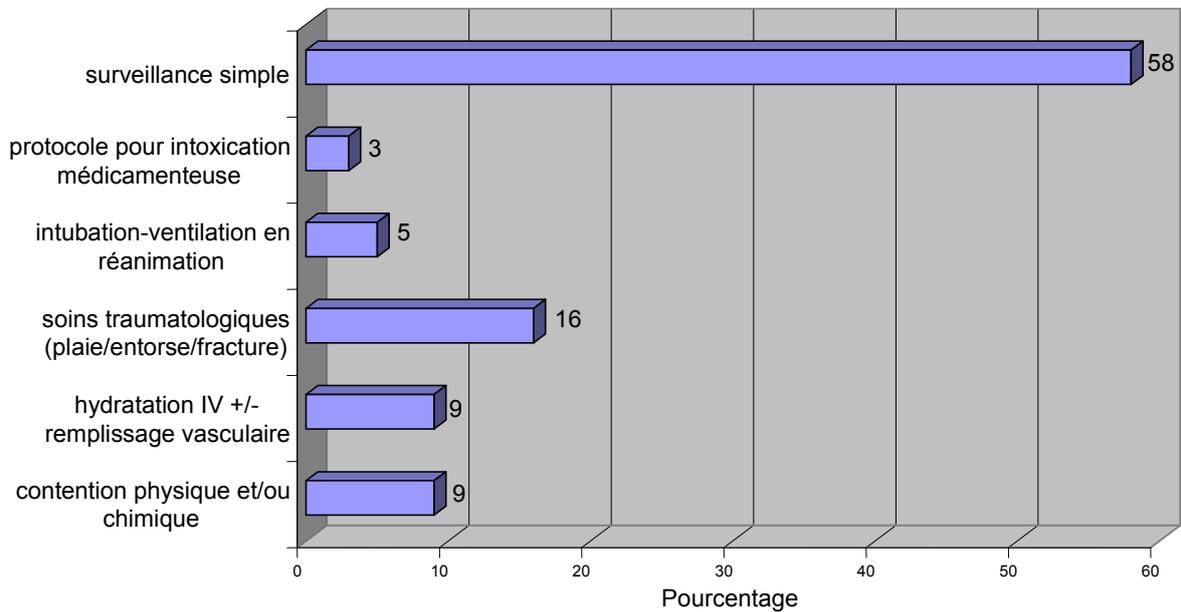


Figure 15 : Durée d'hospitalisation

6.4 Prise en charge immédiate



Hydratation IV = Hydratation intraveineuse

Figure 16 : Nature de la prise en charge immédiate

Une simple surveillance était effectuée dans plus de la moitié des cas (45).

Parmi les 5 adolescents hospitalisés en réanimation, 4 ont été intubés-ventilés. La 5ème a bénéficié d'un protocole N-acétylcystéine.

6.5 Avis psychiatrique

Trois patients avaient refusé l'avis psychiatrique demandé :

- premier cas : les coordonnées du Centre Médico Psychologique (CMP) ont été remises
- deuxième cas : une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers a été faite et l'adolescent a été transféré au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)
- troisième cas : une éducatrice était déjà en place.

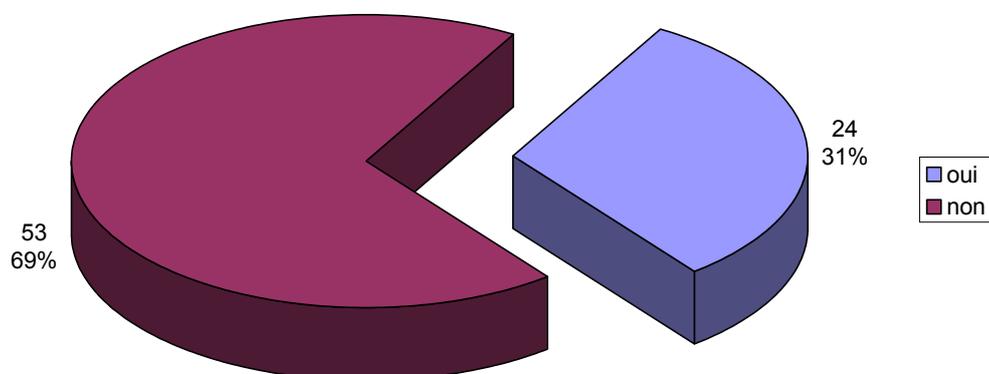


Figure 17 : Demande d'avis psychiatrique

Occasion de l'IAA	Nombre (n=77)	avis psychiatrique demandé
suicidaire	10	7
sociale	18	6
solitaire	8	4
festive	16	3
non renseigné	33	1

Tableau 7 : Nombre d'avis psychiatrique en fonction de la nature de l'occasion de l'IAA

Conduites à risques	Nombre (n=77)	Avis psychiatrique demandé
phlébotomie	1	1
tabac	5	1
cannabis	9	1
conduite en état d'ivresse ou passager d'un conducteur ivre	10	1
intoxication médicamenteuse	7	3
multiples	3	3
aucune	14	6
non renseigné	32	5

Tableau 8 : Nombre d'avis psychiatrique en fonction du type de conduites à risque

Antécédent de tentative de suicide	Nombre (n=77)	Avis psychiatrique demandé
oui	7	5
non	44	14
non renseigné	26	2

Tableau 9 : Nombre d'avis psychiatrique en fonction des antécédents de tentative de suicide

6.6 Instauration d'un suivi psychologique ou psychiatrique

	Nombre (n=21)	Pourcentage
proposition de suivi	14	67
transfert au CHS	4	19
pas de suivi proposé après avis psychiatrique	3	14
6.1 Total	21	100

Tableau 10 : Prise en charge proposée après évaluation psychiatrique

	Nombre (n=77)	Pourcentage
pas de suivi	56	73
proposition de suivi	17	22
transfert au CHS	4	5

Tableau 11 : Type du suivi psychiatrique après l'hospitalisation

Une proposition de suivi psychiatrique a été faite chez 3 patients n'ayant pas eu d'avis psychiatrique demandés, suivi proposé au CMP ou au Centre Spécialisé des Adolescents (CSA).

Deux patients déjà suivis par un psychiatre n'ont pas bénéficié d'un nouvel avis psychiatrique mais la poursuite du suivi a été encouragée.

Parmi les 4 transferts au CHS, il y avait une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers et une hospitalisation d'office.

6.7 Mode de sortie

	Nombre (n=77)	Pourcentage
retour à domicile	71	92
transfert au CHS	6	8
transfert au CHU	0	0
décès	0	0

* Centre Hospitalier Universitaire

Tableau 12 : Différents modes de sortie

Parmi les 71 patients étant retournés à domicile, 2 avaient fugué et 2 étaient sortis contre avis médical.

DISCUSSION

V- DISCUSSION

Le recours à l'hospitalisation pour intoxication alcoolique aiguë chez les adolescents est rare. En effet, dans notre étude, on relève seulement 77 cas sur deux ans alors que les données régionales issues du baromètre santé jeunes 2005 montre que 10 à 23% des adolescents en Pays de la Loire de 15 à 17 ans s'alcoolisent régulièrement et souvent de façon massive³¹. Aussi, 9% des français de 17 et 18 ans disent être ivres de façon régulière (au moins 10 fois par an)³². Le fait d'être hospitalisé est donc en soit un facteur de gravité que G.Picherot et al. avaient déjà souligné dans leur enquête prospective sur l'intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences en 2003, première étude française sur ce sujet³³. Ces hospitalisations concernent des alcoolisations inhabituelles et donc pathologiques par leur importance, le but recherché ou leurs complications. Quatre vingt onze % des adolescents ont plus de 15 ans, correspondant à l'augmentation de la prévalence de la consommation d'alcool entre 13 et 15 ans en France et aux premières ivresses qui apparaissent vers 13 ans et demi, trois mois plus tôt chez les garçons que chez les filles¹⁸.

L'avantage de notre étude est que le mode de recrutement permet d'analyser tous les dossiers d'ivresse aiguë isolée ou associée du CHD de façon quasi exhaustive et ceci malgré l'absence d'alcoolémie systématique. Ses limites sont son caractère rétrospectif qui gêne l'exploitation des données souvent non mentionnées dans les dossiers et l'absence de population témoin qui ne permet pas de dégager des facteurs de risque d'alcoolisation pathologique. Néanmoins, le taux, parfois très élevé, de données non renseignées nous instruit sur la difficulté de la prise en charge en urgence de ces IAA.

Dans notre étude, l'alcoolisation pathologique concerne deux fois plus souvent les garçons que les filles. Ce résultat est cohérent avec ce que montrent les différentes études sur le sujet : au niveau des Pays de la Loire où les ivresses massives concernent plus les garçons que les filles, mais aussi à l'échelon national, l'étude HBSC¹⁸ montre chez le garçon une alcoolisation plus jeune et une fréquence plus importante des ivresses alcooliques. Comme la consommation d'alcool, l'ivresse s'avère donc être très masculine⁵.

Par ailleurs, les conduites à risque sont plus souvent le fait des garçons avec une fréquence de décès accidentels liés à l'alcool considérablement plus élevée. Par contre, l'étude de Weinberg et al., effectuée en 2006 dans un service d'urgences en Angleterre, qui est celle qui se rapproche le plus de la nôtre³⁴, montre une proportion de garçons identique à celle des

filles. Cela peut s'expliquer par le fait que la population soit plus jeune que la nôtre (la différence entre garçons et filles s'accroît avec l'âge), et par des caractéristiques d'alcoolisation des adolescents différentes en Angleterre.

Les données sur l'environnement familial, le lieu de vie et le niveau d'enseignement sont particulièrement peu renseignées : les deux premiers dans 41 cas (53%) et le troisième dans 39 cas (51%). Ce n'est pas tant le statut familial qui est important à connaître que la relation qui existe entre l'adolescent et ses parents. En effet, un manque de communication entre eux, une relation conflictuelle ou un laxisme parental sans règles familiales définies²⁶ favorisent un comportement de consommation alcoolique précoce. A contrario, le divorce serait « protecteur ». Ceci va dans le sens du rôle primordial de l'éducation parentale et non pas de la composition familiale. Sur le plan scolaire, si on exclue la population des collégiens qui n'est pas concernée par les filières professionnalisantes, on note une plus grande fréquence des adolescents en lycée professionnel ou en apprentissage qu'en lycée général. Bien que cette supériorité ne soit pas majeure, le fait d'être dans un lycée professionnel favorise la consommation alcoolique¹⁸.

On retrouve rarement notifié la notion d'alcoolisme parental (5% des cas) ainsi que l'âge initiatique (16% des cas), facteurs de risque fondamentaux pour une consommation d'alcool précoce. Demander à un adolescent si ses parents sont alcoolodépendants n'est pas aisé dans un contexte d'urgence, pourtant tous les enfants de parents alcooliques sont concernés par une certaine vulnérabilité génétique et environnementale²⁰. Plus l'âge initiatique est précoce, plus le jeune est exposé à une consommation alcoolique régulière ou excessive. Alors que l'initiation se fait le plus souvent en famille, peu d'adolescents seront autorisés par la suite à consommer au domicile¹⁸. Mais la manière dont l'entourage accompagne les premières consommations voire les premières ivresses, est importante pour la suite du rapport de l'adolescent au produit car la consommation d'alcool qui « représente souvent un des privilèges tant désiré du monde des adultes » se trouve ainsi fortement intériorisée dès l'enfance²⁷.

Seulement 69 % des adolescents sont hospitalisés et la plupart le restent moins de 24 heures, alors que l'ANAES préconise une hospitalisation minimum de 72 heures pour permettre une surveillance somatique initiale et une évaluation médico psychosociale. Cette prise en charge recommandée se rapproche de celle des adolescents ayant fait une tentative de suicide, l'association étant souvent observée et le lien plus fort chez les garçons. En effet, l'alcool multiplie par trois le risque suicidaire chez le garçon⁹. Dans notre étude, la consommation à visée suicidaire est retrouvée dans 13% des cas, correspondant aux données

de la littérature, allant de 10 à 42% selon les études. Des antécédents de tentative de suicide sont retrouvés chez 7 adolescents (9%), 4 garçons et 3 filles.

Aucun décès n'est répertorié et peut être par le fait de transferts directs en réanimation pédiatrique dans d'autres villes (Nantes ou Angers) pour des lésions graves d'emblée. En effet, une des conduites à risque la plus meurtrière est la conduite en état d'ivresse ou être passager d'un conducteur ivre. En Pays de la Loire, la proportion d'accidents mortels dans lesquels au moins un des conducteurs a une alcoolémie au dessus du seuil légal représente 36% des cas, statistiquement plus élevé que la moyenne nationale³⁵. Le fait que la Vendée soit un département rural, impliquant la rareté des transports en commun, peut expliquer une partie de ce chiffre élevé.

Les caractéristiques de l'alcoolisation sont peu renseignées. La majorité des adolescents consomment l'alcool sur la voie publique alors qu'au niveau national ceci concerne seulement 15% des jeunes¹⁸. Ce lieu de consommation est pourtant interdit, la législation est formelle. La aussi, le fait que la Vendée soit un département rural peut expliquer ce mode de consommation. Quelques uns consomment au sein de leur établissement scolaire, la prévention en milieu scolaire prenant toute son importance. La plupart des admissions se fait en soirée ou la nuit, ce qui correspond le plus souvent à une alcoolisation vespérale, la nuit semblant légitimer les pratiques extrêmes et excessives. Elle est souvent vécue par les jeunes comme un espace social privilégié où peuvent s'exprimer les émotions, contrairement au jour plutôt caractérisé par la maîtrise de soi. La consommation nocturne s'inscrit dans la normalité du boire, alors que celui qui prend de l'alcool dans la journée est vu comme alcoolique et marginal⁹. Les admissions diurnes auraient donc un caractère inquiétant. Le type d'alcool le plus souvent rapporté correspond aux alcools forts, type gin, tequila ou vodka, cette dernière étant la boisson la plus consommée lors des IAA³⁶. Ils ont un potentiel rapide d'accès à l'ivresse. Aucun dossier ne mentionne la prise de « prémix » pourtant très courtoisés, surtout par les adolescentes, mais rarement en cause dans l'alcoolisation pathologique³⁴. Pourtant, en France, la bière et les « prémix » sont les boissons préférées des adolescents⁵. Peu d'entre eux consomment du vin, malgré notre pays viticole, considéré comme une boisson d'adulte. Et pourtant, le vin est la boisson alcoolisée la plus consommée lors de la première consommation. L'occasion est le plus souvent festive ou sociale. Mais 9% des adolescents consomment les boissons alcoolisées de façon solitaire, consommation qui se rapproche de celle dont le but est suicidaire. Ce mode de consommation doit nous mettre en alerte car signe son caractère pathologique.

L'alcoolémie est dosée dans 70% des cas. Les chiffres sont très élevés et affichent une moyenne à 1,93 g/L, pouvant dépasser 3 voire 4 g/L. Ils montrent la recherche d'une véritable défonce, déjà retrouvée dans l'étude de G.Picherot et al. Mais nos chiffres sont encore supérieurs à ceux retrouvés dans cette étude et peuvent expliquer le recours à la réanimation dans 5 cas. Le résultat de l'alcoolémie ne semble pas être pris en compte pour le type de prise en charge notamment pour la décision d'hospitalisation. On ne retrouve pas non plus de critère particulier faisant demander le dosage de l'alcoolémie qui reste médecin-dépendant, sachant que certains auteurs suggèrent l'intérêt d'une détection systématique d'alcoolémie positive aux urgences pédiatriques²².

Les conduites à risque prises au cours de l'IAA sont renseignées seulement dans 56% des cas. Ces comportements sont donc peu recherchés alors qu'ils font toute la dangerosité des alcoolisations abusives : l'alcool est associé aux trois principales causes de mortalité chez l'adolescent³⁷. Une analyse systématique des urines à la recherche de cannabis pourrait être utile pour repérer les co-consommations, caractéristiques du modèle de consommation actuel des jeunes. De plus, les jeunes consommateurs s'étant déjà enivrés ont plus de chances d'être consommateurs de cannabis (73% contre 10% pour les non consommateurs). Mais il faut savoir que le test urinaire à la recherche de cannabis certes rapide et peu coûteux, manque de spécificité et il existe de nombreux faux positifs, notamment aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Aussi, son interprétation est délicate car elle ne renseigne pas sur le moment de l'exposition allant de quelques jours pour un petit consommateur jusqu'à 2 à 3 mois pour un gros fumeur³⁸. Le test pourrait être réservé lorsqu'il persiste un doute sur une consommation non avouée lors de l'interrogatoire. Ceci nous paraît suffisant.

Les complications cliniques sont majoritairement d'ordre neurologique, présentes chez 29 adolescents. Elles nécessitent le plus souvent une simple surveillance mais 4 adolescents ont nécessité une intubation/ventilation devant la profondeur du coma. Ensuite, ce sont les lésions traumatiques qui font venir le patient aux urgences.

Les antécédents d'hospitalisations en général sont plus souvent recherchés (77% des cas) que les antécédents psychiatriques : un antécédent de tentative de suicide est recherché dans 66% des cas et celui d'un suivi psychiatrique actuel dans 68% des cas. On ne retrouve pas de critère formel faisant demander un avis psychiatrique notamment pas en fonction du but recherché de l'IAA, des antécédents de tentative de suicide ou d'un suivi psychologique ou psychiatrique actuel.

La prise d'un traitement médicamenteux est recherchée dans 2/3 des cas. Parmi eux, peu (7) d'adolescents ont un traitement à visée psychotrope. Mais l'alcool va en potentialiser

les effets et peut débuté le pas vers l'installation d'une polyconsommation, spécificité de la consommation juvénile.

**PROPOSITION DE PRISE EN
CHARGE ET REDACTION D'UN
PROTOCOLE**

VI - PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE ET REDACTION D'UN PROTOCOLE

1. Proposition de prise en charge de l'IAA de l'adolescent

Repérer un adolescent présentant un mésusage de l'alcool dans un contexte d'urgence est difficile pour l'ensemble de l'équipe soignante hospitalière qui l'accueille dans son service. Les pathologies somatiques, potentiellement graves, qui accompagnent l'IAA sont souvent au premier plan et nécessitent bien sûr une prise en charge initiale.

Ainsi et comme le recommande l'ANAES¹⁶, il est préférable de garder hospitaliser un adolescent qui présente une IAA l'ayant amené à nécessiter des soins en urgence car ce critère est d'emblée un signe de gravité. La durée d'hospitalisation sera de 48 heures minimum (72 heures selon l'ANAES), temps nécessaire et a priori suffisant dans la plupart des cas à obtenir la sobriété de l'adolescent et permettre de s'entretenir avec lui. Cette hospitalisation se fera en toute logique dans le service de pédiatrie, mieux formé à accueillir les adolescents. Elle permettra de réaliser une « coupure », un temps de réflexion afin de ne pas banaliser l'IAA auprès du jeune et également auprès de sa famille qui nie parfois une situation d'alcoolisation problématique.

Après une surveillance et un examen somatique initiaux, l'entretien du pédiatre avec l'adolescent vu seul alors qu'il est redevenu sobre, aura pour but d'effectuer une évaluation psychique et sociale afin de repérer les adolescents à risque et leur proposer une prise en charge psychologique si elle paraît nécessaire. Dans tous les cas il faudra débiter un travail de prévention car on sait que la plupart des adultes traités pour alcoolisme ont débuté leur consommation excessive avant l'âge de 20 ans⁴.

Au cours de l'entretien, le médecin, seul avec l'adolescent, recherchera les facteurs de risque de mésusage :

- un âge initiatique jeune de la consommation alcoolique
- un mode actuel de consommation à risque, notamment une consommation à caractère auto thérapeutique, solitaire, répétitive ou poly addictive (tabac, cannabis, anxiolytique, hypnotique ou autres toxiques)

- un comportement à risque lors de l'IAA, comme la consommation d'autres substances psychoactives, la conduite en état d'ivresse, des rapports sexuels non protégés ou des comportements violents

- des critères péjoratifs familiaux, à savoir un antécédent d'alcoolisme parental, une famille éclatée et une éducation permissive

- un échec scolaire

- une situation sociale précaire

- une personnalité pathologique, des troubles du comportement ou des troubles psychiatriques et en particulier un antécédent de tentative de suicide.

Le médecin peut s'aider d'un auto questionnaire rempli par le jeune avant de s'entretenir avec lui. La version française du test de dépistage CRAFFT³⁹ (cf. annexe 2), validée en 2002, est un bon instrument de repérage précoce des usages à risque et nocif de l'alcool et de la consommation d'autres substances, adapté à l'adolescent. Il comporte 7 questions à triple choix et renseigne surtout sur le comportement et les conséquences au cours et au décours de l'ingestion d'alcool plutôt que sur la fréquence des IAA et la quantité d'alcool absorbée.

Cet entretien ne se veut pas moralisateur, au contraire, il s'agit d'être empathique. Il se rapproche des interventions brèves recommandées par l'OMS auprès des adultes dont le but est d'éviter une aggravation du mésusage d'alcool et au cours duquel le médecin fournit des informations de façon objective sur la dangerosité des intoxications excessives⁴⁰.

Pour les jeunes repérés à haut risque et en particulier les garçons, P.Alvin propose de mettre l'accent non pas sur la prévention de l'initiation à l'alcool ou de sa consommation occasionnelle qui s'avère très peu efficace, mais sur les risques du passage à une consommation plus régulière et de l'ivresse²².

A propos de l'ivresse, la prévention ne consiste pas en l'abstinence complète (effet pervers de la prohibition qui favorise la transgression des interdits) mais plutôt à diminuer les seuils de consommation pour éviter les comportements à risque immédiats, parfois mortels. Au cours de cette hospitalisation, il faudra rappeler au jeune, ou parfois lui apprendre, les seuils de consommation tolérés et estimés non dangereux, au dessus desquels le risque de coma éthylique existe. On devra lui rappeler le taux d'alcoolémie légale au volant et lui expliquer qu'il est tout aussi risqué de conduire en état d'ivresse que de monter dans une voiture ou sur un scooter, dont le conducteur est alcoolisé. On lui rappellera également la nécessité d'avoir des relations sexuelles protégées dans toutes circonstances et que l'alcool

favorise le viol et tous les actes violents en général. Le but est de l'orienter vers une consommation responsable.

A propos de la consommation régulière, elle offre une porte d'entrée vers l'installation d'une véritable addiction. M. Valleur et E. Rossé la considèrent comme un sentiment subjectif d'aliénation éprouvé par le sujet dont les tentatives répétées pour réduire ou cesser la conduite sont infructueuses⁴¹. Sachant que les dépendances se constituent le plus souvent au cours ou au décours de l'adolescence et que la pathologie de l'adolescent a comme spécificité de ne pas être encore fixée, il est indispensable de débiter une thérapeutique auprès d'un adolescent consommateur régulier.

A l'issue de cet entretien, les adolescents à risque, voire pour certains, tous les adolescents, bénéficieront d'une consultation psychiatrique. La rencontre au cours de l'hospitalisation de l'équipe du CMP permettra une meilleure alliance thérapeutique pour la suite de la prise en charge si elle s'avère nécessaire. Ceux pour qui le suivi n'est pas jugé utile se verront remettre les coordonnées des différents partenaires pouvant les aider après leur sortie, tels que le CMP le plus proche, la maison départementale des adolescents ou les consultations de pédiatrie. Il faudrait élaborer un livret d'aide comportant, entre autre, ces coordonnées.

Si les parents ou le tuteur de l'adolescent mineur refusent son hospitalisation, le médecin peut s'inspirer de l'intervention ultra-brève recommandée par l'ANAES chez l'adulte¹⁶. En quelques minutes, il s'agit de donner à l'adolescent un « feedback » sur sa consommation d'alcool, lui expliquer la notion de « verre d'alcool » et les seuils recommandés en l'encourageant à rester en dessous de ces limites, le but étant toujours celui de favoriser une consommation responsable. Au mieux, le médecin hospitalier préviendra le médecin traitant pour établir une continuité des soins.

2. Proposition d'un protocole

Protocole de prise en charge d'un adolescent admis aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë (IAA)

- Une alcoolémie doit être réalisée de façon systématique devant toute IAA isolée ou associée, avérée ou suspectée, notamment lors des tentatives de suicide et des AVP surtout s'ils sont nocturnes et se déroulent le week-end.
- Tout adolescent admis pour IAA doit être hospitalisé dans un service de pédiatrie pour les mineurs et un service de médecine pour les majeurs. Ceci pour une durée minimale de 48 heures afin de permettre une évaluation médico psycho sociale et de mettre en place un suivi psychologique si nécessaire.
- S'il n'y a pas de place disponible pour une hospitalisation dans un service, si l'adolescent majeur ou si les parents ou le tuteur de l'adolescent mineur refusent cette hospitalisation, alors la version française du questionnaire CRAFFT doit être réalisée pour repérer un mésusage de l'alcool. Il est effectué auprès d'un adolescent redevenu sobre et vu seul par le médecin.

Sept questions sont posées :

- 1- Es tu déjà monté(e) dans une voiture conduite par quelqu'un qui avait trop bu ?
- 2- Utilises-tu de l'alcool pour te détendre, te sentir mieux ou pour « tenir » le coup ?
- 3- T'arrives t'il de boire de l'alcool quand tu es seul(e) ?
- 4- As-tu déjà oublié des choses que tu devais faire après avoir bu de l'alcool ?
- 5- As-tu eu des problèmes en consommant de l'alcool ?
- 6- Ta famille ou tes amis t'ont-ils dit que tu devais réduire ta consommation de boissons alcoolisées ?
- 7- As-tu déjà conduit un véhicule à 2 roues (vélo, scooter, moto, etc.) après avoir trop bu ?

La réponse se fait par souvent (> 1 fois/mois), parfois (≤ 1 fois/mois) ou jamais :

- si une réponse positive : pas de mésusage
- si deux réponses positives ou plus : mésusage

Si un mésusage de l'alcool est dépisté, il faut organiser un suivi de façon très rapprochée (dans la semaine qui suit) auprès d'une consultation en pédiatrie ou du CMP le plus proche adapté à l'âge.

Dans tous les cas, il faut encourager une consommation responsable (« feedback » sur la consommation d'alcool, rappel des seuils recommandés et de la notion de « verre d'alcool »).

Un avis psychiatrique doit être systématiquement demandé avant la sortie car le fait de nécessité des soins d'urgence au cours d'une IAA est un signe de gravité.

CONCLUSION

VII - CONCLUSION

Notre étude montre que la plupart des adolescents, surtout les garçons, ayant recours à des soins d'urgence au cours d'une intoxication alcoolique aiguë présentent un mésusage de l'alcool alors que la majorité des adolescents consommateurs d'alcool ne sont pas en danger.

Ceux qui doivent retenir notre attention sont ceux qui ont débuté jeune leur initiation à l'alcool, ceux qui associent d'autres substances psychotropes à l'alcool, ceux qui ont un mode de consommation auto-thérapeutique, anxiolytique, solitaire ou à la recherche de « défonce », ceux qui sont en échec scolaire ou dont l'environnement sociofamilial est difficile et ceux souffrant d'un trouble psychiatrique sous jacent, cause ou conséquence de l'alcoolisation.

La dangerosité réside dans le caractère massif des alcoolisations (les alcoolémies dans notre étude sont très élevées), dans les conduites à risque qui l'accompagnent, notamment les tentatives de suicide et les accidents de la route (fréquemment associés dans notre étude) et la fragilité du terrain.

Faute de recommandations clairement établies et du peu de travaux sur le sujet, les médecins prenant en charge ces adolescents se trouvent désemparés. Si bien que notre étude révèle que très peu d'adolescents en danger sont dépistés. Pour les repérer, une hospitalisation est nécessaire, conduite à tenir actuellement réalisée chez les adolescents suicidaires et ayant permis la diminution des récidives. Au cours de ce dépistage, ce n'est pas l'usage en soi qui sera remis en question mais ses processus, le but étant de favoriser une consommation responsable. La prise en charge se voudra individuelle pour connaître l'histoire propre à chaque adolescent. L'évaluation permettra d'orienter l'adolescent repéré à risque vers un suivi adapté, psychologique ou psychiatrique si nécessaire, car une des spécificités de l'adolescence est que la pathologie n'est pas encore fixée. Tout l'intérêt d'un dépistage le plus précoce possible y réside. C'est pourquoi, il paraît essentiel que le médecin traitant, qui connaît bien l'adolescent et son environnement, participe au repérage d'un mésusage de l'alcool et des autres substances psychotropes pour avoir un véritable impact sur leur mode de consommation problématique.

Les caractéristiques de consommations des jeunes sont maintenant bien établies. Une étude de cohorte pourrait nous renseigner sur l'évolution des modes de consommations et connaître les facteurs ayant permis d'arrêter une consommation abusive ou à l'inverse, ceux l'ayant aggravée. Une telle étude nous aiderait à optimiser notre prise en charge médicale.

BIBLIOGRAPHIE

VIII - BIBLIOGRAPHIE

1. INSERM. Alcool. Dommages sociaux, Abus et dépendance. Expertise collective. Paris : Inserm;2003.
2. Canarelli T, Cadet-Tairou A, Palle C. Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France. BEH thématique de l'institut de veille sanitaire 2006;34-35:252-5.
3. Campagnes de communication. Alcool. Inpes 2004.
4. Gardien F. Perspectives de prévention de l'alcoolisme chez l'adolescent. Perspectives soignantes 2007;28:122-51.
5. Beck F, Legleye S, Spilka S. Les drogues à 17 ans. Evolutions, contextes d'usages et prises de risque. Résultats de l'enquête nationale ESCAPAD 2005. Tendances 2006;49:4.
6. Arènes J, Janvrin MP, Baudier F. Baromètres santé jeune 97 / 98. Saint Denis : Inpes;2000:328.
7. Choquet M. Consommation d'alcool parmi les jeunes en France et en Europe. BEH thématique de l'institut de veille sanitaire 2006;34-35:261-4.
8. Hellandsjo Bu ET, Watten RG, Foxcroft DR, Ingebrigtsen JE, Relling G. Teenage alcohol and intoxication debut : the impact of family socialization factors, living area and participation in organized sports. Alcohol and Alcohol 2002;37(1):74-80.
9. Coslin PG. De la fête à l'abus. Dans :Huerre P, Marty F, eds. Alcool et adolescents. Paris : Albin Michel;2007. p. 19-30.
10. Sindre Hoel, Eriksen BM, Breidablik HJ, Meland E. Adolescent alcohol use, psychological health, and social integration. Scand J Public Health 2004;32:361-367.
11. Mission Interministérielle de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie. L'alcool et la loi ; Loi no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Journal Officiel 1991(10).
12. Houssin D. Alcool et santé : un bilan pour renforcer une politique de santé efficace. BEH thématique de l'institut de veille sanitaire 2006;34-35:251-2.
13. Choquet M. Les jeunes européens et l'alcool. Dans : Huerre P, Marty F, eds. Alcool et adolescents. Paris : Albin Michel;2007. p. 303-15.
14. Mahler V. Quand le marketing cible les jeunes. Dans : Huerre P, Marty F, eds. Alcool et adolescents. Paris : Albin Michel;2007. p.132-51.
15. Fecan De Kermel C. Les prémix... et après ? « Addictions » en ligne 1997(4). Anpa.

16. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique : Orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Septembre 2001.
17. Paille F. Nosographie, repérage et diagnostic des troubles de l'alcoolisation. Rev Prat. 2006;56:1061-9.
18. Vignes C, Godeau E, Monéger ML, Navarro F. Alcool. Dans : Godeau E, Grandjean H, Navarro F, eds. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children. Saint-Denis : inpes;2002. p.157-69.
19. INSERM. Consommations des élèves de collège et lycée. ESPAD. Paris : Inserm;2003.
20. Karila L, Reynaud M. Facteurs de risque et de vulnérabilité. Dans : Reynaud M, eds. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion;2007. p. 43-6.
21. Discour V. Etat des lieux des recherches. Dans : Huerre P, Marty F, eds. Alcool et adolescents. Paris : Albin Michel;2007. p. 360-378.
22. Alvin P. Les adolescents, l'alcool... et nous. Dans : Huerre P, Marty F, eds. Alcool et adolescents. Paris : Albin Michel;2007. p. 316-31.
23. Venisse JL, Grall-Bronnec M. Dans : Reynaud M, eds. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion;2007. p. 219-22.
24. Botbol M, Choquet LH, Grousset J. Alcool et transgression : des liens compliqués. Dans : Huerre P, Marty F, eds. Alcool et adolescents. Paris : Albin Michel;2007. p. 256-71.
25. Hellandsjo Bu ET, Watten RG, Foxcroft DR, Ingebrigsten JE, Relling G. Teenage alcohol and intoxication debut: the impact of family socialization factors, living area and participation in organized sports. Alcohol Alcohol. 2002;37(1):74-80.
26. Les adolescents et l'alcool: une enquête européenne? « Addictions » en ligne 1995(4). Anpaa.
27. Navarro F, Godeau E. Les collégiens et l'alcool. Dans : Huerre P, Marty F, eds. Alcool et adolescents. Paris : Albin Michel;2007. p. 205-30.
28. Zimmermann G, Rossier V, Bernard M, Cerchia F, Quartier V. Sévérité de la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents tout-venant et délinquants. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2005;53:447-52.
29. Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB, Groupe SAM. Alcool et insécurité routière : quelques enseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003. BEH thématique de l'institut de veille sanitaire 2006;34-35:258-61.

30. Allègre C. Campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens – année 1999-2000. Bulletin Officiel de l'Education Nationale 1999(33).
31. Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de Loire. Inpes 2005.
32. Beck F, Legleye S, Spilka S. Consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : une approche régionale. Exploitation de l'enquête ESCAPAD 2002/2003 en métropole et outre-mer. Tendances 2005;43:4.
33. Picherot G, Musztrak M, David V, Dufilhol-Dréno L, Alvin P, Armengaud D et al. Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences : enquête prospective multicentrique. Arch Pediatr. 2003;10 Suppl 1:140s-142s.
34. Weinberg L, Wyatt JP. Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication. Emerg Med J. 2006;23:774-6.
35. Accidents de la circulation. Dans : Observatoire régional de santé des Pays de la Loire, eds. La santé observée dans les pays de la Loire. Nantes : ORS;2007. p110.
36. Mahler V. Quand le marketing cible les jeunes. Dans : Huerre P, Marty F, eds. Alcool et adolescents. Paris : Albin Michel;2007. p. 132-51.
37. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviours among high school students. Pediatrics. 2007;119(1):76-85.
38. Pham P, Debuire B. Dans : Reynaud M, eds. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion;2007 p. 517-19.
39. Picard V, Reynaud M, Gerbaud L, Clément G, Perthuis I. L'alcool chez les adolescents : validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. Rev Prat-Med gen 2002;16(570):1-5.
40. Schwan R. Dans : Reynaud M, eds. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion;2007 p. 387-90.
41. Valleur M, Rossé E. Dans : Huerre P, Marty F, eds. Alcool et adolescents. Paris : Albin Michel;2007. p. 346-359.

ANNEXES

Annexe 1

N° Patient :

Date d'admission :

Heure d'admission :

Service ayant assuré la prise en charge :

Passage par les Urgences : oui non

Date de sortie : Mode de sortie : Transfert CHU

CHS

Retour domicile

Décès

Etat Civil :

Date de naissance :

Age :

Sexe : F

M

Environnement :

Habitat : Rural

Urbain

Profession du père :

NC

Profession de la mère :

NC

Statut familial :

Parents en couple

Famille recomposée

Famille monoparentale

Père et/ou mère décédés

Père et/ou mère en prison

Parents séparés

NC

Lieu de vie :

Famille

Foyer

Famille d'accueil

Internat

Autre

NC

Préciser :

ATCD d'alcoolisme parental : oui

non

NC

si oui :

père

mère

les deux

Niveau d'étude :

Ecole primaire

Collège

Lycée

Lycée professionnel

Apprentissage

Etudes supérieures

Autre

NC

Préciser :

Antécédents personnels :

ATCD d'hospitalisation : oui non NC si oui motif :

Age 1^{ère} alcoolisation : <12 ans 12-15 15-18 Episode actuel
NC

Conduites à risque : tabac
(au moment de Cannabis
l'alcoolisation Autres toxiques : Préciser :
actuelle) Rapports sexuels non protégés
Conduite en état d'ivresse
Rapports sexuels sous alcool
Autre Préciser :
NC

ATCD psychiatriques : Suivi psy oui non NC
ATCD Tentative de suicide oui non NC

Traitement médicamenteux : oui non NC

Circonstances de l'alcoolisation :

Lieu : NC

Horaire : matin après midi soirée nuit NC

Mode d'accès aux boissons alcoolisées : NC

Occasion : TS festive sociale solitaire NC

Alcools consommés : NC

Quantité : NC

Complications liées à l'intoxication :

Examen clinique d'entrée :
Alcoolémie :
Nature de la prise en charge :
Hospitalisation : oui non si oui, durée (jours) :
Avis psy demandé : oui non NC

Prise en charge ultérieure :

Consultation spécialisée : NC
Suivi Psy : NC

Annexe 2

“CRAFFT” traduit en Français et modifié

1. Es-tu déjà monté(e) dans une voiture conduite par quelqu'un qui avait trop bu ?
2. Utilises-tu de l'alcool pour te détendre, te sentir mieux ou pour « tenir le coup » ?
3. T'arrive-t-il de boire de l'alcool quand tu es seul(e) ?
4. As-tu déjà oublié des choses que tu devais faire après avoir bu de l'alcool ?
5. As-tu eu des problèmes en consommant de l'alcool ?
6. Ta famille ou tes amis t'ont-ils dit que tu devrais réduire ta consommation de boissons alcoolisées ?
7. As-tu déjà conduit un véhicule à deux roues (vélo, scooter, moto, etc...) après avoir trop bu ?

Les réponses se font en souvent/ parfois/ jamais.

Deux réponses positives indiquent un usage nocif de l'alcool.

NOM : ROBERT

PRENOM : Mathilde

Titre de Thèse :

INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUE CHEZ L'ADOLESCENT
Enquête rétrospective au Centre Hospitalier Départemental de Vendée

RESUME

Objectifs : Le but de notre travail était de connaître les caractéristiques des adolescents hospitalisés au décours d'une alcoolisation aiguë, les complications qu'elle entraîne et la prise en charge réalisée.

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective sur 2 ans chez des adolescents âgés de 12 à 18 ans inclus, hospitalisés pour intoxication alcoolique aiguë, isolée ou associée à d'autres problèmes médicaux. Soixante dix sept dossiers ont été étudiés.

Résultats : L'étude montrait une alcoolémie moyenne à 1,93 g/L, une prise de risque dans 56% des cas, des complications neurologiques dans 77% des cas, un antécédent de tentative de suicide dans 9% des cas et un suivi psychiatrique déjà instauré dans 14% des cas. Le temps d'hospitalisation était inférieur à 24 heures dans 79% des cas. Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la demande d'avis psychiatrique et l'occasion de l'alcoolisation, le type de conduite à risque ou les antécédents de tentatives de suicide.

Conclusion : La plupart des adolescents nécessitant des soins en urgence au cours d'une alcoolisation aiguë présentent un mésusage de l'alcool. La dangerosité réside dans le caractère massif de l'alcoolisation, les conduites à risque qui l'accompagne et l'existence d'un terrain fragile sous-jacent. Une évaluation médico-psychosociale est nécessaire pour instaurer un éventuel suivi psychologique ou psychiatrique.

MOTS-CLES

Adolescent

Alcool

Urgences

Risque