

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I
FACULTE DE MEDECINE LYON EST

ANNEE 2011 n°

PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE
DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL CHEZ LES
ADOLESCENTS : FACTEURS FACILITANTS ET
FREINANTS, REPRESENTATIONS

ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS
DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET D'ADOLESCENTS

THESE

présentée
à l'Université Claude Bernard – Lyon I
et soutenue publiquement le **20 octobre 2011**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par
Cécile EVANGELISTA, née le 2 avril 1982 à Bron (69)
Stéphanie MANGEANT, née le 18 janvier 1983 au Mans (72)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	Alain BONMARTIN
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Gilles GAY

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Directeur : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Directeur : François-Noël GILLY
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : François LOCHER
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : François GIERES
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
INSTITUT DES SCIENCES ET DES TECHNIQUES DE L'INGENIEUR DE LYON (ISTIL)	Directeur : Joseph LIETO
I.U.T. A	Directeur : Christian COULET
I.U.T. B	Directeur : Roger LAMARTINE
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Jean-Claude AUGROS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est Claude Bernard

Liste des Enseignants

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Baulieux	Jacques	Chirurgie générale (surnombre)
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie – hépatologie (surnombre)
Confavreux	Christian	Neurologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Floret	Daniel	Pédiatrie (surnombre)
Froment	Jean-Claude	Radiologie et imagerie médicale (surnombre)
Mauguière	François	Neurologie
Peyramond	Dominique	Maladies infectieuses – maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie-radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie
Sindou	Marc	Neurochirurgie (surnombre)
Tissot	Etienne	Chirurgie générale (surnombre)
Trepo	Christian	Gastroentérologie – hépatologie (surnombre)

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Cordier	Jean-François	Pneumologie
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecin d'urgence (surnombre)
Robert	Dominique	Réanimation ; médecine d'urgence (surnombre)
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Bastien	Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Baverel	Gabriel	Physiologie
Beaune	Jacques	Cardiologie (surnombre)
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile (surnombre)
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie-radiothérapie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Boisson	Dominique	Médecine physique et de réadaptation (surnombre)
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Boulez	Jean	Chirurgie générale
Bozio	André	Cardiologie (surnombre)
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé (surnombre)
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes

Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Derumeaux	Geneviève	Physiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Durieu	Isabelle	Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement
Finet	Gérard	Cardiologie
Fouque	Denis	Néphrologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Jegaden	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Kohler	Rémy	Chirurgie infantile
Laville	Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Leriche	Albert	Urologie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Madjar	Jean-Jacques	Biologie cellulaire
Martin	Ambroise	Nutrition
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Ninet	Jacques	Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Perrin	Gilles	Neurochirurgie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie - hépatologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie-radiothérapie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Scoazec	Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Thomas	Gilles	Génétique
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trouillas	Paul	Neurologie (surnombre)
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Vallée	Bernard	Anatomie
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Viale	Jean-Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie - hépatologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique - brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Calender	Alain	Génétique
Chapet	Olivier	Cancérologie-radiothérapie
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Chotel	Franck	Chirurgie infantile
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie
Cotton	François	Anatomie
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Dubernard	Gilles	Gynécologie
Dumontet	Charles	Hématologie-transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie - hépatologie
Ederly	Charles	Génétique
Elchardus	Jean-Marc	Médecine légale et droit de la santé
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie
Froehlich	Patrick	Oto-rhino-laryngologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	Francois	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Mabrut	Jean Yves	Chirurgie générale
Mathevet	Patrice	Gynécologie
Merle	Philippe	Gastroentérologie - hépatologie
Michallet	Mauricette	Hématologie
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie-radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stephane	Parasitologie et mycologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale

Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott	Anne Marie	Epidémiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie - hépatologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie-transfusion

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Bouvier	Raymonde	Anatomie et cytologie pathologiques
Bui-Xuan	Bernard	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Frappart	Lucien	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa	Aoumeur	Physiologie
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lièvre	Michel	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Sabatini	Jean	Médecine légale et droit de la santé
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses – maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Billotey	Claire	Biophysique et médecine nucléaire
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca	Giampiero	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Cellier	Colette	Anatomie et cytologie pathologiques
Chevallier-Queyron	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Cozon	Gregoire	Immunologie
Croisille	Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Francina	Alain	Biochimie et biologie moléculaire
Franco-Gillioen	Patricia	Physiologie
Genot	Alain	Biochimie et biologie moléculaire
Gonzalo	Philippe	Biochimie et biologie moléculaire
Hervieu	Valerie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lasset	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent	Frederic	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière

Lesca	Gaetan	Génétique
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Peretti	Noel	Nutrition
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Pondarre	Corinne	Pédiatrie
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rigal	Dominique	Hématologie-transfusion
Ritouet	Danielle	Hématologie-transfusion
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy-Guidollet	Veronique	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Conquère de Monbrison	Frédérique	Parasitologie et mycologie
Dargaud	Yesim	Hématologie-transfusion
Doret	Muriel	Gynécologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Richard	Jean Christophe	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
Roman	Sabine	Physiologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Seconde classe - Stagiaires

Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeurs associés de Médecine Générale

Moreau	Alain
Souweine	Gilbert

Maîtres de Conférence associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Laine	Xavier
Zerbib	Yves
Letrillard	Laurent

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

COMPOSITION DU JURY

Madame la Professeure Christiane BROUSSOLLE, Présidente du jury

Monsieur le Professeur Jean-Marc ELCHARDUS

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB, Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Christian DUPRAZ

REMERCIEMENTS COMMUNS

A notre Présidente du Jury,

Madame la Professeure Christiane BROUSSOLLE,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury et de juger notre travail. Nous vous prions de croire en notre plus grande reconnaissance et en notre profond respect.

À nos juges,

Monsieur le Professeur Jean-Marc ELCHARDUS,

Sans nous connaître, vous nous avez fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. Nous tenons à vous en remercier.

Nous vous témoignons notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Christian DUPRAZ,

À travers la journée d'étude que vous organisez, vous nous avez sensibilisées aux risques auxquels les adolescents sont exposés. Vous nous avez enseigné comment les aborder, et dans quel intérêt. Nous vous remercions d'accepter aujourd'hui de juger ce travail.

À notre Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Nous vous avons toutes les deux rencontré lorsque nous étions encore externes en troisième année. En nous ouvrant la porte de votre cabinet, vous nous avez fait partager votre métier comme une passion, qui nous a instantanément gagnées. L'humanité avec laquelle vous exercez est pour nous un modèle. Que ces quelques mots soient un signe de notre profonde estime.

Nous vous remercions pour votre soutien et vos précieux conseils au cours de ces études et de la réalisation de ce travail.

À Mme le Dr Evelyne Lasserre

Pour son aide dans la réalisation de nos guides d'entretiens.

Aux infirmières des lycées,

Pour leur aide et l'intérêt qu'elles ont porté à notre travail.

À tous les médecins et aux adolescents ayant participé à cette étude.

REMERCIEMENTS DE CÉCILE

À Mme la Professeure BROUSOLE,

J'ai eu la chance et le plaisir d'être votre interne et j'ai pu ainsi beaucoup apprendre à votre contact dans une ambiance studieuse et agréable,

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Au Dr SINTES,

Mon tuteur et maître de stage qui a souvent été présent et m'a beaucoup appris. Il est un modèle pour la médecine générale de par ses connaissances, son professionnalisme et son dévouement au patient.

Au Dr RANC,

Pour sa disponibilité, pour tout ce qu'elle m'a appris et transmis, toujours avec le sourire. Pour son accueil dans sa famille si chaleureuse. Merci de m'avoir montré que la médecine générale rime aussi avec une vie de famille épanouie !

Au Dr MICOLLE, au Dr ESTANOVE, au Dr BOUZON, au Dr FACHIN,

Pour leur soutien et leur disponibilité.

Au Pr SEVE, au Dr CHARRON au Dr LESCANFF, au Dr LEROUX et à l'équipe médicale du service de médecine interne,

Pour toutes les connaissances qu'ils m'ont apportées et aussi pour leur bonne humeur si réconfortante au travail.

Au Dr REBUFFAT, au Dr MILLION, au Dr LANDREAU et à toute l'équipe du service de cardiologie de l'hôpital de Montélimar,

Pour leur accueil chaleureux et tout ce que j'ai appris à leurs côtés.

À Simon,

Pour son soutien de tous les instants, sa disponibilité et ses encouragements.

À Gaspard,

Pour le bonheur qu'il a apporté dans notre vie.

À mes parents,

Pour tout ce qu'ils m'ont fait découvrir, toutes les valeurs qu'ils m'ont transmises. Pour leur disponibilité et leur soutien tout au long de mes études. Un remerciement particulier à ma mère pour son aide régulière dans mes différents travaux et pour son riz cantonnais !

À Camille, Jérémie, Emilie, Richard, Anna et Eline,

Pour notre complicité et pour tous les beaux moments passés ensemble et tous ceux à venir.

À mes grands-parents,

Pour leur soutien et particulièrement à ma mamie pour notre complicité.

À ma belle-famille,

Je n'en aurais pas choisi une autre ! Merci pour votre accueil et votre bonne humeur !

À ma famille de cœur : Pierrot, Marie, Mathieu, Benoît, Sylvain et Perrine,

Pour tous les beaux souvenirs...

À Yolaine, Stéphanie, Clément, Yann, Mina et Cleïla,

Pour « Simon », leur amitié inestimable, leur soutien à toute heure (!) et les souvenirs parfois mauvais, mais le plus souvent merveilleux ! En espérant qu'il y en ait encore de très nombreux... Merci à Yann pour son aide importante.

À toute ma famille et mes amis : Caro, Martine, la « Madateam », Véro, Léo, Reno, « Mauds »... et tous ceux que j'ai pu oublier...

Pour tout ce que nous avons partagé...

REMERCIEMENTS DE STÉPHANIE

Au Professeur DUBOIS, au Dr RONZIERE, au Dr REBEILLE BORGELLA,

Pour leur accueil, leur disponibilité et leurs conseils qui me permettent depuis 6 mois d'exercer en autonomie dans leur cabinet.

Au Dr JAUFFRET et au Dr LAMBERT,

Qui m'ont fait partager avec gentillesse pendant 6 mois leur quotidien, et m'ont donné de solides bases pour exercer le métier de médecin généraliste.

Au Docteur BELLEMIN et Dr REIGNER, et à tout le personnel des crèches de Lyon 8^{ème},

Pour m'avoir accueillie pendant 6 mois dans les services de la Direction de l'Enfance. Au fil des journées en crèche, j'ai pu découvrir la diversité de la prévention chez l'enfant. Une expérience qui marquera ma pratique à jamais.

Au Dr TERRIER et Dr WALTER, ainsi qu'à toute l'équipe et aux enfants de l'Institut Médico-Psychologique de Vaugneray,

Pour leur accueil chaleureux et cette découverte du handicap à travers ses défis et ses richesses.

À toute l'équipe médicale et paramédicale du Centre Hospitalier Pierre Oudot de Bourgoin-Jallieu,

Pour m'avoir fait apprécier le travail à l'hôpital, pour m'avoir appris tant de choses et pour tous les bons moments passés ensemble.

À Yann et Cleïla,

Pour leur amour et leur patience. Aucun mot ne pourra exprimer toute ma gratitude et mon affection, seul l'avenir me permettra de vous choyer autant que vous le méritez.

À toi, mon petit bébé qui grandit dans mon ventre,

Que tu as de la chance de ne pas voir ta maman préparer sa thèse !

À mes parents,

Toutes les valeurs et passions que vous m'avez transmises sont gravées en moi et m'aident chaque jour à faire les bons choix. Votre aide, votre disponibilité et votre soutien m'ont permis d'accéder à la réalisation de mes rêves. Un merci très spécial pour toi, Maman, mon institutrice préférée, pour ton aide, tes corrections, et tes bons petits plats.

À Bérengère et Pauline,

Pour tous les bons souvenirs depuis notre plus tendre enfance, et tous ceux à venir... Nos liens si précieux sont pour chacune un moteur. Pas étonnant qu'on n'arrive pas toujours à nous suivre !

À Xavier,

Pour sa gentillesse, son soutien, sa précision dans la confection des menus de mariage.

À toute ma belle-famille,

Pour tout leur amour, leur soutien et les moments partagés ensemble depuis 10 ans. J'essaierai d'être à la hauteur du titre de « Dr Crenne » !

À mes grands-mères,

Le temps passé ensemble est toujours trop court, mais si précieux.

À toute ma famille, les Normands et les exilés,

Qu'il serait trop laborieux de citer ici ...

À Alexandra, Vincent et Augustine, Linda et Mathieu, Marie, Christophe et Charlie,

Pour notre amitié si précieuse et tous nos souvenirs ardéchois en commun.

À Cécile, Simon et Gaspard,

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde amitié. Après tant d'heures à travailler ensemble, il ne nous manquerait qu'un cabinet en commun !

À Yolaine, Clément, Mina, Maud, Greg, Elwyne, Léonie, Renaud et Tilla, Caroline, Julia, la grande Maud, Pierre, Lilia, Margaux, Émilie et sa petite famille,

Pour notre amitié, nos voyages, tous ces bons moments passés ensemble à Lyon, au Niger, à Rennes, en Ardèche, en Lozère, en Bretagne, aux Sables d'Olonne, au ski ou à l'Ile Maurice, ces souvenirs fous et tous ceux à venir.

TABLE DES MATIÈRES

Table des Matières	1
Table des Illustrations	6
Abréviations	7
Introduction	8
A Justificatif de l'étude.....	11
A.I. L'alcool en France	11
A.I.1. Place dans la société.....	11
A.I.1.a. Le poids économique	11
A.I.1.b. L'importance culturelle et sociale.....	12
A.I.1.c. La stigmatisation de « l'alcoolique »	13
A.I.2. Cadre législatif (17), (18).....	14
A.I.2.a. Publicité	14
A.I.2.b. Vente	14
A.I.2.c. Conduite de véhicules	14
A.I.2.d. Ivresse publique	14
A.I.2.e. Protection des mineurs.....	15
A.I.3. L'avis des autorités sanitaires (19), (20).....	15
A.I.3.a. L'OMS (22)	15
A.I.3.b. La direction générale de la santé (19).....	15
A.I.3.c. Plan ministériel « Addiction » (23).....	15
A.I.3.d. Plan gouvernemental (24), (25)	16
A.I.3.e. Les états généraux de l'alcool (26), (27).....	16
A.I.3.f. Une polémique autour des recommandations de la DGS et l'INCa	17
A.I.4. L'avis de l'OMS (29)	18
A.I.5. Définitions des différentes consommations	20
A.I.5.a. Les définitions de la SFA (31)	20
A.I.5.b. Les consommations pathologiques selon les critères DSM-IV	21
A.I.6. Synthèse	24
A.II. Les jeunes et l'alcool	25
A.II.1. Les particularités de l'adolescence.....	25
A.II.1.a. Quelques définitions	25

A.II.1.b.	Les étapes de l'adolescence	25
A.II.1.c.	La place de l'alcool dans le processus de l'adolescence.....	26
A.II.2.	Les consommations des jeunes et leurs dangers	27
A.II.2.a.	« Binge drinking »	27
A.II.2.b.	« Prémix » ou « alcopops » (5), (37), (38), (39)	28
A.II.2.c.	Boissons énergisantes	29
A.II.2.d.	Nouvelles modalités de consommation (40), (41), (42)	29
A.II.3.	Boire trop ?	31
A.II.3.a.	Les différents consommateurs	31
A.II.3.b.	Quelle norme ?	31
A.II.3.c.	Les consommations à risque	32
A.II.4.	Synthèse	35
A.III.	Épidémiologie (47), (48), (49), (50), (51), (52)	36
A.III.1.	État des consommations chez les adolescents français.....	36
A.III.1.a.	L'initiation	37
A.III.1.b.	La fréquence des consommations	37
A.III.1.c.	Ivresses.....	38
A.III.1.d.	« Binge drinking »	39
A.III.1.e.	Abus et dépendance	39
A.III.1.f.	Motif de consommation (8), (50).....	40
A.III.2.	Évolution	40
A.III.2.a.	Initiation.....	40
A.III.2.b.	Consommations	40
A.III.2.c.	Ivresses.....	41
A.III.2.d.	« Binge drinking »	41
A.III.3.	L'état des consommations des adolescents étrangers.....	41
A.III.3.a.	Usage régulier	42
A.III.3.b.	Ivresses.....	42
A.III.3.c.	Conscience des risques	43
A.III.4.	La consommation des adultes.....	43
A.III.4.a.	Les différences selon l'âge.....	44
A.III.4.b.	« Binge drinking »	44
A.III.4.c.	Alcoolodépendance.....	45

A.III.5.	Synthèse.....	46
A.IV.	Les facteurs de risque des consommations inappropriées	47
A.IV.1.	Facteurs personnels.....	47
A.IV.1.a.	Personnalité.....	47
A.IV.1.b.	Tempérament	47
A.IV.1.c.	Troubles du comportement	48
A.IV.1.d.	Troubles psychiques et psychiatriques	48
A.IV.1.e.	Événements traumatisants.....	48
A.IV.2.	Facteurs familiaux (63), (65).....	49
A.IV.2.a.	Fonctionnement familial	49
A.IV.2.b.	Consommations parentales	49
A.IV.2.c.	Attitudes face aux consommations des enfants	50
A.IV.2.d.	Facteurs biologiques (63)	50
A.IV.3.	Facteurs socio-économiques et culturels	50
A.IV.3.a.	Milieu socioculturel	50
A.IV.3.b.	Marketing et publicité.....	51
A.IV.3.c.	L'absence de scolarisation	51
A.IV.3.d.	Le rôle des pairs.....	51
A.IV.4.	Modalités des consommations.....	52
A.V.	Les risques des consommations	52
A.V.1.	Les risques médicaux des consommations ponctuelles.....	53
A.V.1.a.	Ivresses pathologiques	53
A.V.1.b.	Accidents de la voie publique et traumatismes (68), (69).....	53
A.V.1.c.	Conduites suicidaires	55
A.V.1.d.	Violences physiques et sexuelles	55
A.V.1.e.	Conduites sexuelles à risque	56
A.V.2.	Les risques des consommations chroniques (76, p.188-197).....	56
A.V.2.a.	Complications neurologiques (77).....	57
A.V.2.b.	Complications gastro-entérologiques.....	57
A.V.2.c.	Complications psychiatriques (72)	57
A.V.2.d.	Autres complications	58
A.V.3.	Grossesse et alcool	58
A.V.4.	Les autres risques	60

A.V.4.a.	Risques sociaux, scolaires, professionnels.....	60
A.V.4.b.	Risques judiciaires	60
A.V.5.	Synthèse	61
A.VI.	Outils disponibles pour les professionnels de santé.....	62
A.VI.1.	La prévention.....	62
A.VI.1.a.	Action de prévention en France et information au public	62
A.VI.1.b.	Facteurs d'efficacité	63
A.VI.2.	Dépistage	63
A.VI.2.a.	Questionnaire CRAFFT/ADOSPA (86).....	64
A.VI.2.b.	Questionnaire DEP-ADO (88)	64
A.VI.3.	Prise en charge, outils d'intervention	65
A.VI.3.a.	Le conseil simple	65
A.VI.3.b.	L'intervention brève	66
A.VI.3.c.	L'évaluation de la motivation et le cycle de Proschaska (33, p.165-168)..	68
A.VI.3.d.	L'entretien motivationnel	69
A.VI.3.e.	Les techniques cognitivo-comportementales (33, p.170-171, p.175-177) .	70
A.VI.3.f.	Les spécificités de prise en charge des adolescents (33, p.195-196), (91) .	71
A.VI.4.	Synthèse.....	73
B	Étude	75
B.I.	Matériel et Méthodes	75
B.I.1.	Justification de l'étude	75
B.I.1.a.	Pertinence du sujet	75
B.I.1.b.	Objectifs de l'étude	76
B.I.2.	Type d'étude.....	76
B.I.3.	Description et déroulement de notre étude.....	80
B.I.3.a.	3. 1 Élaboration des guides d'entretien.....	80
B.I.3.b.	3. 2. Recrutement des participants	80
B.I.3.c.	Déroulement des entretiens :.....	81
B.I.3.d.	Fin des entretiens	82
B.I.4.	Méthodologie d'analyse des données.....	82
B.I.4.a.	Première phase : Transcription	82
B.I.4.b.	Seconde phase : Élaboration d'une grille thématique d'analyse.....	83
B.I.4.c.	Troisième phase : Analyse des éléments du discours	83

B.II.	Résultats.....	83
B.II.1.	Données sociodémographiques et générales des entretiens (cf. Annexe 10).....	83
B.II.1.a.	Avec les médecins.....	83
B.II.1.b.	Avec les adolescents	85
B.II.2.	Résultats par thème	88
B.II.2.a.	Place de l'alcool dans la société.....	88
B.II.2.b.	La consommation d'alcool chez les adultes.....	93
B.II.2.c.	Les particularités de l'adolescence	103
B.II.2.d.	La consommation d'alcool chez les adolescents.....	108
B.II.2.e.	La prévention, la prise en charge et la place du médecin généraliste	126
B.II.2.f.	Spécificités	145
B.III.	Analyse et discussion	151
B.III.1.	Analyse et discussion par thème.....	151
B.III.1.a.	Place de l'alcool dans la société.....	151
B.III.1.b.	La consommation d'alcool chez les adultes.....	153
B.III.1.c.	Les particularités de l'adolescence	157
B.III.1.d.	La consommation d'alcool chez les adolescents.....	161
B.III.1.e.	La prévention, la prise en charge et la place du médecin généraliste	175
B.III.2.	Biais	184
B.III.2.a.	Les biais liés à l'enquêteur et à l'enquêté	184
B.III.2.b.	Biais liés à notre questionnaire	185
B.III.2.c.	Les biais liés à la réalisation de l'enquête.....	185
B.III.3.	Proposition de méthodes de prévention pour le médecin en soin primaire ..	186
B.III.3.a.	Propositions générales	186
B.III.3.b.	Propositions pour la pratique professionnelle du médecin généraliste	187
B.III.3.c.	Pistes de guidance parentale	189
	Conclusion.....	191
	Bibliographie.....	194
	Annexes	202

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Équivalence des unités d'alcool.....	19
Figure 2 : Consommation moyenne estimée en nombre de verres par mois chez les 13-24 ans	37
Figure 3 : Pourcentage des jeunes ayant expérimenté au moins une ivresse dans leur vie.....	38
Figure 4 : Caractéristique des consommations en pourcentage des jeunes de 13 à 24 ans.....	39
Figure 5 : L'usage régulier de l'alcool chez les jeunes de 16 ans (60)	42
Figure 6 : Pourcentage des jeunes de 16 ans ayant présenté plus de 10 ivresses au cours de l'année (60)	43
Figure 7 : Consommation déclarée de boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois suivant l'âge, en pourcentage, chez les hommes (13, p.3).....	44
Figure 8 : Consommation d'au moins 6 verres au cours d'une même occasion, au cours des 12 derniers mois suivant l'âge, en pourcentage, chez les hommes	45
Figure 9 : Cycle de Proschaska	68
Figure 10 : Répartition de l'âge des médecins interviewés.....	83
Figure 11 : Répartition du nombre d'années d'installation des médecins interviewés.....	84
Figure 12 : Répartition des lieux d'exercice des médecins interviewés	85
Figure 13 : Répartition de l'âge des jeunes interviewés.....	85
Figure 14 : Zone d'habitation des jeunes interviewés	86
Figure 15 : Filières d'études des jeunes interviewés	86
Figure 16 : Catégorie socio-professionnelle des parents des jeunes interviewés.....	87

ABRÉVIATIONS

Sigle	Signification
DEP-ADO	Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes
DGS	Direction Générale de la Santé
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual- Revision 4
HAS	Haute Autorité de Santé
INCa	Institut National du Cancer
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut National de Veille Sanitaire
IREB	Institut de Recherche Scientifique sur les Boissons
Mildt	Mission interministérielle de Lutte contre la drogue et la toxicomanie
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RISQ	Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives. Québec
SFA	Société Française d'Alcoologie

INTRODUCTION

La prévention de la consommation excessive d'alcool est un des grands enjeux de santé publique.

Malgré diverses campagnes de prévention, on estime à 45 000 le nombre total de décès attribuables à l'alcool, ce qui en fait la seconde cause de mortalité évitable dans notre pays (après le tabac). En moyenne, la consommation excessive d'alcool est à l'origine de 16 % des décès masculins et de 3 % des décès féminins. La France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool en Europe : elle représente 8 % des décès en France (1, p.17), qui est 30 % supérieure à la moyenne européenne. C'est la première cause de mortalité, tous âges confondus, la nuit et le week-end. L'alcool est le premier facteur d'accident en France, il en est la cause dans 26 % des accidents mortels. (2)

Les adolescents et jeunes adultes sont au cœur des récentes campagnes de sensibilisation. En effet, l'OMS vient d'annoncer que près de 4 % des décès mondiaux sont liés à l'alcool. Et chez les jeunes, âgés de 15 à 29 ans, ce taux grimpe jusqu'à 9 %. (3) En France, les accidents de la route constituent la première cause de mortalité chez les 15-24 ans, et l'alcool est le premier facteur responsable de cette situation dramatique. 23 jeunes sont tués sur la route chaque semaine, près de 1 250 par an, sans compter les milliers de blessés graves (4), (5).

Bien que l'usage d'alcool par les adolescents soit resté stable sur les 10 dernières années, le nombre des ivresses ainsi que la consommation régulière ont augmenté : en 2007, près d'un tiers des adolescents de 16 ans déclare avoir été ivre au cours de l'année écoulée et 13 % consomment régulièrement (au moins dix fois au cours des 30 derniers jours) (6), (7), (8). Ces modalités de consommation, avec notamment le phénomène de « binge drinking » (boire plus de 6 verres en une seule occasion), présentent des risques de passage vers la dépendance et exposent plus fortement les jeunes aux accidents, à la violence, aux rapports sexuels non protégés. Entre 2004 et 2008, les hospitalisations pour ivresse chez les adolescents et les moins de 24 ans ont augmenté de 50 % (9).

D'après plusieurs études, les consommateurs à risque représenteraient environ 20 % de la patientèle des médecins généralistes (10), (11). Le médecin généraliste est un intervenant privilégié en matière de santé. Son rôle est central au niveau du système de soin et en particulier dans la prévention et le dépistage des problèmes, à tous les âges. À ce jour, aucune donnée ne démontre que le repérage systématique d'une conduite d'alcoolisation

problématique provoque chez les patients des réactions négatives telles que gêne ou mécontentement, contrairement à ce que peuvent penser certains praticiens (12, p.7).

Les médecins généralistes reçoivent les adolescents au moins une fois par an (vaccination, certificat de non-contre-indication à la pratique du sport, non-contagiosité pour le travail, viroses, traumatisme...). Cependant, le dépistage de la consommation inappropriée d'alcool est rarement fait. Toutes les études, enquêtes ou thèses réalisées sur le sujet montrent qu'ils questionnent peu ou pas les jeunes sur leurs consommations et utilisent peu les tests de dépistage.

On peut donc supposer que les médecins généralistes ont des difficultés à évaluer et prendre en charge les consommations inappropriées chez les jeunes.

Devant ce constat, nous nous sommes interrogées sur les raisons de ce décalage entre les chiffres accablants des dégâts de l'alcool et les pratiques professionnelles. Quels sont les obstacles et difficultés rencontrés par le médecin généraliste dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des consommations inappropriées d'alcool chez les jeunes ?

Du côté des médecins, les hypothèses sont les suivantes :

- le sentiment d'incapacité, de manque de formation
- Le manque de temps
- la crainte d'une réaction négative de la part du patient, la peur de perdre ses patients
- le sentiment que les jeunes ne seraient pas honnêtes dans leurs réponses
- l'impression que le changement attendu pour le patient serait long et ne serait pas forcément accompagné de réussite : ingratitude du travail, investissement important sans être sûr de la réussite
- le sentiment de s'immiscer dans les problèmes personnels du patient
- la mauvaise perception du problème
- la propre attitude du médecin vis-à-vis de la consommation d'alcool qui peut le conduire à minimiser les problèmes...

Du côté des jeunes, plusieurs hypothèses seraient à explorer :

- Le désintérêt du sujet
- La banalisation de l'alcool et de sa consommation
- la perception inexacte des dangers encourus
- le refus et la transgression des règles, principes inhérents à l'adolescence

- la méfiance envers le médecin : la crainte du jugement et du non-respect du secret médical avec les parents
- le propre vécu du patient : un biais dans l'estimation de sa consommation

Mais il ne s'agit que d'hypothèses qui méritent d'être abordées avec les principaux intéressés. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les facteurs entravant et favorisant les discussions autour de l'alcool afin d'améliorer les pratiques actuelles. L'intérêt est de donner ensuite des outils et de permettre à chaque médecin d'aborder les consommations d'alcool lors d'une consultation de la même manière que l'on envisagerait tout autre problème, sans jugement de valeur, sans a priori sur le choix et les comportements de patients.

Ce travail tente aussi de trouver des pistes de réflexion pour améliorer les discussions avec les jeunes et aborder plus facilement des thèmes tels que les consommations de cannabis, de drogues, la sexualité, les idées suicidaires...

Pour cela, notre travail se décompose en 3 parties :

- une mise au point sur les connaissances actuelles concernant la consommation d'alcool. Cette partie a été développée pour mieux appréhender les différents aspects de la question.
- une enquête qualitative auprès de médecins généralistes afin de recueillir leur perception des consommations d'alcool des adultes, des adolescents, leur conception de l'adolescence et des consultations avec les jeunes, leurs pratiques professionnelles, la place qui leur semblerait la plus adaptée dans cette problématique.
- une enquête qualitative auprès de jeunes adolescents de 15 à 19 ans, afin de recueillir leurs habitudes, leurs connaissances, leur vécu autour de la problématique de l'alcool et des moyens de prévention qu'ils ont connus et ceux qui leur sembleraient adaptés. Quelle est pour eux la place du médecin généraliste ?

À la lumière des résultats obtenus, nous réfléchirons aux moyens de prévention qui nous sembleront adaptés, et aux solutions qui pourraient aider à faire évoluer les mentalités et aboutir à un changement des pratiques professionnelles.

A JUSTIFICATIF DE L'ÉTUDE

A.I. L'ALCOOL EN FRANCE

A.I.1. Place dans la société

Depuis l'Antiquité, les poètes et les écrivains ont loué les vertus du vin à travers leurs écrits. Voltaire écrivait « De ce vin frais, l'écume pétillante. De nos Français est l'image brillante ». Les vertus de l'alcool sont connues depuis de très nombreuses années. La consommation d'alcool est responsable d'une sensation de plaisir, de bien-être, de détente et d'excitation. D'après certains articles médicaux, une faible consommation de vin pourrait même avoir des effets bénéfiques sur les pathologies cardio-vasculaires (plus particulièrement sur le risque de coronaropathie). (12, p.6)

A.I.1.a. Le poids économique

Le coût social et médical de la consommation d'alcool n'est rien au regard de ce que rapporte l'alcool à l'État, tant sur un plan économique que politique.

L'alcool joue en effet un rôle important dans l'économie française. Une part notable de la population vit directement ou indirectement de sa production et de sa distribution. On estime que le marché des boissons alcoolisées en France représente 500000 emplois directs et indirects.

En 2007, le chiffre d'affaires des boissons alcoolisées en France s'élevait à 20 milliards d'euros et les exportations de boissons alcoolisées rapportaient 9,3 milliards d'euros. (13, p.16)

Le secteur viticole, à lui seul, est au deuxième rang des productions nationales avec un chiffre d'affaires s'élevant à 10 milliards d'euros. (14, p.50) La France représente ainsi un quart de la production mondiale de vin (15), ce qui en fait avec l'Italie l'un des deux premiers producteurs mondiaux.

Dans ces conditions, le poids financier des lobbys vitivinicoles et alcooliers limite considérablement les actions de santé publique. Les producteurs et les vendeurs d'alcool forment des groupes de pression importants avec des représentants et des porte-parole comme l'association « Vin et Société » et l'association des « Brasseurs de France ». De plus, une partie des élus nationaux et locaux est concernée par la cause des alcooliers.

Les principales entreprises du secteur du vin, de la bière et des spiritueux financent des organismes de recherche tels que l'IREB. Ces financements soulèvent certaines questions quant à la neutralité des études et des actions de prévention.

De plus, la plupart des grands groupes d'alcooliers a recours au marketing et à la publicité, notamment en sponsorisant des soirées et des week-ends dans les grandes écoles ou en distribuant des objets publicitaires (15, p.145). Ces actions créent des liens entre le consommateur et la marque, particulièrement chez les jeunes.

A.I.1.b. L'importance culturelle et sociale

Dans les textes des évangiles, le vin représente le sang du Christ.

La place de l'alcool, et en particulier du vin, est très importante dans notre société. La consommation de vin est ancrée dans la culture française. Boire de l'alcool est synonyme de sociabilité.

L'alcool a une importance dans les coutumes et les habitudes culinaires françaises. Le pain, le vin et le fromage font partie intégrante de la gastronomie française et sont à l'origine de sa renommée.

La connaissance des vins est d'ailleurs considérée comme un bagage culturel français et l'œnologie est très souvent pratiquée dans les catégories aisées de la population.

Le vin est la boisson alcoolisée la plus consommée en France. Dans l'étude du baromètre de la santé 2005 (4, p.15), 77,2 % des personnes interrogées (âgées de 12 à 75 ans) ont déclaré avoir bu du vin au moins une fois au cours des douze derniers mois, 28,8 % en avoir bu au moins une fois par semaine et 12,7 % ont déclaré en consommer tous les jours.

La France est un pays de tradition viticole avec 450 appellations. Les « routes des vins » permettent aux touristes français comme étrangers de découvrir les caves, les vignes et les régions productives de 17 vignobles.

La consommation d'alcool est un phénomène ritualisé. Chaque événement de la vie est souvent fêté avec de l'alcool, en général du champagne : que ce soit un mariage, une naissance, un baptême, une embauche, la nouvelle année... Trinquen en famille ou entre amis est une pratique conviviale.

L'initiation à l'alcool se fait d'ailleurs presque toujours en famille, vers l'âge de 11-12 ans lors d'une fête, d'un mariage ou à Noël. (15, p.42-43). Le verre d'alcool est habituellement proposé par la famille et peut être accompagné d'une moquerie, d'un sourire lorsque les jeunes font mine de ne pas l'apprécier. La consommation en famille est souvent la cause de la première ivresse (les enfants ayant fini les verres laissés sur la table). Cette situation provoque

l'amusement des adultes. Or, lorsque les jeunes sont autorisés à consommer à la maison, ils auront tendance à boire davantage à l'extérieur de la maison avec leurs pairs, et à développer des problèmes liés à cette consommation (3).

La consommation d'alcool est partie intégrante du rituel de la fête. L'alcool a des vertus « socialisantes », car elle est source de bien-être, de bonne humeur et de désinhibition, facilitant l'intégration sociale. La société française est très tolérante quand la consommation s'associe à des conditions festives.

Pour de nombreux auteurs, l'alcool est perçu chez les jeunes comme un rituel de passage. Cela symboliserait la volonté des adolescents de prouver aux adultes qu'ils ne sont plus des enfants.

A.I.1.c. La stigmatisation de « l'alcoolique »

Comme nous l'avons vu précédemment, boire de l'alcool est une pratique culturelle et sociale en France. L'alcool n'est pas considéré comme une drogue.

Dans les représentations sociales, le danger de l'alcool n'est envisagé que sous l'angle de la déchéance sociale, physique et morale de « l'ivrogne » et non par rapport aux problèmes de santé ou aux risques d'accident.

Une personne ayant « des problèmes d'alcool » est vue comme quelqu'un ayant une tare, un travers. « L'alcoolique » est stigmatisé et rejeté par la société. (16, p.132). Il n'est pas reconnu comme « malade » et n'a donc pas le soutien de ses concitoyens. Contrairement aux patients dépendants au tabac, qui sont vus comme les victimes d'un produit que tout le monde s'accorde à définir comme nocif.

Les consommateurs de tabac sont encouragés dans leur arrêt et félicités pour leur abstinence. L'interdiction faite de fumer dans les lieux publics vient les soutenir dans leur action. À l'inverse, le sujet abstinant d'alcool a des difficultés à avouer son abstinence de peur d'être jugé comme quelqu'un n'ayant pas su boire, dans une société où l'alcool et sa consommation gardent une place très importante. L'abstinant dérange, il met mal à l'aise. Il vient gâcher la fête et risque progressivement d'être exclu de toutes les occasions de boire : les repas de famille, les anniversaires, les pots de fin d'année...

Qualifier d' « excessive » une consommation est donc difficile, dans ce contexte de stigmatisation. Cela peut aussi expliquer les difficultés pour les médecins d'évoquer les problèmes d'alcool avec leurs patients et d'envisager qu'un adolescent puisse avoir un problème de consommation.

A.I.2. Cadre législatif (17), (18)

Depuis l'adoption de la loi Evin du 10 janvier 1991, la France réglemente la consommation d'alcool à travers la vente ou encore la publicité qui en est faite. Certains articles ont été modifiés par la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » du 23 juin 2009.

A.I.2.a. Publicité

La publicité des boissons alcooliques n'est pas interdite, mais encadrée sur le contenu. (Article L. 3323-2, code de santé publique)

Tous les supports publicitaires doivent contenir le message sanitaire suivant : « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé ».

La publicité directe ou indirecte (distribution de produits publicitaires) autour des boissons alcoolisées ou de leurs marques est interdite auprès des mineurs. (Article L3323-5).

A.I.2.b. Vente

Les conditions de vente et de distribution de boissons alcooliques sont encadrées de manière assez stricte par de nombreux articles. (Articles L3323-1, L3322-6, L3322-9, L3335-4, L3353-2).

Parmi eux, deux peuvent avoir un impact sur la consommation des jeunes :

- « Si le débitant propose des boissons alcooliques à prix réduit pendant une période restreinte, il doit également proposer à prix réduit les boissons non alcooliques. »
- « La vente au forfait ou l'offre à volonté d'alcool est interdite. Cette interdiction vise spécialement la pratique dite des « opens-bars ». » (Article L3323-1)

A.I.2.c. Conduite de véhicules

La conduite sous l'emprise d'alcool est un délit, réprimé depuis 1965 en France. Le décret du 29 août 1995 prévoit que le taux d'alcoolémie légalement toléré pour tout conducteur de véhicule est fixé à 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré). Au-delà de ce taux, la conduite d'un véhicule constitue une infraction.

A.I.2.d. Ivresse publique

L'ivresse publique et manifeste (IPM) est une infraction depuis 1873. Elle est régie aujourd'hui par le Code de la santé publique. (Article L. 3341-1 et R. 3353-1).

A.I.2.e. Protection des mineurs

Différents articles de loi sont spécifiques aux mineurs (cf. Annexe 1).

L'Assemblée Nationale a adopté en mars 2009 un décret interdisant l'offre à titre gratuit et la vente d'alcool aux mineurs. (Articles L3342-1)

Il est interdit de recevoir dans les débits de boisson des mineurs de moins de 16 ans non accompagnés d'un représentant légal. (Sauf pour les débits de boisson assortis d'une licence de première catégorie.) (Article L3342-3)

A.I.3. L'avis des autorités sanitaires (19), (20)

Toutes les publications relatives à la prévention et à la prise en charge des problèmes d'alcool rappellent à quel point la consommation d'alcool reste un problème de santé en France. Elles soulignent aussi l'importance du médecin généraliste dans la prévention, le repérage et la prise en charge des problèmes de consommation excessive (21).

De nombreux plans d'action et recommandations sont proposés et remis à jour régulièrement. Nous allons citer quelques exemples.

A.I.3.a. L'OMS (22)

L'alcool est un problème de santé mondial. L'OMS élabore depuis presque 30 ans des recommandations afin de lutter contre ce fléau sanitaire, social et économique. (Dernière réunion d'un comité de l'OMS à Genève en octobre 2006, 22.)

A.I.3.b. La direction générale de la santé (19)

La direction générale de la santé a énoncé de nombreux objectifs à atteindre. Parmi eux, elle insiste sur l'intérêt d'agir dès l'adolescence.

A.I.3.c. Plan ministériel « Addiction » (23)

Dans son plan ministériel 2007-2011 sur « la prévention et la prise en charge des addictions », le ministère de la Santé expose certains éléments permettant d'améliorer la prévention et la prise en charge. Il rappelle l'importance du médecin généraliste (Mesure 15, p.14).

Il envisage aussi de développer les connaissances en addictologie des professions médicales et d'intégrer des formations médicales continues sur l'alcool pour les médecins généralistes (Mesure 22, p.17).

A.I.3.d. Plan gouvernemental (24), (25)

Tous les trois ou quatre ans, la Mildt élabore un plan gouvernemental pour lutter contre les drogues et la toxicomanie. Le dernier plan gouvernemental (2008-2011) est complémentaire du plan de prise en charge des addictions 2007-2011 du ministère de la Santé dont il reprend les dispositions.

Le plan 2004-2008 insistait sur les actions en matière de sécurité routière et sur la prévention et la prise en charge de l'alcoolisation sur le lieu de travail. Le dernier plan (2008-2011) insiste sur l'importance du travail de prévention réalisé en milieu scolaire.

Il rappelle la place importante des parents dans la lutte des addictions et la nécessité de les inclure dans les programmes de prévention.

Il recommande une amélioration de la formation des futurs médecins et présente différents objectifs :

- créer un module d'enseignement obligatoire d'addictologie au cours du premier cycle universitaire des études médicales et paramédicales
- intégrer un module d'initiation aux pratiques d'addictologie dans le deuxième cycle des études médicales
- inclure des questions d'addictologie dans l'examen national classant de l'internat de médecine

Il relève aussi l'importance de la recherche dans le domaine des addictions puisque cela permet d'adapter les plans d'action et donc d'améliorer les prises en charge et la prévention.

A.I.3.e. Les états généraux de l'alcool (26), (27)

L'objectif des « états généraux de l'alcool » était de soulever les problèmes liés à l'alcool en organisant des débats publics avec de nombreux intervenants (acteurs sociaux, chercheurs en sciences humaines, professionnels de la santé, représentants des intérêts économiques...). Ces débats ont été pilotés par le ministère de la Santé, en collaboration avec l'INPES, la Mildt et l'INCa et réalisés au sein des régions sous la responsabilité de la DRASS.

L'objectif de ces rencontres était de favoriser le dialogue, de mobiliser le public et les associations et ainsi d'associer l'ensemble de la société aux futurs choix de santé publique sur le thème de l'alcool.

Ces débats publics, regroupant des experts, un jury citoyen et un public, ont été organisés dans plusieurs régions de France durant l'année 2006 avant de donner lieu à une synthèse générale et à l'élaboration de 30 propositions (27).

Les principales propositions d'actions concernant « les jeunes et l'alcool » ont été les suivantes :

- renforcer les actions de prévention (28)
- interdire la vente d'alcool aux mineurs
- interdire la délivrance à titre gratuit ou peu cher de l'alcool (interdire le sponsoring des soirées étudiantes par les producteurs d'alcool)
- surtaxer ou interdire les prémix
- rendre les boissons sans alcool moins chères que les boissons alcoolisées
- interdire les « happy hours »
- limiter le marketing et la publicité des produits alcoolisés

A.I.3.f. Une polémique autour des recommandations de la DGS et l'INCa

En février 2009, l'INCa et la DGS ont édité une brochure et publié un communiqué de presse à l'intention des médecins sur le thème de la nutrition et de la prévention des cancers.

Les recommandations signalaient qu'en matière de prévention des cancers, toute consommation régulière d'alcool était à risque (y compris celle du vin) et donc déconseillée. Elles préconisaient de limiter la consommation autant que possible, tant en termes de quantité que de fréquence.

Cette parution a suscité une grande polémique autour de la consommation de vin. (14)

En effet, en France, certains articles médicaux indiquent qu'une faible consommation de vin aurait des effets bénéfiques sur les pathologies cardio-vasculaires (plus particulièrement sur le risque de coronaropathie).

Les polyphénols, contenus dans la peau et les grains des raisins, ont des propriétés antioxydantes qui seraient à l'origine des effets cardioprotecteurs.

Mais cela n'est valable que pour le vin rouge et les polyphénols sont présents en plus grande quantité dans la poudre de cacao, le chocolat noir, les framboises, le café et en quantité similaire dans le thé vert et les fraises.

Mandaté par le ministère de la Santé, le Haut Conseil de Santé Publique a reconnu qu'aucun seuil ne pouvait être défini et qu'il n'existait aucun argument pertinent en faveur de

l'abstinence. Il a rappelé que le nombre de verres autorisés par l'OMS ne représente en aucun cas une « recommandation ». On ne doit pas conseiller à quelqu'un qui ne boit pas de boire un verre dans une perspective de protection cardio-vasculaire. (14)

A.I.4. L'avis de l'OMS (29)

L'OMS recommande :

Pour un usage régulier :

- de ne pas consommer plus de 2 verres d'alcool par jour, soit 14 verres par semaine pour les femmes.
- de ne pas consommer plus de 3 verres d'alcool par jour, soit 21 verres par semaine pour les hommes.

Pour les consommations occasionnelles, de ne pas consommer plus de 4 verres d'alcool en une seule occasion.

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Elle rappelle qu'il est impératif de ne pas boire dans les cas suivants :

- grossesse ou allaitement
- prise de médicaments
- conduite d'un véhicule (si la personne doit prendre le volant, l'abstinence est recommandée) ou d'une machine dangereuse
- activité qui exige de la vigilance
- maladie chronique (par exemple l'épilepsie, la pancréatite, l'hépatite C)
- antécédent d'alcool-dépendance
- pour les mineurs

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de risque. Ce sont des compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et, d'autre part, la place de l'alcool dans la société. Ils n'ont pas de valeur absolue, car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation.

Ces seuils sont définis en considérant « un verre standard » soit une unité d'alcool ce qui correspond à 10 g d'alcool pur (30) :

1 verre standard = 1 unité d'alcool = 10 g d'alcool pur
 = un ballon de vin 12° (10 cl)
 = un demi de bière 5° (25 cl)
 = un verre de whisky 40° (3 cl)
 = un verre de pastis 45° (3 cl)
 = une coupe de champagne 12° (10 cl)
 = un verre de digestif 40° (3 cl)

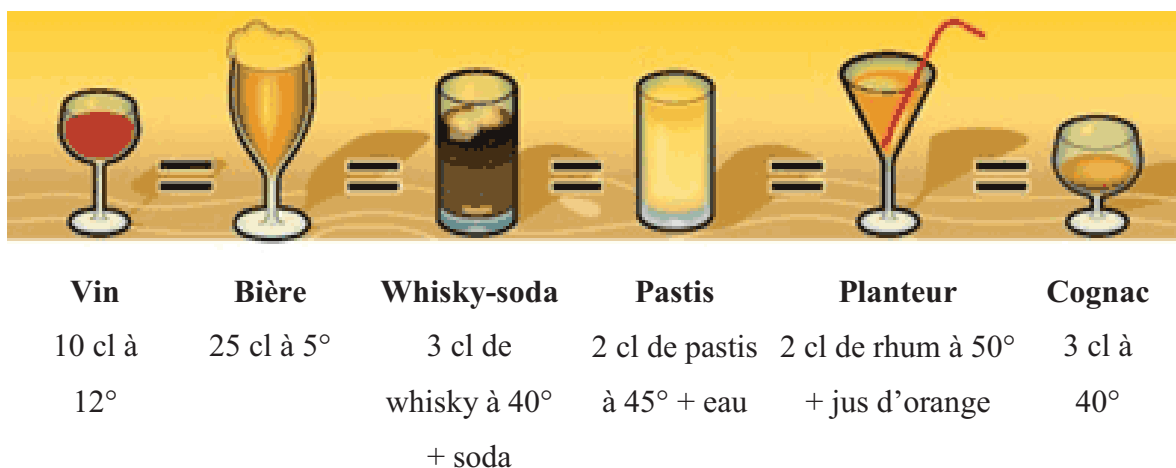


Figure 1 : Équivalence des unités d'alcool

Ces informations doivent être présentées par le médecin traitant à ses patients, car la plupart des Français ignorent les consommations conseillées par l'OMS ainsi que le concept du verre standard et des équivalences.

L'OMS a défini le niveau moyen de « consommation à risque » comme étant de 20 à 40 g d'alcool par jour pour les femmes et de 40 à 60 g par jour pour les hommes.

La consommation d'alcool dite « nocive » ou « à problème » est définie comme un mode de consommation dommageable à la santé physique ou mentale. L'OMS la définit comme une consommation moyenne régulière de plus de 40 g d'alcool par jour pour les femmes et de plus de 60 g pour les hommes (12, p.5).

A.I.5. Définitions des différentes consommations

A.I.5.a. Les définitions de la SFA (31)

Pour plus de clarté, les typologies comportementales de Jellinek, ou multidimensionnelles de Fouquet ne seront pas abordées. En partenariat avec l'ANAES (32), la SFA a déterminé une classification des conduites d'alcoolisation.

Non-usage (non-consommateur)

Toute conduite à l'égard des boissons alcooliques et/ou alcoolisées caractérisée par une absence de consommation :

Usage (consommateur modéré)

Consommation d'alcool restant modérée, c'est-à-dire inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

Mésusage

Conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits. Il comprend :

- Usage à risque (consommateur à risque) :
 - soit une consommation d'alcool supérieure aux seuils définis par l'OMS chez un sujet ne présentant pas de dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en présenter à court, moyen et/ou long terme.
 - soit les consommations sont égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS, mais sont associées à
- Une situation à risque :
 - *La situation propre au sujet* : la grossesse ou une pathologie telle que l'insuffisance hépatique
 - *Le lieu ou le moment de la consommation* : on pense ainsi tout particulièrement aux tâches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice (conduite automobile, conduite d'engins, mais aussi tâches professionnelles)

- *La prise de médicaments* : notamment psychotropes, qui peuvent, en association avec d'autres substances psychoactives, entraîner des effets nocifs
- Des modalités de consommation. Certaines modalités de consommation sont fortement corrélées à l'apparition de dommages, et aux risques d'abus et de dépendance :
 - la consommation précoce
 - *le cumul des consommations* de substances psychoactives
 - *la consommation à visée auto-thérapeutique* : l'utilisateur recherche un effet anxiolytique ou antidépresseur.
 - *la consommation à visée de « défonce »* : l'effet recherché est celui d'une ivresse massive, d'une anesthésie.
 - *la répétition des consommations* : la fréquence des consommations, l'existence d'une consommation matinale.

Usage nocif (consommateur à problèmes)

Conduite d'alcoolisation, sans dépendance à l'alcool, mais accompagnée de l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool.

Usage avec dépendance (consommateur dépendant ou alcoolo-dépendant)

Conduite d'alcoolisation associée à la perte de la maîtrise de la consommation.

L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés. Les critères de la DSMIV ou CIM 10 sont utilisés.

A.I.5.b. Les consommations pathologiques selon les critères DSM-IV

L'Abus

Il s'agit d'un mode d'utilisation inadéquate d'une substance conduisant à une présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours des douze derniers mois :

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux

- Problèmes judiciaires, médico-légaux répétés, liés à l'utilisation d'une substance
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux (dispute, bagarre...), persistants ou récurrents

Absence de critères de dépendance.

Il correspond à l'usage nocif défini par la CIM.

La dépendance

La dépendance est un mode d'utilisation inappropriée d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement significatif. Elle se caractérise par la présence d'au moins trois des manifestations suivantes à un moment quelconque d'une période de douze mois :

- Existence d'une tolérance (quantité ou effet) : besoin de quantités nettement augmentées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré et/ou effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- Existence d'un symptôme de sevrage : syndrome de sevrage à l'arrêt et/ou prise de la substance ou d'une substance apparentée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée
- Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Temps important passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, la consommer et/ou récupérer de ses effets
- Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance
- Utilisation de la substance poursuivie, bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, déterminé ou exacerbé par la substance.

Il est habituel de distinguer : (33, p.26)

- *la dépendance psychique* qui se caractérise par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction que la substance apporte au consommateur. C'est également le besoin d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit : le sevrage « psychique ». Cette dépendance psychique a pour principale conséquence le « craving » c'est-à-dire la recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable.
- *la dépendance physique* qui se caractérise par un besoin irrésistible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et par l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée).

A.I.6. Synthèse

Boire de l'alcool est une pratique culturelle et sociale en France. La consommation d'alcool fait partie intégrante des fêtes. L'alcool n'est pas considéré comme une drogue, au même titre que le tabac par exemple. L'alcoolique n'est pas considéré comme une personne malade. Il est stigmatisé et rejeté de la société. On félicite et soutient les personnes qui arrêtent de fumer. À l'inverse, l'abstinent d'alcool dérange, il est à l'écart de la fête, de ceux qui savent maîtriser leur consommation. Qualifier d'« excessive » une consommation est donc difficile, dans ce contexte de stigmatisation.

La France est avec l'Italie un des premiers producteurs mondiaux de vin, le rôle économique de l'alcool et son poids politique en France sont majeurs. Les lobbies alcooliers influent sur le cadre législatif et la politique de santé publique.

Cadre législatif français :

La publicité directe ou indirecte (distribution de produits publicitaires) autour des boissons alcoolisées ou de leurs marques est interdite auprès des mineurs. (Article L3323-5).

En mars 2009 un décret a interdit l'offre à titre gratuit et la vente d'alcool aux mineurs.

Il est interdit de recevoir dans les débits de boisson des mineurs de moins de 16 ans non accompagnés d'un représentant légal. (Sauf pour les débits de boisson assortis d'une licence de première catégorie.) (Article L3342-3)

Avis des autorités sanitaires :

En France, de nombreux plans d'actions et recommandations sont proposés et remis à jour régulièrement (DGS, Plan ministériel, plan gouvernemental, États Généraux de l'alcool). Ils soulignent notamment l'importance du médecin généraliste dans la prévention, le repérage et la prise en charge des problèmes de consommation excessive.

L'OMS élabore depuis presque 30 ans des recommandations afin de lutter contre ce fléau sanitaire, social et économique. L'OMS recommande pour un usage régulier :

- de ne pas consommer plus de 2 verres d'alcool (« verre standard ») par jour, soit 14 verres par semaine pour les femmes.
- de ne pas consommer plus de 3 verres d'alcool par jour, soit 21 verres par semaine pour les hommes.

En une seule occasion de ne pas consommer plus de 4 verres d'alcool.

La SFA distingue 3 mésusages : l'usage à risque, l'usage nocif (au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou induit par l'alcool) et l'usage avec dépendance (perte de la maîtrise de la consommation).

A.II. LES JEUNES ET L'ALCOOL

A.II.1. Les particularités de l'adolescence

A.II.1.a. Quelques définitions

D'après le Petit Larousse, l'adolescence correspond à la « période entre l'enfance et l'âge adulte pendant laquelle se produit la puberté ». Selon, l'OMS, « l'adolescence regroupe les individus de 10 à 19 ans ». Ces définitions demeurent assez vagues.

Il s'agit, en fait, d'un travail psychique complexe, conflictuel qui permet aux jeunes de se séparer des parents et d'acquérir une indépendance, une autonomie, une individualisation (processus de séparation-individualisation). Il s'accompagne de l'affirmation de l'orientation sexuelle. Il permet l'acquisition d'une identité stable, l'intégration au groupe et le développement des liens sociaux.

C'est une période de contraintes internes liées aux modifications physiques et à l'apparition de pulsions sexuelles et de contraintes externes avec la pression du groupe et la nécessité d'intégration.

Le terme de « crise d'adolescence », que de nombreux auteurs ont beaucoup utilisé, semble inapproprié. Il ne permet pas de différencier le normal du pathologique alors que les jeunes n'ayant pas de problèmes psychologiques s'engagent rarement dans un processus pathologique. Les troubles anxieux ou dépressifs ne sont pas plus fréquents à l'adolescence qu'à l'âge adulte (34, p.43)

A.II.1.b. Les étapes de l'adolescence

D'après D. Bailly (34, p.45), l'adolescence est un processus de développement continu qui concerne quatre domaines : le corps, la pensée, la vie sociale et la représentation de soi. Chaque étape de ce processus continu est importante. La consommation d'alcool n'a pas la même valeur en fonction de la phase où elle a lieu.

Selon Marty et Chagnon (35), l'adolescence se joue autour de trois cercles : celui du corps, de la famille (le quitter est source d'anxiété) et le cercle social (but identitaire).

Marcelli (33) partage aussi cette image de l'adolescence comme se construisant autour de 3 cercles. Il décrit l'enfance comme une période aussi calme que la surface d'une mare et l'adolescence comme un pavé jeté dans cette mare et qui entraîne avec elle des perturbations concentriques, qui correspondent aux trois cercles de Marty et Chagnon.

A.II.1.c. La place de l'alcool dans le processus de l'adolescence

Une expérience de transgression

L'adolescence correspond à un processus de quête identitaire. Les jeunes se testent et modifient leurs comportements. Faire des expériences, chercher à connaître et à comprendre, est à l'adolescence une attitude non seulement normale, mais saine et nécessaire à l'acquisition de l'identité. **L'expérimentation de l'alcool participe au processus d'intégration sociale.** Au cours de l'enfance, les parents ont une grande influence sur les comportements et les valeurs de l'enfant. À l'adolescence, les jeunes ont tendance à rejeter les valeurs familiales, à se tourner vers les amis et à avoir les mêmes consommations pour s'intégrer dans le groupe. La transgression des règles fait aussi partie intégrante de cette période.

Pour de nombreux auteurs, la consommation d'alcool chez les jeunes est perçue comme un « rituel de passage ». Elle symboliserait la volonté des adolescents de prouver aux adultes qu'ils ne sont plus des enfants. Mais ces rituels de passage n'en ont que le nom. Il ne faut pas les considérer au sens anthropologique du terme, puisqu'ils ne correspondent pas aux critères qu'on leur accorde dans la société.

En transgressant un interdit implicite (l'alcool étant jusqu'alors réservé aux adultes), les jeunes montreraient leur intention de s'inscrire dans le monde des adultes et leur désir d'être reconnus comme tels. (16, p.265)

Un exutoire

D'autres auteurs estiment que la pression économique et sociale peut expliquer la consommation d'alcool.

Les jeunes sont inquiets de l'avenir économique et écologique de la planète ainsi que de leur sort face aux contraintes sociales.

Les collégiens, lycéens et étudiants subissent la pression scolaire, la pression de la sélection universitaire et de la compétition sociale. Face aux exigences de performance, de sérieux et de conformisme, face également aux épreuves et à la dévaluation des diplômes, la fête et l'ivresse permettent de se retrouver pour partager le même vécu et les mêmes inquiétudes en s'amusant et en oubliant les contraintes.

Les jeunes majeurs qui arrivent sur le marché du travail sont confrontés à la difficulté de trouver un contrat à durée indéterminée, aux premiers salaires qui sont faibles et aux perspectives d'évolution incertaines. Ils se retrouvent pour boire, tromper l'ennui, rigoler...

À travers ces comportements, on retrouve le désir de décompresser, de s'amuser et de profiter de l'instant présent en oubliant les incertitudes de l'avenir.

Certains pensent que les consommations d'alcool ont pour rôle de faire oublier les transformations physiques, les changements du corps.

La limite entre le normal et le pathologique

L'adolescence est une période de fragilité où l'on peut voir apparaître des troubles psychopathologiques (dépression, prises de risque démesurées) et/ou des conduites addictives.

L'essentiel sera de différencier les comportements normaux des comportements pathologiques.

Les conduites à risques permettent aux jeunes de s'affirmer, d'appuyer leur appartenance au groupe, mais il faut savoir être vigilant et détecter les conduites qui sortiraient de ces simples besoins d'affirmation et rentreraient dans un cadre pathologique de troubles du comportement. Cette difficulté se retrouve dans les consommations d'alcool où l'enjeu majeur est de mettre en évidence les adolescents ayant des consommations inappropriées.

Il faut accompagner les jeunes à travers leurs expériences, en les soutenant à travers les modifications, en leur assurant des repères fiables, des limites structurantes d'interdits (sources de sécurité, de stabilité), mais en leur laissant la possibilité de réaliser des expériences constructives, des conquêtes nouvelles. (34, p.198)

A.II.2. Les consommations des jeunes et leurs dangers

A.II.2.a. « Binge drinking »

Le binge drinking est un terme anglais que l'on peut traduire par : « hyperalcoolisation », « alcoolisation paroxystique intermittente » ou encore « alcoolisme périodique ». En France, on parle plutôt de « biture express », de « chaos éthylique » ou encore d'« alcool défoncé ».

Il s'agit d'un mode de consommation de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps. Le but est d'obtenir rapidement un état d'ivresse.

Il n'y a pas de consensus sur la quantité d'alcool à consommer pour obtenir cet état.

Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) des États-Unis propose la définition suivante du binge drinking : « L'hyperalcoolisation est un modèle de consommation d'alcool responsable d'une alcoolémie égale ou supérieure à 0,8 g d'alcool par litre de sang. Pour un adulte, il correspond à la consommation de cinq verres ou plus pour les hommes et de quatre verres ou plus pour les femmes, sur une durée de 2 heures environ. » .

Pour L'OMS, le sexe n'est pas pris en compte, c'est consommer plus de 6 verres d'alcool en une seule occasion. La quantité d'alcool dans chaque verre étant de 10 grammes pour l'OMS contre 12 grammes pour la NIAAA, les 2 organisations convergent sur une limite de 60 grammes d'alcool. La notion de temps par contre est différente.

Cette conduite à risque peut entraîner la mort via un coma éthylique. Cette pratique est prédictive du risque d'abus ou de dépendance à l'âge adulte. (36)

Ce phénomène suscite une polémique, mais n'est pas aussi fréquent qu'on le pense chez les jeunes français. La France est l'un des pays où cette pratique est la moins élevée avec 6 à 9 % des jeunes contre 37 % en Irlande et 28 % en Espagne.

A.II.2.b. « Prémix » ou « alcopops » (5), (37), (38), (39)

De nombreuses boissons attractives ont été mises sur le marché (Smirnoff Ice, Bacardi Breezer...) avec comme cible principale les jeunes.

Ces boissons sont nommées à titre générique « prémix » ou « alcopops ». Ces termes sont utilisés pour désigner toute préparation à base de boisson alcoolisée, mélangée à un soda sucré ou à une autre boisson non alcoolisée.

Prémix vient du mot anglais « premixed » qui signifie « mélangé à l'avance » et alcopops vient de l'anglais « alco » pour alcool et « pop » pour soda.

Initialement, les prémix ou alcopops, concernaient exclusivement les produits à base d'alcool fort (vodka, rhum, whisky) et de sodas. Ces boissons ont été mises en vente en France dans les bars et les boîtes de nuit en 1990 puis dans les grandes surfaces en 1996.

Conscients des risques pour les jeunes consommateurs, les pouvoirs publics ont rapidement réagi avec la mise en place d'une taxation spécifique pour ces produits (initialement à hauteur de 0,28 euro par décilitre d'alcool pur puis de 5,5 € par décilitre d'alcool pur depuis 1998).

En 2003, les alcooliers ont trouvé une faille et introduit sur le marché les « Malternatives » (Smirnoff Ice, Bacardi Martini...), mélanges de bière et d'arômes divers, d'extraits de fruits ou encore d'alcools tels que téquila, vodka et rhum.

Ces boissons n'étant pas considérées comme des prémix, celles-ci n'ont pas été concernées par la taxe. Cependant, la loi « Bur » de 2005 a instauré une taxe pour ce type de produit ainsi que pour les anciens prémix à hauteur de 11 € par décilitre d'alcool pur.

Récemment, pour passer outre cette taxe, les alcooliers ont mis sur le marché des « vinipops » (mélanges à base de vin).

Toutes ces boissons sont prêtes à l'emploi dans des canettes ou bouteilles de 25 à 33 centilitres (voire 75 centilitres). Avec leurs habillages très colorés et leurs conditionnements,

ces produits sont très attractifs pour les jeunes. D'ailleurs, la publicité cible préférentiellement ce public. Les producteurs n'hésitent pas à sponsoriser des soirées, à organiser des karaokés mobiles avec distribution de boissons gratuites, à les vendre (avant la mise en place de taxes) à des prix défiant toute concurrence en boîte de nuit afin d'en faire un produit très prisé des jeunes.

Les jeunes, et en particulier les filles, trouvent le goût moins fort que les alcools habituels et moins amer que la bière. Le goût de l'alcool est masqué par l'ajout de sucre sous forme de jus de fruit ou de limonade. Ces boissons sont alors bues comme des sodas, d'où une consommation importante et rapide. Or cela représente un danger, car ces boissons contiennent entre 5 et 8° d'alcool (soit environ 12 g d'alcool par boisson).

Par ailleurs, certains facteurs accélèrent ou ralentissent l'absorption d'alcool et donc les effets :

- les facteurs accélérant l'absorption : le fait d'avoir l'estomac vide, l'alcool peu concentré, la présence de gaz carbonique, les boissons chaudes...
- les facteurs ralentissant l'absorption : la consommation de tabac, d'aliments épicés, les alcools très concentrés...

Les prémix cumulent plusieurs facteurs qui favorisent l'absorption d'alcool : boissons très sucrées, gazeuses, peu concentrées en alcool, ce qui les rend particulièrement dangereuses.

Des « prémix light » sont actuellement mis sur le marché avec des édulcorants à la place du sucre, ces derniers accélèrent davantage l'absorption d'alcool.

A.II.2.c. Boissons énergisantes

Il est déconseillé de les consommer en même temps que l'alcool, car elles diminuent la perception des effets de l'alcool et peuvent donc être responsables d'une consommation d'alcool plus importante.

A.II.2.d. Nouvelles modalités de consommation (40), (41), (42)

(1) Les week-ends d'intégration ou « spring break »

Le « spring break » correspond à une expression anglaise signifiant « pause de printemps ».

Il s'agit traditionnellement d'une semaine de vacances dont de nombreux étudiants nord-américains bénéficient au printemps, entre deux semestres de cours.

Généralement, les étudiants se rendent dans un pays tropical pour une semaine complète de fête. La renommée de ces « spring breaks » tient principalement aux supposés nombreux excès en matière d'alcoolisme ou/et de sexualité.

Ces séjours sont organisés par les universités ou proposés par des agences de voyages spécialisées.

L'alcool est un argument de choc pour attirer les clients. Il est à la disposition des jeunes à toute heure, gratuitement la plupart du temps (open bars de 10 heures à minuit, par exemple) ou à des tarifs défiant toute concurrence. D'ailleurs, les organisateurs n'hésitent pas à proposer des jeux autour de la boisson, pour pousser les jeunes à consommer plus.

Ces « spring breaks » sont aussi pratiqués dans les pays européens, l'Espagne figurant parmi les destinations favorites des étudiants européens.

Salou, par exemple, est une destination prisée par les universités françaises et anglaises, au grand dam de ses habitants. Cette petite station balnéaire située entre Barcelone et Valence, vit principalement du tourisme et donc des semaines de vacances.

Elle accueille, entre autres, chaque année depuis 8 ans, le "Saloufest", un festival universitaire anglais officiellement consacré au sport. En réalité, il s'agit de 15 jours de débauche où tous les excès sont permis, avec malheureusement les risques qui vont avec : violences, viols, délits (dégradation des chambres d'hôtel...) (41)

On retrouve aussi dans les grandes écoles françaises des habitudes de consommation importante d'alcool au cours des journées ou des week-ends d'intégration. Il est de mise de boire beaucoup pour soulager les tensions et se libérer du surinvestissement scolaire. Le but de ces week-ends de « beuveries » est de faire la fête, de créer des rencontres, de développer l'esprit de promotion.

(2) Le calage

Le calage est une pratique canadienne qui se rapproche du binge drinking. Il s'agit d'un défi où le but est de boire une grande quantité d'alcool le plus rapidement possible. Ces rencontres sont organisées par un bar, une école, une association... Cette pratique se distingue du binge drinking par la notion de compétition entre des concurrents appelés « caleurs » et la présence de spectateurs. Il existe également des calages virtuels organisés sur internet entre différents pays. De nombreux sites internet mettent en garde les jeunes canadiens sur cette pratique dangereuse et responsable de décès au Canada. Les jeunes Canadiens la considèrent cependant comme une pratique normale d'intégration sociale. (43), (44).

(3) Le « eye balling »

Le « eye balling » est un concept nouveau qui aurait été importé des campus américains puis diffusé par l'intermédiaire des vidéos sur des sites internet tel que You tube. Cette pratique consiste à s'alcooliser par les yeux, en collant le goulot de la bouteille d'alcool (de vodka en général) directement sur l'œil. Le but est de se saouler instantanément. Mais les jeunes se trompent sur les effets de cette expérience. L'absorption rétinienne est infime et il faudrait une quantité d'alcool inimaginable pour atteindre l'ivresse. En revanche, le « eye balling » peut occasionner des brûlures de la cornée voire même la perte définitive de la vue. (45), (46), (47)

A.II.3. Boire trop ?

A.II.3.a. Les différents consommateurs

Comme le décrit D. Bailly (34), il existe trois groupes de consommateurs :

- les abstinents : plutôt des jeunes timides, anxieux, inhibés.
- les buveurs modérés/occasionnels : ces jeunes ont de bonnes capacités d'adaptation, cette consommation peut être considérée comme la « normalité ».
- les buveurs réguliers/excessifs : ceux-ci ont des difficultés d'adaptation sociale.
- Les consommateurs « pathologiques » sont en général les abstinents et les consommateurs réguliers pour lesquels il faut rechercher une dépression sous-jacente ou un trouble du comportement.

A.II.3.b. Quelle norme ?

Il est difficile de déterminer une quantité précise pour parler de consommation inappropriée chez les jeunes. De même, il est compliqué de définir l'âge en dessous duquel cette consommation est dangereuse. Une consommation identique à 13 ans et à 17 ans ne peut pas être jugée de la même manière.

On ne peut pas se baser sur les quantités conseillées par l'OMS qui préconisent une abstinence jusqu'à 18 ans. En effet, cela ne correspond pas du tout aux pratiques actuelles. Certains auteurs estiment que l'usage simple d'alcool avant la majorité correspond déjà à un abus. Mais tous ne partagent pas cet avis.

Marie Choquet (IREB) pense qu'interdire la consommation d'alcool aux jeunes n'est pas une mesure réaliste. « Durant cette période les jeunes acquièrent progressivement les attitudes et les codes de conduite des adultes, la consommation maîtrisée de l'alcool en faisant partie au

même titre que d'autres comportements socialement intégrés, voire valorisés.» Cette interdiction pourrait être contre-productive, elle pourrait être vécue comme injuste et ainsi pousser à la transgression.

D'après Daniel Bailly (34, p.58), « une consommation jugée excessive par les adultes peut très bien correspondre à un comportement parfaitement intégré au contexte développemental de l'adolescent ».

L'étude de la consommation d'alcool à l'adolescence doit également prendre en compte la nature du produit, les quantités consommées et les modalités de consommation. Elle doit aussi s'attarder sur les nombreux facteurs de risques associés : l'âge de la première consommation, l'âge du patient, la tolérance individuelle, les différents degrés de vulnérabilité du patient... Le type et l'intensité du lien à l'alcool, l'ancienneté et la progression de la consommation peuvent aussi nous aider à juger cette consommation.

On peut citer quelques consommations inappropriées : la consommation d'alcool jusqu'à l'ivresse, l'incapacité de ne pas consommer d'alcool dans un contexte alcoolisé (fête avec des amis), l'impossibilité d'envisager une fête sans alcool, la consommation visant à se donner du courage, la consommation en solitaire...

Plus que la quantité consommée, il faut aussi se concentrer sur les conséquences nocives et/ou dommageables de la consommation : conséquences sur les relations avec l'entourage, l'intégration scolaire et sociale.

Ce sont ces facteurs cumulés et répétés qui doivent faire craindre le passage d'une consommation festive à une consommation « addictive ». (Marcelli, 1999). (33, p.41)

A.II.3.c. Les consommations à risque

La recherche de l'ivresse jusqu'à la défonce, la précocité et la répétition de ces conduites ainsi que la consommation associée à d'autres produits peuvent provenir d'une souffrance individuelle ou d'une conduite devant être perçue comme un appel au secours.

La précocité

Différentes études réalisées chez les rats et présentées lors des journées de la SFA en mars 2010 ont montré que le cerveau adolescent présente une vulnérabilité à l'alcool qui pourrait contribuer à long terme au développement de dépendance à l'âge adulte (36). Plus on commence à boire jeune, plus le risque d'abus ou de dépendance à l'âge adulte est important.

D'une manière générale, l'effet psychotrope est plus nocif chez des sujets en développement, puisqu'il se produit sur un système neurobiologique plus fragile. Il serait donc recommandé

de réduire autant que possible l'usage des substances à fort effet psychodysléptique avant l'âge adulte. Il faut être particulièrement attentif lorsque l'usage intervient avant 16 ans (33, p.38)

Enfin, les comportements qui s'inscrivent durant la préadolescence ou l'adolescence se constituent plus facilement en mode de vie et en habitudes difficiles à modifier par la suite.

Le caractère d'automédication

L'alcool est consommé dans le but de produire un effet d'anxiolytique ou antidépresseur. La consommation a pour objectif de diminuer les angoisses, le mal-être, de réfréner des phobies et de calmer un vécu dépressif. On consomme pour se sentir bien.

La consommation est en général solitaire, le plus souvent cachée.

Elle s'accompagne souvent d'un décrochage scolaire et les activités extrascolaires sont abandonnées.

Le cumul des consommations

La consommation d'alcool s'accompagne de la consommation d'autres substances toxiques (telles que le cannabis, l'ecstasy, les psychotropes...) pour cumuler les effets.

Le cumul des consommations aggrave le risque d'intoxication à cause des interactions pharmaco-biologiques. La polyconsommation peut entraîner une tolérance à l'alcool, comme c'est le cas avec la cocaïne.

La consommation régulière d'une substance psychoactive favorise la consommation des autres. Plusieurs études montrent que le trouble d'utilisation d'une substance multiplie par six environ le risque de présenter aussi un trouble lié à une autre substance. (33, p.27 et 72)

La conduite toxicomaniaque

Il s'agit d'une consommation quasi-quotidienne, caractérisée par des alcoolisations aiguës, massives. L'effet recherché est celui d'une « anesthésie-défonce ».

Elle peut être accompagnée de conduites à risque et de recherche de sensations intenses (conduite de véhicule à grande vitesse, conduite en état d'ivresse).

L'adolescent est souvent en rupture sociale et scolaire, avec un très grand risque de marginalisation.

La répétition des consommations

Des ivresses massives, répétées avec un intervalle court entre deux alcoolisations aiguës est un indicateur du risque d'usage nocif et de l'installation d'un phénomène de manque (« craving »).

A.II.4. Synthèse

L'adolescence est un travail psychique complexe, conflictuel qui permet aux jeunes de se séparer des parents et d'acquérir une indépendance, une autonomie, une individualisation (processus de séparation-individualisation). Il s'accompagne de l'affirmation de l'orientation sexuelle. Il permet l'acquisition d'une identité stable, l'intégration au groupe et le développement des liens sociaux.

L'expérimentation de l'alcool participe au processus nécessaire de transgression, d'intégration sociale par un rôle de « rituel de passage ». Pour certain, il peut aussi avoir un rôle d'exutoire. L'essentiel sera de différencier les comportements normaux des comportements pathologiques.

Les modalités de consommation chez les adolescents :

- Le « binge drinking » est le phénomène grandissant d'alcoolisation massive (grande quantité absorbée en une courte durée). Il touche 6 à 9 % des jeunes (contre 37 % en Irlande).
- Les prémix cumulent plusieurs facteurs qui favorisent l'absorption d'alcool : boissons très sucrées, gazeuses, peu concentrées en alcool, ce qui les rend particulièrement dangereuses.
- Les week-ends d'intégration (« spring break »)
- L'« eye-balling » (responsable de brûlures de cornées), le calage (concours de boisson)

La norme de la consommation d'alcool n'est pas facile à fixer ; celle donnée par l'OMS (l'abstinence pour tous les mineurs) semble excessive. Il semble que la limite s'établisse en fonction d'un ensemble d'éléments : la nature et les modalités de consommation (automédication, conduite toxicomaniaque, cumul des consommations, répétitions des consommations), les nombreux facteurs de risques associés : la précocité, la tolérance individuelle, les différents degrés de vulnérabilité du patient... Ce sont ces facteurs cumulés et répétés qui doivent faire craindre le passage d'une consommation festive à une consommation « addictive ». (Marcelli, 1999) (33, p.41).

A.III. ÉPIDÉMIOLOGIE (47), (48), (49), (50), (51), (52)

De nombreuses études nous permettent d'avoir une représentation des habitudes de consommation en France et à l'étranger.

Pour élaborer cette partie, nous nous sommes basées sur les études et les rapports suivants (cf. Annexes) :

- Le baromètre de la santé 2005 INPES : réalisé sur une population de 12 à 75 ans (4), (5)
- L'enquête ESPAD 2007 qui cible les jeunes de 16 ans (53), (54)
- L'enquête ESCAPAD 2008 qui étudie une population de jeunes de 17 ans (7), (8)
- L'enquête HBSC 2006 qui est réalisée avec des adolescents de 11 à 15 ans (55)
- Le comité de l'OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool (22)
- L'état de santé de la population française, rapport OFDT 2007 (6)
- Les enquêtes IREB : « les jeunes et l'alcool » réalisée en 2007 chez les jeunes de 13 à 24 ans (56), (57), (58) et « les français et l'alcool » réalisée en 2006 chez les personnes âgées de plus de 18 ans (59).

Leurs résultats ne sont pas toujours en accord avec les autres études. L'impartialité de cet organisme est discutable, du fait d'un financement par les alcooliers.

A.III.1. État des consommations chez les adolescents français

Plusieurs définitions, retrouvées dans les différentes études nous permettent de caractériser les consommations.

L'expérimentation : c'est le fait d'avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans sa vie. Elle englobe des consommateurs, mais aussi des adolescents ayant juste essayé ou ayant abandonné leur consommation ; elle décrit donc la diffusion du produit dans la population plutôt que son usage.

L'usage récent : au moins un épisode de consommation au cours du dernier mois.

L'usage régulier : au moins 10 fois au cours du dernier mois.

L'usage quotidien : au moins une fois par jour au cours du dernier mois.

L'ivresse régulière : désigne le fait d'avoir connu au moins dix épisodes d'ivresse au cours de l'année passée.

A.III.1.a. L'initiation

L'âge moyen lors de la première consommation est de 13,3 ans chez les garçons et de 13,5 ans chez les filles. (50)

A.III.1.b. La fréquence des consommations

Expérimentation :

À 11 ans, 59 % des élèves déclarent avoir bu de l'alcool au cours de leur vie et 92,6 % à 17 ans.

Usage récent :

À 15 ans, 58 % des élèves déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours du mois, les jeunes de 17 ans sont 77,4 % à être dans ce cas (82 % des garçons et 75 % des filles).

Consommation une fois par semaine :

L'enquête HBSC de 2006 a montré que la consommation de boissons alcoolisées au moins une fois par semaine a lieu chez 15 % des filles et 27 % des garçons de 15 ans. (13, p.6)

Les quantités consommées :

Les majeurs consomment bien plus que les mineurs.

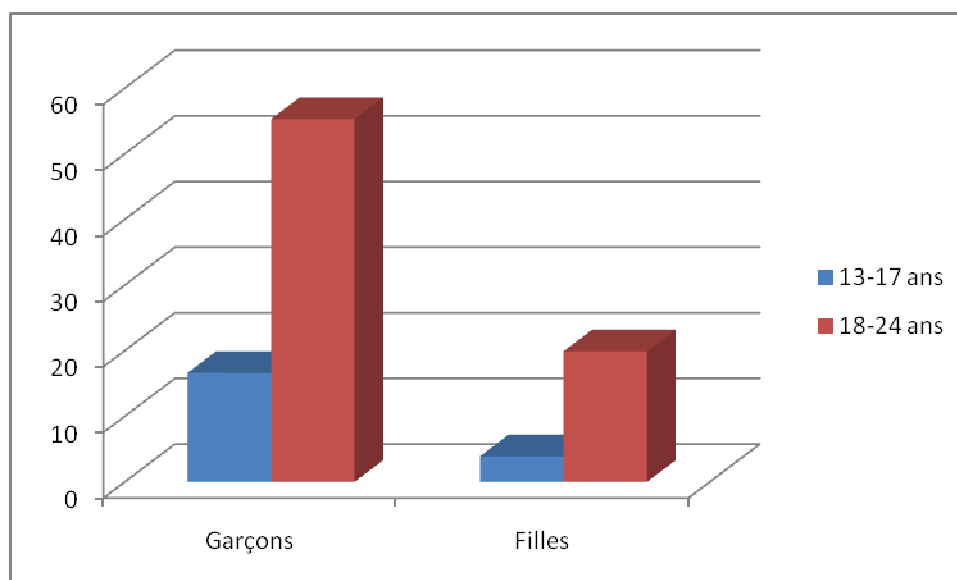


Figure 2 : Consommation moyenne estimée en nombre de verres par mois chez les 13-24

ans

Les différences selon le sexe :

Quel que soit l'âge, les filles sont plus nombreuses que les garçons à ne pas consommer ou à consommer peu. Les garçons sont nettement plus nombreux à consommer régulièrement de l'alcool (deux fois plus nombreux à 15 ans et trois fois plus nombreux à 17 ans). (50)

A.III.1.c. IvressesLa première ivresse :

Les garçons sont plus précoces quant à l'âge de la première ivresse : 14 ans en moyenne pour les garçons contre 14,1 ans chez les filles.

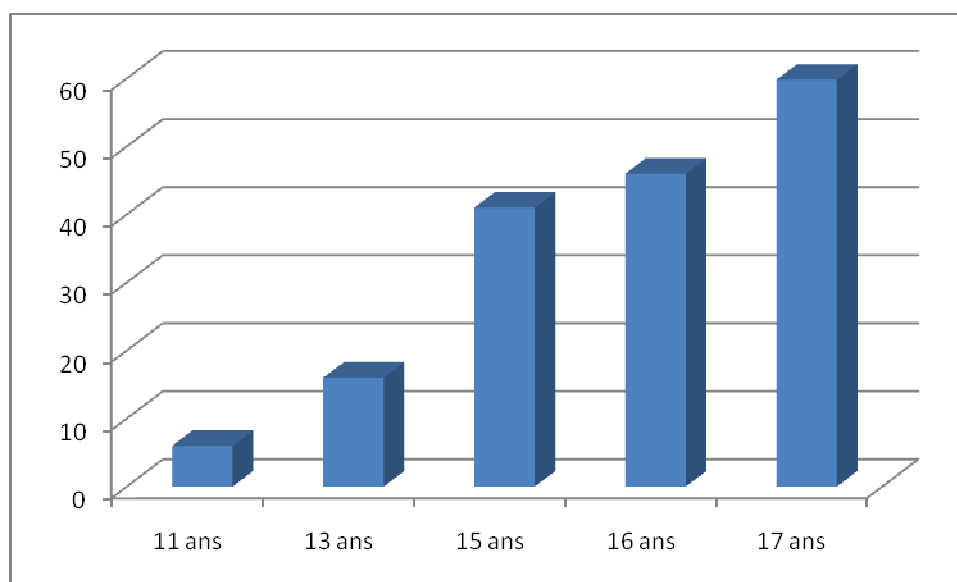
L'expérimentation des ivresses :

Figure 3 : Pourcentage des jeunes ayant expérimenté au moins une ivresse dans leur vie

Fréquence des ivresses :

A 16 ans, 36 % des jeunes ont été ivres dans l'année et à 17 ans, 50,5 % des jeunes.

L'ivresse répétée (au moins trois fois au cours des douze derniers mois) concerne 25,6 % des jeunes de 17 ans.

L'ivresse régulière (au moins dix fois au cours des douze derniers mois) concerne 3,5 % des jeunes de 16 ans et 8,6 % des jeunes de 17 ans.

A.III.1.d. « Binge drinking »

Si le comportement *binge drinking* existe, les questions qui permettent de le mesurer font défaut. La consommation de « cinq verres ou plus en une occasion » était l'indicateur communément retenu pour approcher le phénomène du *binge drinking*.

Le terme anglais implique une notion de temps (concentration des consommations sur une période courte) ainsi qu'une intention : atteindre l'ivresse.

Cependant on n'est pas nécessairement ivre après avoir bu cinq verres lors d'une même soirée, tout dépend de l'apport de nourriture, de la pratique d'exercice physique... On peut aussi être saoul en buvant moins de cinq verres d'affilée. Il y a sur ce point de grandes différences interindividuelles.

Cette définition a été récemment remise en question par une partie de la communauté scientifique, mais elle reste utilisée dans les études pour avoir une idée de la fréquence de ce phénomène chez les jeunes.

D'après les enquêtes ESPAD 2007 et ESCAPAD 2008, le phénomène est important chez les plus de 16 ans et les jeunes adultes. Il est retrouvé plus d'une fois par mois chez 48,7 % des jeunes de 17 ans et 39 % des jeunes de 16 ans et plus de dix fois au cours du dernier mois chez 2,4 % des jeunes de 17 ans. (8), (53

C'est surtout la répétition de ces consommations ponctuelles importantes qui doit constituer un motif de préoccupation.

A.III.1.e. Abus et dépendance

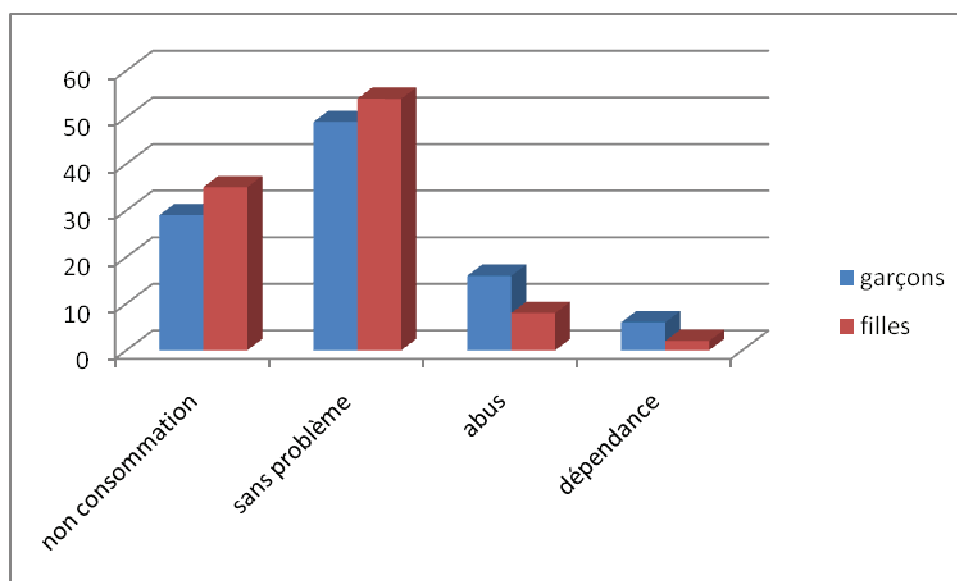


Figure 4 : Caractéristique des consommations en pourcentage des jeunes de 13 à 24 ans

(D'après l'enquête IREB et selon les critères du questionnaire Audit) (56, p.16)

Chez les jeunes de 13 à 24 ans, 22 % des garçons et 10 % des filles présentent une consommation pathologique.

L'usage quotidien ne concerne que 0,8 % des jeunes de 17 ans.

A.III.1.f. Motif de consommation (8), (50)

La plupart des consommations d'alcool chez les jeunes ont lieu le week-end, le soir et la nuit, avec des amis lors de soirées. Les consommations solitaires ou en semaine s'avèrent plutôt rares.

L'enquête ESCAPAD 2008 a permis de préciser les motivations de consommation et de non- consommation d'alcool chez les jeunes (8). La fête est de loin le principal motif de consommation invoqué (80 % des jeunes de 17 ans), bien devant l'envie de « se défoncer » (11 % des jeunes). Les usages à visée anxiolytique ou relaxante sont très rares (3 %) de même que le fait de boire pour oublier ses difficultés (4 %). Moins d'un jeune sur vingt déclare boire par habitude. Les non-consommateurs expliquent leur choix avant tout par le manque d'intérêt suscité chez eux par l'alcool, viennent ensuite les craintes pour la santé, puis la peur de devenir dépendants. (48)

A.III.2. Évolution

Les études sont relativement récentes et permettent difficilement d'avoir un recul suffisant (évolution sur moins de 15 ans).

A.III.2.a. Initiation

Les enquêtes IREB réalisées en 2001 et 2007 ont permis de mettre en évidence une consommation de plus en plus précoce (avec un abaissement de 6 à 7 mois). La moyenne d'âge du premier verre d'alcool chez le garçon est de 13,8 ans en 2001 contre 13,2 ans en 2007. La différence est plus marquée chez les filles puisque la moyenne d'âge est passée de 14,3 ans à 13,6 ans en 6 ans. (56, p.19).

A.III.2.b. Consommations

Quantités consommées :

Les enquêtes IREB de 2001 et 2007 réalisées chez les jeunes de 13 à 24 ans montrent une diminution du nombre moyen de verres consommés par mois chez les garçons : 29,4 à 26,8 verres par mois. Mais une augmentation chez les filles : 8,9 à 10,6 verres par mois. (56, p.20)

Usage régulier :

Les enquêtes ne sont pas concordantes et ne permettent pas de conclure sur une évolution. En effet, elles montrent une augmentation des usages réguliers chez les jeunes de 16 ans entre 1999 et 2007 et une diminution chez les jeunes de 17 ans entre 2003 et 2008. (53)

A.III.2.c. IvressesÂge des premières ivresses :

Les études IREB ont montré que l'âge de la première ivresse est passé de 14. 7 ans en 1996 à 15. 2 ans en 2007. (56, p.22)

Expérimentation :

Toutes les études montrent que l'expérimentation des ivresses est en hausse.

Ivresses régulières :

Il est difficile de conclure à une évolution. Les enquêtes réalisées chez les jeunes de 16 ans montrent une relative stabilité des ivresses régulières entre 1999 et 2007. Mais celles des jeunes de 17 ans montrent une augmentation entre 2002 et 2008. (48)

A.III.2.d. « Binge drinking »

Les données des enquêtes montrent une hausse modérée des épisodes de consommations ponctuelles sévères d'alcool (au moins cinq verres en une occasion) chez les jeunes de 16 et 17 ans entre 1999 et 2008. (8)

Ces résultats concernant l'alcoolisation des jeunes permettent d'en dresser un tableau plus nuancé que ne le suggèrent certains discours centrés sur la gravité des comportements tels que l'ivresse et les consommations excessives.

A.III.3. L'état des consommations des adolescents étrangers

La consommation des jeunes est surtout occasionnelle dans les pays où il existe une longue tradition du « boire culinaire » comme l'Italie, la France et le Portugal, tandis que dans les pays où l'alcool est surtout source d'enivrement, la consommation d'alcool chez les adolescents est plus ancrée dans la vie quotidienne : comme en Belgique, en Allemagne, au Danemark, et au Royaume-Uni.

A.III.3.a. Usage régulier

Avec 7 % d'utilisateurs réguliers d'alcool à 16 ans, la France se situe dans le dernier tiers des pays européens, l'usage régulier d'alcool variant entre 25 % (Pays-Bas) et 3 % (Finlande).

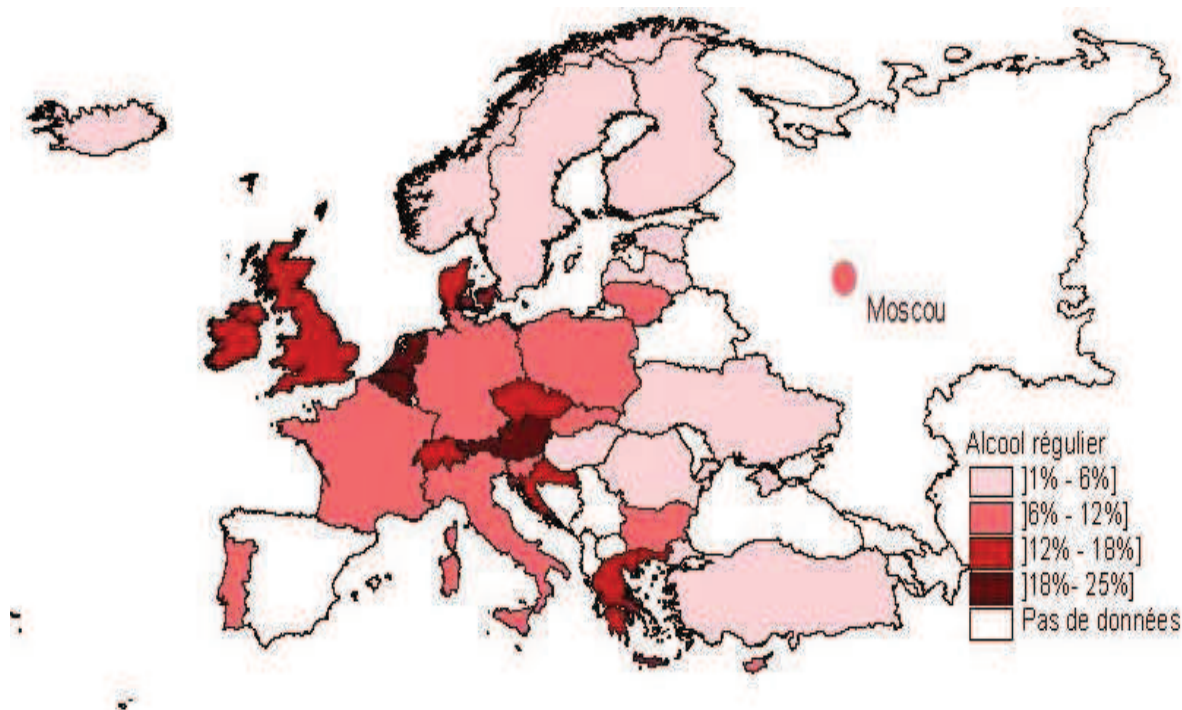


Figure 5 : L'usage régulier de l'alcool chez les jeunes de 16 ans (60)

A.III.3.b. Ivresses

Concernant l'ivresse (chez les jeunes de 16 ans), la France est au 32^e rang européen avec 43 % déclarant avoir déjà été ivres (le premier pays étant le Danemark avec 85 %).

D'après l'étude HBSC, en ce qui concerne les ivresses chez les 11-15 ans, la France se situe parmi les dix pays où les ivresses sont les moins fréquentes.

Pour les ivresses plus récentes, la proportion d'élèves âgés de 16 ans déclarant avoir été ivres au moins une fois au cours des douze derniers mois est nettement plus faible que l'ensemble des pays européens (29 % contre 53 % en moyenne).

A.III.4.a. Les différences selon l'âge

Les consommations sont très différentes selon les générations. Les jeunes consomment surtout de façon occasionnelle tandis que les plus âgés consomment plus de manière hebdomadaire voire quotidienne, avec une augmentation significative après 25 ans pour la consommation quotidienne et de la consommation hebdomadaire après 20 ans (13, p.3).

De nombreuses études montrent que les consommations quotidiennes d'alcool concernent surtout les plus de 60 ans.

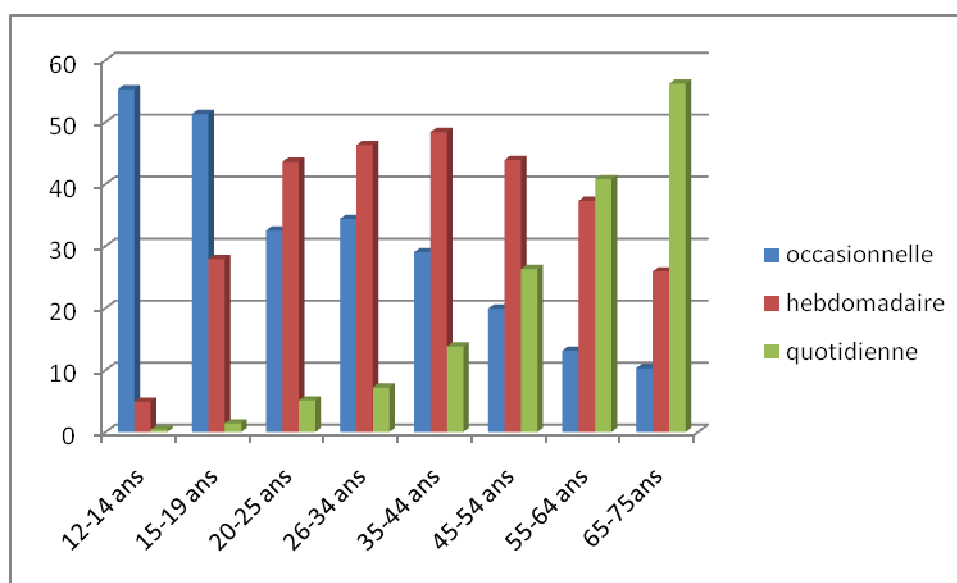


Figure 7 : Consommation déclarée de boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois suivant l'âge, en pourcentage, chez les hommes (13, p.3)

A.III.4.b. « Binge drinking »

On parle beaucoup du « binge drinking » et de consommation excessive chez les jeunes, mais les différences de consommation chez les jeunes et les adultes plus âgés ne sont pas si franches qu'on pourrait l'imaginer (62).

Le baromètre de la santé 2005 (4, p.116) met en évidence une consommation, de plus de 6 verres en une seule occasion, assez élevée chez les jeunes adultes .

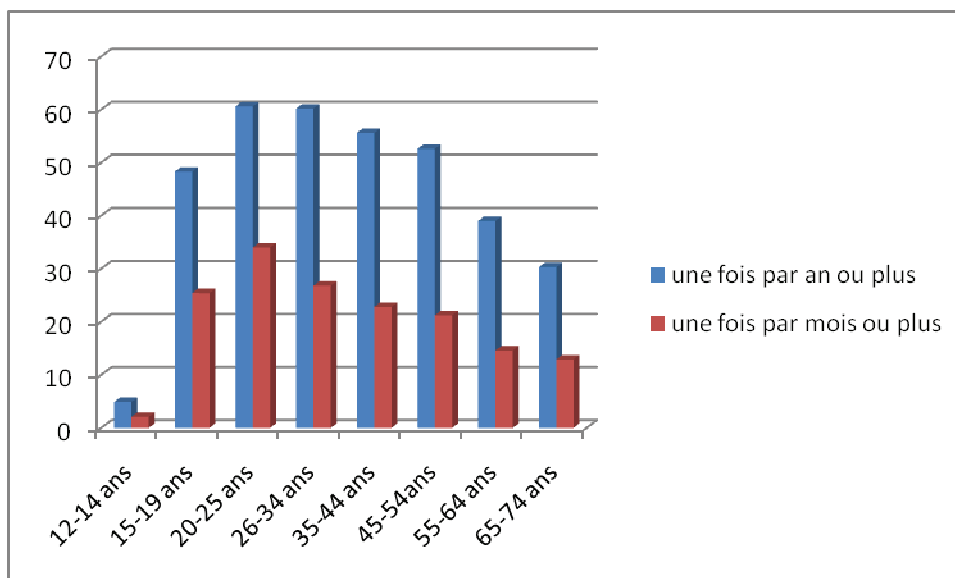


Figure 8 : Consommation d'au moins 6 verres au cours d'une même occasion, au cours des 12 derniers mois suivant l'âge, en pourcentage, chez les hommes

A.III.4.c. Alcoolodépendance

Sur l'ensemble des 18-75 ans, 10 % des individus peuvent être considérés comme ayant ou ayant connu dans le passé une consommation problématique d'alcool selon les critères du questionnaire Audit.

Ces résultats n'ont pas pour objectif de minimiser la consommation des jeunes, mais plutôt de rappeler que le problème de consommation d'alcool ne concerne pas que les jeunes.

A.III.5. Synthèse

L'âge moyen lors de la première consommation est de 13,3 ans chez les garçons et de 13,5 ans chez les filles.

Consommation d'alcool : À 15 ans, 58 % des jeunes déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours du mois. Les jeunes de 17 ans sont 77,4 % à être dans ce cas. Les garçons sont nettement plus nombreux à consommer régulièrement. (50).

L'usage quotidien concerne 0,8 % des jeunes de 17 ans.

L'ivresse : À 16 ans, 1 jeune sur 3 a été ivre dans l'année et 1 sur 2 à 17 ans. L'ivresse régulière (au moins dix fois au cours des douze derniers mois) concerne 8,6 % des jeunes de 17 ans.

Le binge drinking semble un phénomène croissant. À 17ans, presque un jeune sur deux l'expérimente une fois par mois (8, 53). En réalité, la juxtaposition de la répartition de ce genre de consommation et les ivresses met en évidence un net écart entre les deux phénomènes. L'ivresse ne serait pas systématiquement le but recherché des consommations (57, p.6). Boire 5 verres lors de la même occasion ne semble pas obligatoirement mener à l'ivresse.

Chez les jeunes de 13 à 24 ans, 22 % des garçons et 10 % des filles présentent une consommation pathologique (critères du questionnaire Audit).

La fête est de loin le principal motif de consommation invoqué (80 % des jeunes de 17 ans), bien devant l'envie de « se défoncer » (11 % des jeunes) (8).

L'évolution est assez nette : la consommation est plus précoce et le nombre d'ivresses régulières augmente aussi progressivement (48). Mais l'usage régulier est moins fréquent .

Comparaison avec les autres pays européens :

Les jeunes Français, à la différence des adultes, boivent moins que 2/3 des Européens du même âge. Ils sont 7 % d'usagers réguliers d'alcool à 16 ans contre 25 % (Pays-Bas) et 43 % à avoir déjà été ivres (le Danemark étant le premier avec 85 %)

En France, les jeunes semblent bien conscients des risques liés aux consommations contrairement à certains pays où la consommation est plus importante.

Sans nier leur caractère préoccupant, les comportements dangereux ne concernent pas la majorité des jeunes et les données relatives à l'évolution des consommations invitent à des conclusions mitigées.

A.IV. LES FACTEURS DE RISQUE DES CONSOMMATIONS INAPPROPRIÉES

De nombreuses études montrent que les conduites addictives se développent dans un contexte de souffrance psychologique, familiale et/ou sociale. La bonne connaissance des facteurs de risques est absolument capitale. Le rôle du médecin traitant est de cibler rapidement cette population à risque, pour permettre des actions de prévention grâce à la mise en place d'un soutien psychosocial adapté et précoce. L'idéal serait d'agir dès l'enfance (33, p.11).

Le repérage de ces éléments individuels ou environnementaux constitue également un élément diagnostique et pronostique particulièrement important. En effet, l'existence de ces facteurs, lorsqu'ils sont concomitants à la consommation de produits psychotropes, laisse fortement présager l'installation d'un usage nocif puis d'une dépendance. Ces facteurs sont à la fois facteurs de risque d'usage nocif, mais également indicateurs de gravité lorsque la consommation nocive est installée (33, p.60).

Certains facteurs agissent surtout sur le passage de l'abstinence à la consommation, ce sont principalement les facteurs situationnels, socioculturels et environnementaux. D'autres facteurs sont à l'origine du développement de l'abus et de la dépendance, ce sont surtout les facteurs psychologiques, psychiatriques et biologiques. (63)

A.IV.1. Facteurs personnels

A.IV.1.a. Personnalité

Certains traits de personnalité sont associés à un risque plus important de consommation de substances psychoactives et de développement d'abus et de dépendance :

- la faible estime de soi
- l'autodépréciation, la timidité
- les réactions émotionnelles excessives
- la difficulté à faire face aux événements et à établir des relations stables et satisfaisantes
- les difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels (64)

A.IV.1.b. Tempérament

Le tempérament correspond à un ensemble d'attitudes, de conduites et de comportements. Certains se sont révélés particulièrement prédictifs de la survenue d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool et de drogues à l'adolescence.

On peut citer :

- un niveau élevé de recherche de sensations et de nouveautés
- un faible évitement du danger
- un retour lent à l'équilibre après un stress
- un faible niveau de sociabilité.

A.IV.1.c. Troubles du comportement

Les troubles du comportement (comportements antisociaux, troubles du comportement alimentaire...) sont souvent à l'origine de consommations inappropriées de substances psychoactives. D'ailleurs, la conduite addictive peut être considérée comme l'une des manifestations du trouble du comportement.

A.IV.1.d. Troubles psychiques et psychiatriques

La survenue précoce de troubles psychiques peut, selon les études, multiplier par deux le risque de développer un abus ou une dépendance (33, p.64).

Dans les troubles de l'humeur (troubles dépressifs, anxiété), l'alcool a un rôle d'automédication d'où le risque élevé de développer un abus ou une dépendance. Globalement, les adolescents anxieux sont moins consommateurs que les autres, mais plus à risque de développer un abus ou une dépendance.

A.IV.1.e. Événements traumatisants

Les événements de vie et les expériences individuelles ont aussi une grande importance en tant que facteurs de vulnérabilité, notamment :

- la perte, la séparation, le deuil
- les grossesses non désirées
- les histoires d'abus sexuels
- les maladies graves
- les agressions, les sévices, les enlèvements

A.IV.2. Facteurs familiaux (63), (65)

A.IV.2.a. Fonctionnement familial

Les facteurs de risque liés au fonctionnement familial sont les suivants :

- l'existence de troubles de l'attachement
- des relations parents – enfants insatisfaisantes et conflictuelles (communication intrafamiliale difficile ou absente)
- un faible niveau d'encadrement, d'autorité ou au contraire des attitudes parentales coercitives et injustes
- la faible importance accordée à la scolarité
- la structure familiale : les familles recomposées, les familles mono-parentales avec seulement le père (le divorce n'est pas un facteur de risque, les jeunes de parents divorcés consomment moins fréquemment de l'alcool que les jeunes de parents non divorcés et cela provient sûrement du fait que les enfants vivent avec leurs mères qui sont moins consommatrices).
- les violences intrafamiliales (qui ont un rôle plus indirect par le biais de la survenue de troubles psychopathologiques chez l'enfant : troubles affectifs, du comportement et de la personnalité)
- les troubles mentaux chez les parents (troubles dépressifs et anxieux...)
- l'absence parentale (parents qui rentrent tard avec des enfants livrés à eux-mêmes)

A.IV.2.b. Consommations parentales

La plupart des études montrent une corrélation importante entre des antécédents familiaux d'alcoolisme et de toxicomanie et un début précoce d'abus de substances chez les jeunes.

L'enquête IREB a mis en évidence que les manières de boire des parents jouent un rôle important pour les mineurs comme pour les majeurs.

Chez les mineurs (13-17 ans), une consommation des parents perçue par le jeune comme problématique augmente son propre risque de développer une consommation d'alcool abusive. À l'inverse, si les parents ne boivent jamais d'alcool devant le jeune, un mineur sera trois fois plus souvent non consommateur.

Chez les majeurs (18-24 ans), si la consommation des parents est fréquente avant et pendant les repas, cela multiplie par deux le risque d'une consommation problématique chez le jeune (57, p.9).

Les enfants d'alcooliques ont trois fois plus de risques de débiter l'usage dès 14 ans, quatre fois plus de risques d'avoir expérimenté l'ivresse à 17 ans. Ce phénomène s'explique par la combinaison de facteurs génétiques et environnementaux (63, p.177).

A.IV.2.c. Attitudes face aux consommations des enfants

À travers leurs consommations, les jeunes étudient les capacités à répondre de leurs parents. Ils testent leur crédibilité, leur disponibilité et leur capacité à réagir.

La tolérance familiale pour l'usage d'alcool ou de drogue, une attitude « laxiste » (qui est vécue comme un manque d'encadrement, d'autorité) est un des facteurs de risque les plus incitatifs à l'abus de substances chez l'enfant et l'adolescent. Si les jeunes sont autorisés à consommer à la maison, ils consommeront davantage à l'extérieur avec leurs pairs et développeront plus de problèmes liés à l'usage (63, p.210-213).

De même, une attitude coercitive, ressentie par le jeune comme injuste et intolérante, aura tendance à entraîner une consommation plus importante.

A.IV.2.d. Facteurs biologiques (63)

Il existe une transmission générationnelle des prises de risques, des comportements agressifs, antisociaux, de la délinquance, mais aussi de l'addiction à l'alcool.

On remarque aussi une action de la génétique sur la tolérance à l'alcool. Certains individus doivent boire plus pour avoir les mêmes effets que les autres, ce qui peut favoriser l'apparition d'une dépendance. Cela se traduit par un risque important pour les enfants de parents alcooliques de développer un trouble lié à la consommation. Pour certains, il existerait un déterminisme génétique à l'alcoolodépendance. Celle-ci est trois à cinq fois plus fréquente dans les familles d'un patient alcoolodépendant.

A.IV.3. Facteurs socio-économiques et culturels

A.IV.3.a. Milieu socioculturel

Dans l'enquête ESCAPAD, l'élévation du milieu social et économique de la famille est associée à une augmentation des consommations régulières et des ivresses à 17 ans (très probablement due aux ressources financières), mais les conduites inadaptées (telles que l'abus et la dépendance) ne sont pas plus fréquentes.

Le milieu socioculturel d'origine ne se révèle pas comme un facteur de risque ayant une relation directe avec l'apparition d'un abus ou d'une dépendance. Néanmoins, les facteurs qui favorisent une perte des repères sociaux sont associés à des consommations inadaptées.

On peut citer :

- la misère familiale
- l'absence de domicile fixe
- le chômage
- les communautés de quartiers défavorisés à haute densité de population et à taux élevé de criminalité où circulent de multiples substances psychoactives

La marginalisation, quelle qu'en soit la cause, est fortement corrélée à l'usage de substances psychoactives.

A.IV.3.b. Marketing et publicité

Il est prouvé par certaines études que la publicité favorise l'initiation à l'alcool chez les jeunes et qu'elle incite les adolescents déjà consommateurs à augmenter leur consommation. Plus l'exposition à la publicité est importante, plus la consommation d'alcool est élevée (66). Les médias tels que les films, les séries et les jeux vidéo influencent aussi les consommations des jeunes et leur comportement (violence, conduite automobile rapide...).

A.IV.3.c. L'absence de scolarisation

Tous les auteurs mettent en avant comme facteur de risque significatif l'absence d'encadrement pédagogique et la déscolarisation. Ceci facilite les mauvaises fréquentations et le risque d'engagement dans une consommation toxicomaniaque. L'enquête IREB montre ainsi que chez les majeurs, la probabilité d'être non- consommateur d'alcool est plus élevée chez les étudiants et les élèves scolarisés dans le secondaire que chez les jeunes actifs (57, p.11).

A.IV.3.d. Le rôle des pairs

Il est évident que le groupe de pairs joue un rôle majeur dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogue à l'adolescence, que ce soit par l'usage au sein du groupe ou par la grande tolérance du groupe aux substances.

Cependant, les jeunes cherchent à se regrouper entre pairs aux mêmes consommations, aux mêmes « normes » : on parle d'appariement. Ces regroupements ne feront qu'accentuer l'utilisation et l'usage nocif de substances psychoactives.

L'influence du groupe s'exerce selon un double processus. D'une part « le modelage », et d'autre part, la coercition, car le refus de consommer provoque la désapprobation et le rejet du groupe. Certaines études suggèrent d'ailleurs que les enfants prédisposés à l'usage de drogue puissent en entraîner d'autres avec des penchants similaires.

Les risques d'abus et de dépendance augmentent avec le nombre d'ivresses chez leurs amis.

En revanche, les adolescents qui prennent des substances sous l'influence de la pression du groupe de pairs, en l'absence de dysfonctionnement psychopathologique, se révèlent plus capables de stopper l'usage de drogue.

A.IV.4. Modalités des consommations

Comme nous l'avons vu précédemment, certaines modalités de consommation sont associées à un risque important de développer un abus ou une dépendance.

Nous nous contenterons de les citer :

- l'âge précoce des premières consommations
- le vécu des premières consommations. Elles conditionnent le comportement ultérieur, car une expérience banale ou désagréable lors des premières consommations engendre moins de risque de développer un abus ou une dépendance.
- le cumul des consommations
- les conduites toxicomaniaques
- les consommations à but d'automédication
- la répétition des consommations
- les consommations en solitaire...

A.V. LES RISQUES DES CONSOMMATIONS

L'alcool est la seconde cause de mortalité évitable dans notre pays (après le tabac) et la première cause de mortalité chez les jeunes hommes (67, p.1).

Il est également fortement impliqué dans les accidents de la route, les traumatismes, les violences, l'apparition de certains troubles mentaux... (29, p.9)

Il ne faut pas stigmatiser la consommation des jeunes, mais il faut savoir les mettre en garde par rapport aux risques encourus, souvent méconnus ou minimisés.

A.V.1. Les risques médicaux des consommations ponctuelles

Au regard de leurs modalités de consommation d'alcool, les risques auxquels les jeunes s'exposent sont en premier lieu ceux liés aux effets immédiats du produit.

L'alcool provoque une désinhibition, une diminution du contrôle de soi, une altération des réflexes et de la vigilance, une perturbation de la vision, une mauvaise coordination des mouvements, une somnolence... Les risques qui en découlent sont les accidents de la route, les traumatismes, les violences, les rapports sexuels non consentis ou non protégés.

A.V.1.a. Ivresses pathologiques

Les ivresses pathologiques existent sous plusieurs formes : excitomotrices, hallucinatoires, délirantes, convulsivantes. Dans de nombreux cas, ces ivresses s'accompagnent d'une amnésie transitoire, voire d'un coma éthylique.

Les ivresses peuvent s'accompagner d'une hypothermie, d'une hypoglycémie, d'une acidocétose alcoolique, de troubles du rythme supra-ventriculaire, ou de crises comitiales.

A.V.1.b. Accidents de la voie publique et traumatismes (68), (69)

Chiffres

Les accidents de la voie publique représentent 2 % des décès en France et la première cause de décès chez les jeunes (40 % des décès).

Les facteurs de risque d'accident mortel chez les jeunes sont : la consommation d'alcool, la consommation de cannabis, la fatigue, la sur-occupation du véhicule, la pression de pairs, la vitesse, le non-attachement (52), (63), (68).

L'alcool est en cause dans 34 % des accidents mortels, 10,5 % des accidents corporels, ce qui en fait le premier facteur d'accident devant la vitesse (2, p.5).

Le risque relatif d'accident mortel augmente avec le taux alcoolémie. (1, p.46), (70).

Dans 85 % des cas d'accidents mortels liés à l'alcool, les responsables étaient des buveurs occasionnels.

Malgré cela, certaines études révèlent un pourcentage encore élevé de personnes qui déclarent conduire alors qu'elles ont bu. Ce problème ne concerne pas uniquement les jeunes puisque la conduite en état d'ivresse concerne bien plus souvent les adultes que les jeunes. Les jeunes sont d'ailleurs plus sensibilisés que leurs aînés pour adopter le principe du conducteur désigné (80 % des 18-34 ans contre 68 % de l'ensemble des français) (59).

Pourtant les accidents sont plus fréquents chez les jeunes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences.

Facteurs favorisant les accidents de la route chez les jeunes :

- Les jeunes consommateurs peuvent avoir une moins bonne tolérance à l'alcool.
- La fatigue et le stress amplifient les effets de l'alcool. Les jeunes étudiants ont souvent une dette de sommeil en période d'examen, les jeunes travailleurs subissent un rythme de travail fatigant. La consommation d'alcool a un effet stimulant lors de la montée de l'alcoolémie, mais un effet sédatif ensuite d'où la sensation de fatigue lors des trajets retours de soirées.
- La présence de passagers peut agir comme un double facteur de risque. Un facteur quantitatif, les jeunes étant souvent nombreux dans les voitures d'où un nombre important de victimes lors des accidents. Un facteur qualitatif, les passagers pouvant distraire le conducteur et pousser le conducteur à prendre plus de risques (68).
- Les jeunes sont plus impulsifs et moins conscients des risques. Ils n'ont, en général, pas de problème de santé. Ils se sentent invincibles, invulnérables ce qui renforce la distorsion de la perception du risque (68).
- Ils sont parfois à la recherche de sensations fortes (15).
- Les expériences de conduite compensent les effets de l'alcool. Les jeunes conducteurs, « moins bons techniquement » seront plus perturbés par une même dose d'alcool.
- Les caractéristiques du véhicule peuvent aussi expliquer la surmortalité chez les jeunes.

L'alcool n'apparaît pas seulement comme cause de l'accident. Sa consommation augmente souvent la gravité des accidents et peut en modifier les conséquences. On note ainsi un taux de létalité plus important (gravité des lésions, complications des interventions...).

Les autres traumatismes, tout en étant moins graves, restent tout aussi fréquents : risque de chutes avec traumatisme crânien, fractures, entorses, plaies...

La consommation d'alcool serait responsable de 10 à 20 % des accidents du travail par an (26, p.10) et de 20 % des accidents domestiques (16, p.48).

A.V.1.c. Conduites suicidaires

La deuxième cause de décès chez les jeunes est le suicide, il représente 16 % des décès des 15-24 ans. (63), (71).

15 % des adolescents sont en souffrance psychologique, 10 % ont des idées suicidaires et 6,5 % passent à l'acte.

L'acte suicidaire chez les jeunes a souvent comme finalité de mettre un terme à un conflit devenu intolérable. Les jeunes évoquent souvent un fait précis : une dispute, une rupture... Le désir de mort n'est pas forcément présent. Il s'agit de crises suicidaires impulsives (72).

Il existe un lien direct entre la consommation d'alcool et le risque de tentative de suicide et de suicide. Ce lien est plus fort dans le cas d'une ivresse que dans le cas d'une consommation chronique (12, p.30). 50 % des patients consultant aux urgences pour une tentative de suicide ont consommé de l'alcool.

L'alcool peut servir à se « donner du courage » ou être utilisé comme anesthésiant. Il favorise le passage à l'acte et les gestes à haute létalité par phénomène de désinhibition, en augmentant l'impulsivité et en réduisant le contrôle comportemental.

Il confère aux tentatives de suicides médicamenteuses une gravité supplémentaire, car il potentialise les effets toxiques des médicaments ingérés (72).

La consommation d'alcool peut favoriser l'émergence d'idées de suicide, même chez des personnes qui ne sont pas déprimées.

Aborder le problème d'alcool et des consommations à risque permet aussi d'aborder ces problèmes de mal-être avec les jeunes. Cela permet de repérer les jeunes « en danger » et ainsi d'être plus attentif à leur consommation. De plus, les tentatives de suicide à l'adolescence sont prédictives de suicides à l'âge adulte (68).

A.V.1.d. Violences physiques et sexuelles

La consommation d'alcool est responsable de violences physiques et sexuelles. L'alcool augmente la gravité des agressions.

D'après l'enquête VAMM (73), 40 % des personnes ayant participé à une bagarre dans un lieu public, 25 % des auteurs d'agression en dehors de la famille et 35 % des auteurs d'agression au sein de la famille avaient consommé de l'alcool dans les deux heures précédant l'acte violent.

La quantité d'alcool consommée est le plus important prédicateur statistique de passage à l'acte (74).

Il existe aussi un risque plus élevé de maltraitance des enfants dans les familles au sein desquelles un ou deux parents ont un problème d'alcool.

Des taux d'alcoolémie ou des niveaux de consommations élevés sont fréquemment observés non seulement chez les agresseurs violents, mais aussi chez leurs victimes. Plus une personne a consommé d'alcool, plus elle est à risque de subir une agression sexuelle perpétrée par un inconnu alcoolisé (12, p.26). La moitié des adolescentes abusées l'aurait été sous l'emprise de l'alcool (75, p.8).

L'altération des capacités d'intégration rend le sujet inapte à prévoir les risques encourus. La perte de discernement liée à l'alcoolisation entraîne un risque grave d'agression sexuelle.

A.V.1.e. Conduites sexuelles à risque

La consommation d'alcool a un effet désinhibant et s'accompagne d'une augmentation du désir sexuel.

Elle est responsable d'une baisse de la vigilance, d'une fatigue et, parfois, de perte de mémoire qui peuvent expliquer des rapports sexuels non protégés.

Chez 30 à 40 % des adolescents, le premier rapport sexuel se fait sous l'emprise d'alcool (15, p.183).

A.V.2. Les risques des consommations chroniques (76, p.188-197)

La consommation d'alcool chez les jeunes comporte également des risques différés. L'alcool a un effet délétère sur le développement de certaines régions cérébrales ne terminant leur maturation qu'en fin d'adolescence. Plus la consommation d'alcool commence à un âge précoce, plus les dommages sont importants.

Au cours de l'adolescence, l'alcool peut conduire à des modifications de la structure de l'hippocampe (partie du cerveau impliquée dans le processus d'apprentissage) et affecter définitivement le processus de développement du cerveau (12, p.32).

En dehors de cette particularité, les complications des consommations chroniques concernent surtout les adultes puisqu'elles sont consécutives à une consommation importante sur de nombreuses années. Nous les citerons sans les détailler.

A.V.2.a. Complications neurologiques (77)

- Le délirium trémens
- Les crises d'épilepsie L'encéphalopathie de Wernicke
- L'encéphalopathie pellagreuse
- L'encéphalopathie hépatique
- Le syndrome de Korsakoff
- La poly neuropathie sensitivomotrice
- L'atrophie cérébelleuse
- La myélinolyse centro-pontique
- Le syndrome de Marchiafava-Bignami
- Accidents vasculaires cérébraux : les épisodes de consommations massives constituent un facteur de risque important d'AVC chez les jeunes adultes.

A.V.2.b. Complications gastro-entérologiques

- Hépatite aiguë alcoolique
- Stéatose hépatique
- Fibrose hépatique et hypertension portale
- Cirrhose
- Carcinome hépatocellulaire
- Pancréatite aiguë et chronique
- Reflux gastro-œsophagien, œsophagite, gastrite
- Cancer des voies aérodigestives supérieures

A.V.2.c. Complications psychiatriques (72)

- Troubles de la personnalité induits par la consommation chronique d'alcool : l'apsochgnosie, la régression affective, la méconnaissance de la consommation.
- Troubles psychotiques et délires chroniques
- Troubles anxieux
- Dépressions secondaires

A.V.2.d. Autres complications

- Hématologiques : anémie, leucopénie, thrombopénie, syndrome de Zieve (syndrome hémolytique avec hypercholestérolémie et stéatose hépatique)
- Endocrinologiques : hypoglycémie, hypogonadisme, hyperoestrogénisme, diminution de la fertilité, diabète non-insulinodépendant.

La consommation d'alcool au début de l'adolescence peut supprimer la production d'hormones de reproduction féminines, entraînant un retard de puberté et une atteinte de la maturation du système reproducteur (12, p.36).

- Electrolytiques : déshydratation, hyperhydratation, hyponatrémie.
- Cardio-vasculaires : HTA, troubles du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque par avitaminose B1, cardiomyopathie alcoolique, coronaropathie (en cas de consommation importante).
- Cancers : augmentation du risque de cancers de la bouche, de l'œsophage, du larynx (voies aérodigestives supérieures), du foie, du sein chez la femme et dans une moindre mesure, de l'estomac, du colon et du rectum (12, p.33).
- Maladie de Dupuytren...

A.V.3. Grossesse et alcool

Chaque année, plus de 3000 adolescentes de moins de 16 ans sont enceintes (et près de 16000 avant 18 ans). Un peu moins des deux tiers ont recours à l'IVG, les autres veulent poursuivre leur grossesse ou la révèlent trop tardivement (1, p.47).

- La consommation d'alcool est responsable d'une augmentation du risque de fausse couche, de retard de croissance intra-utérin, de prématurité, de faible poids de naissance...
- L'alcool est un puissant tératogène.
- Le syndrome d'alcoolisme fœtal, due à la consommation d'alcool pendant la grossesse, comprend un retard de croissance, une dysmorphie crânio-faciale, des malformations congénitales (cardiopathie, anomalies du système nerveux, anomalies du squelette, fentes labio-palatine...), des atteintes neurocomportementales (retards mentaux, des troubles du comportement...)

- Une exposition prénatale à l'alcool peut être associée à des déficiences intellectuelles qui peuvent se manifester plus tard dans l'enfance, par des altérations du fonctionnement intellectuel et des capacités d'apprentissage, des troubles du langage, de la mémoire spatiale et du raisonnement, du temps de réaction, de l'équilibre ainsi que d'autres troubles moteurs et cognitifs.
- La consommation d'alcool pendant la grossesse est la première cause non génétique d'handicap mental chez l'enfant.
- Il n'existe pas de seuil connu donc le mot d'ordre est : aucune consommation d'alcool pendant la grossesse.
- Récemment, une étude (78) a créé la polémique avec des résultats surprenants au sujet de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes. Après avoir observé 11500 enfants nés entre 2000 et 2002, les chercheurs se sont rendu compte qu'une faible consommation d'alcool (1 à 2 verres par semaine) ne nuit pas au bon développement du bébé. Plus précisément, les enfants dont la mère avait bu un à deux verres d'alcool par semaine durant leur grossesse ne présenteraient pratiquement aucun problème de comportement ou de retard intellectuel à l'âge de 5 ans. Ces enfants auraient même 30 % de risques en moins d'avoir des problèmes de comportement et auraient obtenu des scores plus élevés aux tests de développement mental que les autres.
- Cette étude vient en partie contredire les actions des autorités sanitaires qui visent à prévenir les femmes des risques consécutifs à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Cette contradiction s'explique par le fait que la Direction Générale de la santé, qui prône l'abstinence pour les femmes enceintes, ne s'appuie pas forcément sur la recommandation des experts, mais se base sur le principe de précaution. En effet, le risque est probablement graduel et proportionnel à la dose d'alcool absorbée. Au-delà de deux verres, celui-ci augmente considérablement.
- Deux chiffres sont à opposer à cette étude : seules 6 % des femmes seraient conscientes des risques de l'alcool sur leur bébé (79) et 20 % des femmes continuent à consommer de l'alcool pendant leur grossesse (étude INSERM). L'abstinence est donc bien sûr toujours le mot d'ordre.

- D'autre part une thèse a mis en exergue les difficultés d'approche de la question de l'alcoolisation au cours de grossesse (80),(81). Cette question semble difficile, car les médecins se sentent peu concernés, et sont mal à l'aise pour aborder le problème ne serait-ce que pour prononcer le mot « alcool ». La stigmatisation de l'alcoolisme, et la méconnaissance des risques sur le fœtus s'accompagnent d'une projection personnelle de la part des médecins eux-mêmes.

A.V.4. Les autres risques

A.V.4.a. Risques sociaux, scolaires, professionnels

Il existe un risque accru pour les jeunes consommateurs de « désinsertion » sociale et d'échec scolaire.

La consommation d'alcool peut entraîner une altération de la mémoire, des troubles de l'attention et de la concentration, associés à une fatigue liée aux soirées. Le retentissement sur les résultats scolaires ne se manifeste généralement qu'en cas de consommation régulière ou excessive.

Il existe un risque plus important de chômage et de problèmes au travail. En effet, les alcoolisations excessives et les ivresses augmentent le risque d'absentéisme, ainsi que les arrivées tardives et les départs prématurés du travail. La consommation d'alcool peut entraîner des comportements inadéquats responsables de sanctions disciplinaires ou d'une détérioration des relations entre collègues.

A.V.4.b. Risques judiciaires

La consommation d'alcool peut occasionner des conséquences judiciaires.

L'alcool serait associé à 20 % des délits (incluant les conduites délinquantes pour trouver un financement pour continuer à consommer).

D'après l'enquête VAMM, 32 % des destructions intentionnelles et 20 % des vols ont été précédés de consommation d'alcool.

L'alcool serait impliqué dans 40 à 50 % des homicides et 26 à 39 % des agressions physiques et sexuelles (67, p1).

Le taux légal d'alcoolémie en France est inférieur à 0,5 g/ L. Au-delà de ce taux, la conduite d'un véhicule constitue une infraction.

A.V.5. Synthèse

Les risques d'une consommation aiguë :

- Ivresse, amnésie, coma
- Accidents de la voie publique : ils sont la première cause de décès chez les jeunes (40 % des décès). Les jeunes sont plus sensibilisés que leurs aînés sur le risque, mais les accidents sont plus fréquents et plus graves, car l'alcool se cumule avec d'autres facteurs de risque.
- Conduites suicidaires : la deuxième cause de décès chez les jeunes est le suicide, qui représente 16 % des décès des 15-24 ans (63), (71). 50 % des patients consultant aux urgences pour une tentative de suicide ont consommé de l'alcool.
- Violences physiques et sexuelles : dans 25 à 40 % des cas, les auteurs d'actes violents ont consommé de l'alcool dans les 2heures précédentes. La perte de discernement liée à l'alcoolisation entraîne un risque grave d'agression sexuelle. La moitié des adolescentes abusées l'aurait été sous l'emprise de l'alcool (75, p.8).
- Conduites sexuelles à risque

Risques d'une consommation chronique :

- Neurologiques : L'alcool a un effet délétère sur le développement de certaines régions cérébrales ne terminant leur maturation qu'en fin d'adolescence. Plus la consommation d'alcool commence à un âge précoce, plus les dommages sont importants, notamment au niveau hippocampique.
- Gastroentérologiques, psychiatriques, hématologiques...
- Risques liés à la grossesse : l'alcool est la première cause de retard mental non génétique en France
- Risques sociaux, scolaires, professionnels et juridiques

A.VI. OUTILS DISPONIBLES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

De nombreux outils sont disponibles pour les professionnels de santé, mais ils sont peu étudiés pour la population des adolescents. Nous allons présenter quelques exemples.

A.VI.1. La prévention

Contrairement à ce que pensent les adultes, de nombreuses études montrent que les adolescents sont bien conscients de leur consommation et des risques. Souvent les consommateurs ont reçu plus d'informations que les non-consommateurs. Cela illustre le problème des informations données aux jeunes qui suscitent la curiosité et peuvent les amener à consommer.

A.VI.1.a. Action de prévention en France et information au public

Le plan gouvernemental 2004-2008 a prévu la mise en place obligatoire des actions de prévention des pratiques addictives tout au long de la scolarité, du CM2 à la terminale. Les actions centrées sur l'alcool se déroulent en 5^{ème} et en 4^{ème}.

De nombreux sites internet et brochures sont disponibles au public pour les informer sur les consommations et les risques. Nous pouvons citer par exemple, la brochure « Alcool, savoir plus, risquer moins. » (70), « Alcool, plus d'info pour moins d'intox » (82) de l'INPES.

La campagne "Boire trop : des sensations "trop" extrêmes", menée par l'INPES et le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative avait pour but de faire réfléchir les jeunes sur les dangers de leurs consommations. Elle visait les 15-24 ans à travers des spots télévisuels, des spots radiophoniques et un mini site internet. L'efficacité de cette campagne a été étudiée lors d'un post-test réalisé en septembre 2008. Ainsi, 20 % des jeunes interrogés ont déclaré que cette campagne les a incités à réfléchir, 15 % ont estimé qu'elle les a incités à réduire leur consommation et 81 % ont jugé que cette campagne avait trouvé le ton juste pour s'adresser aux jeunes (83).

Mais quelle crédibilité accorder à la prévention dans un pays où l'alcool a une place si importante au niveau économique et social et où la publicité autour de l'alcool est omniprésente ?

A.VI.1.b. Facteurs d'efficacité

La valeur dissuasive de l'information n'est pas efficace. L'intervention des forces de l'ordre en milieu scolaire est peu bénéfique, bien que largement répandue.

Les actions de prévention doivent être aussi précoces que possible et s'inscrire dans la durée (33).

Elles doivent être adaptées au contexte socioculturel et aux différentes tranches d'âges. En fonction des âges, on note des préoccupations et des expériences de l'alcool différentes (84).

Parmi les critères de qualité fondamentaux des programmes de santé, l'OMS pointe la nécessité de « partir de l'enfant » et d'appliquer des méthodes actives privilégiant un apprentissage basé sur le vécu. Il doit s'agir d'actions participatives et non seulement d'une transmission d'informations. Chacun doit se sentir concerné par les propos, interpellé, mais non jugé.

Le travail de groupe devrait être favorisé, car il permet aux jeunes de se comparer aux autres.

La famille est rarement impliquée activement. Or, sa participation s'avère indispensable, et ceci du début jusqu'à la fin de l'adolescence (33, p.210).

A.VI.2. Dépistage

À ce jour, il existe de nombreux tests de dépistage pour aider les praticiens à évaluer les consommations, dépister les usages à risques ou nocifs, et faire le diagnostic d'alcoolodépendance.

On peut dénombrer plus de 25 tests différents, partiellement validés pour le repérage des problèmes liés à l'alcool chez les adultes. Parmi eux, l'HAS recommande le DETA (cf. Annexe 3) le FACE (cf. Annexe 4) : qui permettent de dépister les problèmes d'alcool. Ensuite, l'AUDIT (cf. Annexe 5) détermine les conséquences et les dommages secondaires à la consommation. Ils ont été les plus étudiés et les plus utilisés, mais n'ont pas été validés auprès des adolescents. Les questionnaires CRAFFT et DEP-ADO ont été validés chez les jeunes (85).

À ce jour, aucune donnée ne démontre que le repérage systématique d'une conduite d'alcoolisation dangereuse et problématique provoque chez les patients des réactions négatives tels que gêne ou mécontentement, contrairement à ce que peuvent penser certains médecins (12, p7).

A.VI.2.a. Questionnaire CRAFFT/ADOSPA (86)

Le questionnaire « CRAFFT » (cf. Annexe 6) : Car, Relax, Alone, Forget, Family or Friends, Trouble) a été réalisé pour le dépistage des usages à risque et nocifs de substances psychoactives chez les adolescents.

Le questionnaire original a été créé et validé aux États-Unis en 1998. Ce test permet, à partir de deux réponses positives, de dépister un mésusage d'alcool avec une très bonne sensibilité et spécificité.

En France, c'est une version modifiée du CRAFFT qui a été validée, avec réponses ordinales à trois degrés (souvent/parfois/jamais) et ajout d'une septième question sur la conduite de véhicules à deux roues, le permis ne s'obtenant qu'à partir de 18 ans et non 16 comme aux États-Unis.

Une étude, menée en 2000 en milieu scolaire et en médecine générale, a permis un dépistage des consommateurs à risque avec une sensibilité de 75,1 % et une spécificité de 76,1 % (pour un score supérieur ou égal à 2)(87).

La thèse de médecine de S. Roujou (11), soutenue en 2006, avait pour but d'étudier la faisabilité de ce questionnaire par des médecins généralistes auprès d'une population de jeunes de 13 à 25 ans. La majorité des médecins a jugé ce test rapide et bien accepté par le patient, à condition de voir l'adolescent seul en consultation.

Le questionnaire CRAFFT est un outil parfaitement utilisable dans la pratique quotidienne des généralistes. Il permet au praticien d'aborder plus facilement le sujet, dans une stratégie de dépistage du plus grand nombre, en restant compatible avec la durée d'une consultation habituelle.

Pourtant, à distance de l'étude, seuls 40 % des praticiens ont continué à utiliser le test et l'ont intégré dans leurs actions de prévention. Ce résultat mitigé ne remet cependant pas en cause la faisabilité du CRAFFT mais met en lumière la difficulté d'évoquer les problèmes d'alcool avec les patients et de changer durablement leurs habitudes (86).

A.VI.2.b. Questionnaire DEP-ADO (88)

Le questionnaire DEP-ADO a été développé au Québec par le groupe de chercheurs du Risq afin de favoriser le repérage des situations à risque en matière de consommation de substances psychoactives et d'améliorer la communication entre équipes et la cohérence de la réponse sociale aux problèmes posés par l'usage de substances chez les jeunes (14-17ans). Son utilisation est validée et recommandée par un groupe d'experts francophones.

Il s'agit d'un questionnaire sur le tabac, l'alcool et les drogues illicites, auquel on peut répondre seul ou avec un intervenant, en une dizaine de minutes.

Il est composé de cinq questions et vingt-cinq sous-questions portant sur la fréquence de consommation des substances psychoactives au cours des douze derniers mois, les facteurs de gravité (âge de début, épisodes d'alcoolisation aiguë...) et les conséquences négatives sur la vie.

Il permet de classer les consommateurs en trois niveaux de risques :

- Feu vert : pas de problème lié à la consommation.
- Feu jaune : problème en émergence. La consommation devrait être réduite, une intervention précoce est souhaitable.
- Feu rouge : problème évident. L'adolescent devrait être orienté vers une structure spécialisée.

Le dépistage a lieu avant le diagnostic de consommation excessive d'alcool qui peut se traduire par des conséquences somatiques (irritabilité, nervosité, troubles du sommeil, troubles digestifs...) et psychologiques. L'existence de ces conséquences est rare chez les adolescents, c'est pourquoi nous ne détaillerons pas cette possibilité. L'intérêt d'un dépistage et d'une action précoces est d'éviter d'arriver à ce stade.

Les médecins disposent d'outils accessibles et faciles d'utilisation pour dépister les consommations à risques ou nocives. Malgré cela, les consommations sont très souvent sous-estimées par les intervenants de santé.

A.VI.3. Prise en charge, outils d'intervention

A.VI.3.a. Le conseil simple

Il consiste à informer le patient sur la consommation conseillée par l'OMS, et à lui expliquer la notion du verre standard. Si sa consommation est excessive, il faut l'en avertir. Le médecin explique les risques encourus, surtout si le patient présente déjà des problèmes de santé en rapport avec une consommation excessive.

Le conseil simple consiste aussi à demander au patient s'il a déjà pensé à diminuer sa consommation et à lui proposer une réduction de consommation.

Plusieurs études montrent qu'un entretien de ce type permet de réduire la consommation d'un certain nombre de consommateurs abusifs. S'il était formulé systématiquement par tous les praticiens, cela produirait un effet positif sur la santé publique.

Mais cette technique est loin d'être toujours suffisante (33, p.181).

A.VI.3.b. L'intervention brève

Ce concept a été développé dans les années soixante.

L'intervention brève est l'action thérapeutique possédant le plus haut niveau de preuves scientifiques d'efficacité dans le cadre des consommations d'alcool. C'est la méthode retenue par l'HAS dans ses recommandations chez les adultes (32).

Les programmes de dépistage et d'interventions brèves conduisent à une baisse de la consommation d'alcool à risque ou nocive (avec un maintien de cette réduction six à douze mois après l'intervention, 86), à une baisse des dommages causés par l'alcool et à une baisse de la mortalité.

Il a été estimé qu'une intervention brève faite par un médecin auprès de 25 % de sa patientèle permettrait d'éviter 9 % des maladies et mortalités prématurées causées par l'alcool (12, p.9).

À ce jour, aucune corrélation entre la durée du conseil et son efficacité n'a été démontrée. L'intervention brève serait efficace dès les cinq premières minutes. Il ne semble pas que des interventions prolongées soient plus appropriées que des interventions courtes (12, p.84).

Les interventions de plus d'une session ne seraient pas plus efficaces que celles d'une session unique.

Néanmoins, les études divergent quant au temps optimal et aux nombres de consultations. Cela devrait être adapté aux patients et à leurs attentes.

Au cours d'une étude, P. Monti a montré l'intérêt des interventions brèves auprès d'un public de jeunes ayant des problèmes d'alcool (33, p.205).

Il s'agit d'une méthode s'appuyant sur une évaluation de la consommation, une implication du patient et une mise en œuvre rapide des stratégies de changement.

Elle diffère du conseil simple, car son objectif est de fournir aux patients des outils de changement.

L'intervention brève suit un plan simple :

- **Évaluer la consommation du patient grâce à la restitution ou la réalisation avec le patient d'un test de repérage.**

Le test permet d'ouvrir le dialogue. L'HAS (32) conseille d'utiliser le test DATE chez l'adulte, le questionnaire actuellement le plus utilisé est l'AUDIT, mais il est assez long (cf. Annexe 5).

- **Expliquer les risques de l'alcool**
- **Informé le patient sur les consommations « conseillées » par l'OMS, lui expliquer la notion du verre standard et de l'unité d'alcool.**
- **Présenter l'intérêt de la réduction.**

L'intérêt est à rapprocher des éventuels dommages ressentis. On peut faire établir par le patient une liste de bénéfices attendus ou lui en suggérer une.

- **Proposer des méthodes pour diminuer la consommation**, par exemple : réduire la fréquence, changer les habitudes, faire repérer au patient les circonstances dans lesquelles il boit le plus, définir avec lui des conduites d'évitement.
- **Proposer des objectifs clairs et réalisables**, rédiger un contrat.
- **Responsabiliser et encourager** le patient dans son arrêt. Il faut prévoir de revoir le patient rapidement en consultation pour réaliser un soutien.
- On peut remettre au patient un **support informatif**.

L'INPES, par exemple, édite et délivre gratuitement aux médecins un outil d'intervention intitulé « alcool, ouvrons le dialogue » (29). Il contient un guide destiné aux praticiens, une affichette à exposer en salle d'attente et des livrets intitulés « Pour faire le point » destinés aux patients afin de les aider à réfléchir sur la place que prend l'alcool dans leur vie et à évaluer leur consommation. Cet outil contient également des livrets intitulés « Pour réduire sa consommation » visant à donner aux buveurs excessifs les moyens de modérer leur consommation.

Actuellement, une intervention brève se résume selon l'acronyme FRAMES :

- Réaliser un test de repérage, restituer les résultats du test de repérage au patient (Feedback)
- Responsabiliser le patient
- Donner un conseil de modération (Advice)

- Évoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation d'alcool (**Menu**)
- User de bienveillance, ne pas juger (**Empathie**)
- Laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (**Self-efficacy**).

Jusqu'à présent, aucune étude n'a montré que les interventions brèves étaient mal perçues par les patients ou engendraient chez eux une gêne ou un mécontentement (12, p.7). Au contraire, il semble qu'une discussion sur l'alcool avec les médecins généralistes soit généralement bien acceptée (12, p.96).

A.VI.3.c. L'évaluation de la motivation et le cycle de Prochaska (33, p.165-168)

Prochaska et DiClemente ont mis en évidence le fait qu'un changement de comportement dans le domaine de la santé est un processus long qui respecte toujours plusieurs étapes : c'est le cycle de Prochaska. On peut aider les personnes à progresser au fil des étapes, à condition de choisir des méthodes et des outils appropriés à chacune de ces étapes.

Ce modèle est très utilisé pour la prise en charge de conduites addictives.

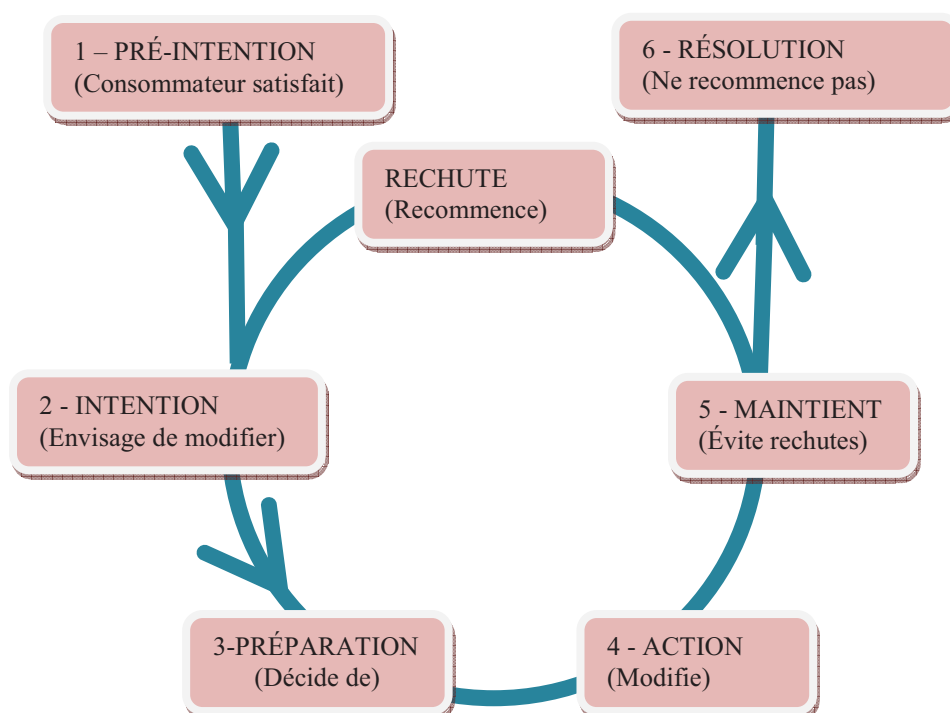


Figure 9 : Cycle de Prochaska

Les six étapes du cycle de Prochaska peuvent être décrites comme suit :

1. La pré-intention : le patient n'envisage pas de changer son comportement dans les six prochains mois. Les raisons peuvent être variées : manque d'information, manque de confiance en soi, échecs antérieurs, peur des conséquences, autres priorités... Il faut alors l'informer sur sa consommation, l'aider à prendre conscience de son problème et l'encourager à agir.

2. L'intention : le patient envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche. L'accent devra être mis sur les avantages qu'il pourrait tirer de cette action et sur les risques à repousser l'action.

3. La préparation : la décision est prise et le patient se prépare au changement. Il demande des conseils, recherche des informations. Il faut lui parler des différentes possibilités d'aide et envisager avec lui des objectifs.

4. L'action : le patient modifie ses habitudes. Il faut le soutenir, l'encourager et l'aider à trouver des moyens d'arriver à son objectif.

5. Le maintien : il s'agit d'éviter les rechutes.

6. La résolution : c'est le moment où le patient n'a plus jamais la tentation de revenir à un comportement antérieur, même quand il est stressé, anxieux, déprimé ou en colère.

Chaque passage d'une étape à une autre doit être considéré comme une réussite, aussi bien par le médecin que par le patient.

Ce processus n'est pas linéaire, il peut y avoir des retours à un stade précédent. Ceux-ci font partie intégrante du processus. Une étape peut durer plus ou moins longtemps. En cas de rechute, le patient revient très rarement au stade de la pré-intention. Il ne sera plus un consommateur satisfait, il envisage rapidement une nouvelle tentative de changement et ses chances de succès sont plus importantes.

A.VI.3.d. L'entretien motivationnel

Il s'agit d'un mode de communication plus que d'une stratégie d'action. L'entretien motivationnel accroît l'efficacité des interventions brèves (89).

Il a été développé au cours des années quatre-vingts aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. D'après les psychologues Miller W. et Rollnick S., il s'agit « d'une relation d'aide directive, centrée sur la personne, qui vise à obtenir un changement de comportement en aidant la

personne à explorer et à résoudre son ambivalence en matière de modification de son comportement » (12, p.92), (90).

L'efficacité de l'entretien motivationnel repose sur trois concepts : l'alliance, l'évocation et l'autonomie.

- *L'alliance* : pour aider un patient à modifier un comportement, il faut créer une relation opérationnelle, c'est-à-dire une relation de confiance et d'empathie. Cela permet d'obtenir une alliance thérapeutique.
- *L'évocation* : dans un premier temps, il faut évaluer la consommation du patient et l'informer sur les risques. Il est ensuite nécessaire d'évaluer sa motivation (cycle de Prochaska), de comprendre précisément son point de vue et d'explorer ses attentes.
- *L'autonomie* : le médecin propose des stratégies d'aide, il ne doit pas travailler sur un mode de persuasion ni de coercition. Il faut éviter l'argumentation qui peut être contre-productive, mais plutôt se servir de la résistance du patient pour créer un élan vers le changement. Il est nécessaire de responsabiliser le patient dans son changement, le soutenir dans ses actions et valoriser ses efforts. Mais le patient doit utiliser ses propres ressources et trouver sa motivation.

L'efficacité de ce type d'intervention a été démontrée par de nombreuses études, notamment dans l'aide au changement de comportements en ce qui concerne le mésusage de substances psychoactives.

Les adolescents et les jeunes adultes semblent être les cibles idéales de ce type d'intervention. Cette méthode permet de respecter leur choix, leur ambivalence et d'assurer leur autonomie en évitant une ambiance de conflit.

Les études analysant l'efficacité de cette méthode auprès d'un public jeune restent encore rares, mais très optimistes. L'entretien motivationnel semblerait être la méthode d'intervention la plus adaptée aux adolescents et la plus prometteuse.

A.VI.3.e. Les techniques cognitivo-comportementales (33, p.170-171, p.175-177)

Une bonne compréhension du problème de consommation chez un patient permet de mettre en évidence des situations à risques et des facteurs déclenchants, susceptibles d'occasionner une consommation inappropriée. L'objectif des techniques cognitivo-comportementales est de mettre en œuvre des stratégies alternatives pour aider les personnes à faire face à ces situations à risques.

Ces techniques sont extrêmement efficaces en ce qui concerne les consommations inappropriées d'alcool.

Les stratégies proposées vont dépendre en partie du type d'objectif à atteindre : consommation contrôlée ou abstinence.

L'envie de consommer est un phénomène normal, en général plus fréquent au début de la thérapie et s'estompant partiellement par la suite.

Plusieurs techniques peuvent être mises en place : le contrôle des stimuli (conduite d'évitement ou de substitution), les stratégies cognitives d'opposition (auto-encouragement...), les stratégies cognitives d'accompagnement ou les stratégies comportementales (faire des exercices de relaxation...).

A.VI.3.f. Les spécificités de prise en charge des adolescents (33, p.195-196), (91)

Il faut créer une relation de confiance avec les jeunes afin d'obtenir une bonne alliance thérapeutique. Les interventions doivent prendre en compte les caractéristiques spécifiques du développement de l'adolescent et les problèmes de cette période : le rôle des pairs, des éléments de formation identitaire, la tendance à tester les limites...

Il est important de leur proposer des solutions adaptées à leurs capacités et de leur laisser un degré de liberté dans les décisions (91, p.1308).

Il faut également faire attention à notre façon d'apprécier leur comportement, car nos jugements risquent d'enfermer les jeunes dans leur position et de les empêcher de modifier leurs consommations. En effet, les attitudes autoritaires sont généralement vouées à l'échec. Il est inutile d'affronter un adolescent peu motivé. Il vaut mieux l'aider à trouver des motivations pour un changement de consommation.

Par ailleurs, quand il s'agit d'une consommation principalement festive, il est nécessaire de donner une information sur le produit et d'évaluer le retentissement familial, scolaire et social de la consommation.

L'absence de retentissement sur la vie sociale et scolaire du jeune est assez rassurante.

L'évaluation du retentissement familial est alors essentielle : il est normal que les parents se soucient de la consommation de leur enfant.

Mais il n'est pas normal que, dès ce stade, ils soient paniqués et angoissés. Il n'est pas normal non plus que les parents soient totalement indifférents, voire qu'ils cautionnent ou justifient cette consommation. Il faut rassurer les parents trop inquiets, mais surtout attirer l'attention sur les risques potentiels quand ils sont indifférents ou complices.

Il faut savoir considérer qu'un adolescent ayant un usage nocif de substances a de multiples problèmes. Il convient donc d'évaluer les domaines en lien avec cet abus de substances et les traiter si nécessaire. En outre, les relations avec ses pairs doivent être étudiées avec soin et si possible faire l'objet d'information et de discussion avec l'adolescent. Tout doit être fait pour soutenir l'investissement scolaire et préserver celui-ci lorsqu'il existe encore. Enfin, il faut évaluer le fonctionnement familial et mettre en place une guidance familiale si nécessaire.

Une des particularités des consultations tient au fait qu'il faut tenir compte des parents. Ils doivent accepter le problème pour que la prise en charge soit possible.

Leurs souffrances doivent être prises en compte afin de pouvoir les soutenir, les déculpabiliser, mais aussi les impliquer dans la prise en charge.

A.VI.4. Synthèse

Prévention : Des actions de prévention des pratiques addictives ont lieu tout au long de la scolarité, mais l'alcool n'est abordé qu'au lycée, en parlant des polyconsommations. Le problème est que pour être efficace une prévention doit être précoce, partir du sujet et être adaptée à l'âge. L'intervention des forces de l'ordre paraît donc moins efficace que les campagnes audiovisuelles de l'INPES. Souvent, les consommateurs ont reçu plus d'informations que les non-consommateurs.

Dépistage : À ce jour, il existe de nombreux tests de dépistage pour aider les praticiens à évaluer les consommations, dépister les usages à risques ou nocifs, et faire le diagnostic d'alcool-dépendance chez les adultes. Seuls les questionnaires CRAFFT/ADOSPA et DEP-ADO ont été validés chez les jeunes. Le questionnaire CRAFFT/ADOSPA est un outil parfaitement utilisable dans la pratique quotidienne des généralistes. Le questionnaire DEP-ADO est plus long, mais permet un dépistage global de toutes les conduites addictives. (cf Annexes 7 et 8). À ce jour, aucune donnée ne démontre que le repérage systématique d'une conduite d'alcoolisation dangereuse et problématique provoque chez les patients des réactions négatives tels que gêne ou mécontentement. (12, p.7).

Prise en charge, outils d'intervention :

- Conseil simple : Il consiste à informer le patient sur la consommation conseillée par l'OMS (verre standard) et l'avertir d'une éventuelle consommation excessive.
- L'intervention brève : est l'action thérapeutique possédant le plus haut niveau de preuves scientifiques d'efficacité dans le cadre des consommations d'alcool chez les adultes. Au cours d'une étude, P. Monti a montré l'intérêt des interventions brèves auprès d'un public de jeunes ayant des problèmes d'alcool.
- L'entretien motivationnel est le mode de communication le plus adapté aux adolescents et le plus prometteur. Il accroît l'efficacité des interventions brèves. Les études analysant l'efficacité de cette méthode auprès d'un public jeune restent encore rares, mais très optimistes.
- Les techniques cognitivo-comportementales sont aussi extrêmement efficaces en ce qui concerne les consommations inappropriées d'alcool.
- Il faut prendre en compte leur besoin de confiance et de liberté, comprendre l'importance de leur consommation pour les motiver au changement, et évaluer les conséquences familiales, sociales et scolaires.

De nombreux outils sont simples d'utilisation pour les différents intervenants de santé notamment pour les médecins généralistes. Or le problème de l'alcool reste toujours aussi important et la consommation inappropriée d'alcool sous-diagnostiquée. Quels sont les freins à l'utilisation de ces outils par le médecin généraliste ?

B ÉTUDE

B.I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

B.I.1. Justification de l'étude

B.I.1.a. Pertinence du sujet

Données d'enquêtes sur la prévention de la consommation excessive d'alcool chez les jeunes

Comme nous venons de le montrer, la consommation d'alcool chez les jeunes évolue :

- ils boivent plus jeunes qu'avant : la moyenne d'âge du premier verre d'alcool chez les garçons étant de 13,2 ans en 2007 et de 12.6 ans pour les filles. (56)
- ils boivent peu en usage régulier, mais de plus en plus dans l'expérimentation d'ivresse, peu importe la tranche d'âge.

Les jeunes boivent de plus en plus d'alcool et de façon plus fréquente.

Hypothèse

Le sujet n'est que peu abordé en consultation avec leur médecin traitant. On peut donc supposer que les médecins généralistes ont des difficultés à évaluer et prendre en charge les consommations addictives chez les jeunes.

Population cible

Nous avons choisi de faire notre enquête sur des adolescents de 15 à 19 ans, car l'enquête de l'IREB met en évidence une nette différence entre les 13-15 ans, qui pour une large majorité n'ont pas consommé durant le dernier mois, et les 16 ans et plus qui consomment majoritairement de façon occasionnelle (moins de 10 fois par mois).

L'entretien avec des adolescents âgés de plus de 16 ans (jusqu'à 19 ans, définition de l'OMS) permet donc d'augmenter la possibilité de confrontation à l'alcool.

Pour ce qui est des médecins, nous avons choisi au hasard des médecins généralistes, maîtres de stage ou non, dans la région Rhône-Alpes.

B.I.1.b. Objectifs de l'étude

L'objectif de ce travail était :

- d'une part de comprendre les représentations des médecins sur les consommations d'alcool chez les adolescents, de mettre en évidence leurs habitudes en terme de prévention et prise en charge et de déterminer leurs ressentis face aux consultations des jeunes.
- d'autre part de comprendre les représentations et le ressenti des jeunes face à l'alcool afin de mieux appréhender les difficultés auxquelles se heurtent les campagnes de prévention et les différents intervenants.

Le but est de comprendre les freins dans les discussions portant sur l'alcool avec les adolescents et de donner ensuite des outils, afin de permettre à chaque médecin d'aborder ce sujet.

Ce travail essaiera aussi de trouver des axes de réflexion pour améliorer les discussions avec les jeunes et aborder plus facilement des thèmes tels que les consommations de cannabis, la sexualité, la dépression, les idées suicidaires...

B.I.2. Type d'étude

(1) Étude qualitative (92), (93), (94), (95), (96)

Le choix de la méthodologie n'est pas anodin. Les études quantitatives sur la consommation d'alcool, notamment des jeunes et le peu d'interventions des médecins sont nombreuses. Quelles sont les motivations des jeunes, leur ressenti face à l'alcool ? Que connaissent-ils des risques ? Que pensent-ils des moyens de prévention actuels ?

Qu'est-ce qui retient les médecins d'envisager les discussions autour de l'alcool ?

Nous n'avons trouvé aucune donnée permettant de répondre à ces questions. L'objectif de cette thèse était de trouver des concepts et des axes de réflexion sur le sujet, en aucun cas de déterminer des pourcentages. La méthode la plus adaptée pour ce genre d'objectif est l'étude qualitative.

Principes de la méthode qualitative

La recherche qualitative est une méthode issue des sciences humaines et sociales. Elle se développe de façon croissante en santé.

Une étude qualitative sert à **recueillir des informations en interrogeant d'une manière non directive un petit nombre d'individus.**

Cette étude permet ainsi de **développer des concepts** qui aident à comprendre les phénomènes subjectifs dans leur véritable contexte.

Elle permet de compléter, mais surtout de donner plus de poids aux études quantitatives par une exploration de questions complexes. Par ailleurs, la méthode qualitative peut faire émerger des nouvelles idées, de nouveaux critères pouvant servir de base à un travail quantitatif. (95)

Elle vise à cerner le caractère unique de chaque cas, l'histoire des acteurs concernés, afin de comprendre le vécu des personnes.

Les enquêteurs cherchent à comprendre les comportements, les attitudes, les sentiments mais aussi les représentations des enquêtés. (96)

Critère de scientificité

Afin de juger de la qualité d'une étude qualitative, des grilles ont été établies, au même titre que pour les études quantitatives (97) :

- la problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances
- la question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative
- le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits
- la méthode est appropriée à la question de recherche
- la sélection des participants est justifiée
- le processus de recueil des informations est clair et pertinent
- l'analyse des données est crédible
- les principaux résultats sont présentés de façon claire
- les citations favorisent la compréhension des résultats
- les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices
- les limites et biais de l'étude sont présentés
- la conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.

Avantages d'une étude qualitative

L'étude qualitative par entretien individuel a retenu notre préférence pour ses différents avantages :

- Le faible coût
- La facilité du recrutement du fait de l'absence de contrainte de représentativité de la population générale
- La disponibilité du matériel dès la fin de l'entretien
- La possibilité de mettre en évidence toutes les idées des participants grâce à la retranscription mot à mot
- La possibilité d'identifier des valeurs culturelles, des représentations variées.

Inconvénients d'une étude qualitative

- Un risque d'interprétation erronée ou personnelle des entretiens
- La lourdeur du travail de retranscription
- La difficulté d'analyse des données : longue et fastidieuse.

(2) Type d'entretien (96)

Les différents types d'entretien

Il existe plusieurs techniques de recherche qualitative telle que l'observation, l'entretien de groupe par la méthode des « focus groupes », l'entretien semi-dirigé.

- L'entretien libre consiste à demander une vision des choses sur un sujet. Les seules questions posées seront fonction de ce que l'enquêté dit, afin de détailler ou clarifier des propos. Il est surtout utilisé quand il n'existe pas d'informations précises sur le domaine et sur la façon dont il est perçu ou caractérisé. Il permet d'aborder essentiellement un ou deux thèmes, de façon très détaillée (98). Les informations recueillies sont ensuite difficiles à analyser, à catégoriser et à interpréter, avec un risque d'être hors sujet.
- L'entretien semi-dirigé est basé sur des échanges libres entre l'enquêteur et l'interviewé, orienté par un guide d'entretien, permettant d'aborder les sujets souhaités et de recadrer l'entretien au besoin.
- La technique du focus-group, quant à elle, consiste à réunir plusieurs personnes d'une même catégorie pour réaliser un entretien en groupe.

Dans notre travail, nous souhaitons découvrir les facteurs entravant et favorisant les discussions autour de l'alcool. Il était donc important de laisser ressortir les idées des adolescents et des médecins sans les influencer par un questionnaire trop orienté. L'entretien libre risquait de ne pas répondre aux questions que nous nous posions et surtout de ne pas permettre la comparaison des résultats entre les médecins et les jeunes.

L'entretien semi-dirigé a été choisi comme la méthode la plus appropriée pour notre recherche. Le travail par entretien individuel permet de s'affranchir du biais d'influence par le groupe. Il n'y a pas de problème de leader d'opinion ni de réticence personnelle à s'exprimer dans un groupe.

Conditions de validité d'un entretien semi-dirigé

Pour que les données soient généralisables et valides, des conditions de validité doivent être respectées (96) :

- le guide d'entretien doit être modulable, ce n'est pas un questionnaire. Il s'agit d'une liste de thèmes à partir desquels l'enquêteur mène son entretien. Les questions posées ne respectent pas un ordre défini afin de conserver une continuité dans les conversations et de ne pas provoquer de rupture. Certains thèmes ne sont parfois pas abordés du tout, si l'enquêté ne semble pas prêt à en parler.
- Les sujets sont abordés sous forme de questions, pas toujours formulées de la même façon pour laisser libre cours au naturel de l'entretien.
- L'enquêteur doit observer une attitude intelligemment critique avec écoute bienveillante et empathique, sans porter de jugement, afin de ne pas gêner l'interviewé, et lui permettre d'exprimer toutes les opinions qu'il souhaite sans l'influencer.
- L'enquêté doit avoir une opinion sur le sujet.
- L'enquêteur doit tenir compte de la dimension sociale et interpersonnelle : le lieu et le moment de l'entretien doivent être adéquats.
- Les sujets doivent être abordés sous la forme de questions directives, mais imprécises, de préférence ouvertes pour ne pas bloquer le dialogue avec l'interviewé, et laisser libre cours à ses idées.

- Les informations recueillies sont validées par le contexte, et non pas par la probabilité d'occurrence, c'est-à-dire qu'une seule information recueillie par l'entretien peut avoir autant de valeur qu'une information répétée plusieurs fois dans les questionnaires.
- Il s'agit ensuite de comparer à d'autres études afin d'augmenter la validité des données.

B.I.3. Description et déroulement de notre étude.

B.I.3.a. 3. 1 Élaboration des guides d'entretien

Les guides d'entretien (cf. Annexe 8 et Annexe 9) ont été élaborés à partir de nos questions de recherche et d'hypothèses initiales issues de la littérature et de notre expérience.

Nos guides d'entretiens s'articulent autour de cinq grands thèmes :

- l'alcool dans la société française
- la consommation d'alcool chez les adultes
- les particularités de l'adolescence
- la consommation d'alcool chez les adolescents
- la place du médecin généraliste dans la prévention

Ces guides ont été validés par le Docteur Zerbib et Me Evelyne Lasserre, Docteur en anthropologie.

Les guides d'entretiens sont un petit peu différents selon la population étudiée mais les grands thèmes restent les mêmes et les axes de réflexion aussi.

Ils ont été testés au moins deux fois avant de démarrer les entretiens officiels, afin de les améliorer. Ils ont aussi fait l'objet de quelques modifications pendant la période du déroulement des entretiens selon les réponses apportées. En effet, nous avons pu nous rendre compte au fil des entretiens de l'inutilité de certaines questions ou au contraire de l'apparition de concepts que nous n'avions pas envisagés.

B.I.3.b. 3. 2. Recrutement des participants

Les médecins

Les médecins généralistes ont été choisis de manière aléatoire dans les pages jaunes ainsi que dans la liste des maîtres de stage de la faculté Lyon Est. Ils ont été contactés par téléphone

afin de leur demander de participer à une thèse sur « les jeunes et l'alcool ». Un certain nombre de médecins a refusé de participer pour des raisons de manque de disponibilité, désintérêt du sujet ou l'absence d'envie de participer à un travail de thèse.

Les jeunes

- Le recrutement a été fait au hasard, d'abord au cabinet des 2 médecins chez qui nous étions en stage avec comme seul critère un âge entre 16 et 18ans. Lors de la consultation, l'interne en stage leur demandait de les interroger pour sa thèse, juste après la consultation. Le nombre de patients répondant à ces critères et disponibles pour un entretien après la consultation était insuffisant (3 en un mois).
- Le moyen de recrutement s'est ensuite fait :
 - par l'infirmière scolaire du lycée Louis Aragon (enseignement général et technologique) et du lycée professionnel Pablo Picasso, à Givors. L'âge a été reculé à 19ans, en considérant l'âge limite de l'adolescence de l'OMS. L'infirmière a proposé à tous les élèves consultant le jeudi 3 Février 2011 de venir pour l'entretien la semaine suivante. Le thème proposé était le suivant : « Les jeunes et l'alcool ».
 - par l'infirmière scolaire du lycée Vincent d'Indy à Privas en Ardèche. Celle-ci a choisi de demander aux internes du lycée de participer.
 - tous les jeunes ont accepté l'entretien, certains sont même venus sans avoir été contactés.

B.I.3.c. Déroulement des entretiens :

Les entretiens ont eu lieu :

Pour les médecins :

Les entretiens ont eu lieu au mois d'octobre 2010 et en mai 2011. L'interne se déplaçait au cabinet des médecins interviewés et les entretiens avaient lieu dans les cabinets.

Pour les jeunes :

- au cours du mois de janvier 2011 au cabinet du Dr Lambert à Grézieu la Varenne et du Dr Jauffret à Loire sur Rhône, dans le Rhône. Le lieu de l'entretien était un local annexe au cabinet à Grézieu et dans le bureau de l'associé si celui-ci n'était pas présent à Loire sur Rhône.
- le 10 Février 2011 au lycée de Givors, dans le bureau médical de l'infirmerie. Au cours du mois de Mars 2011 à Privas.

Tous les entretiens étaient confidentiels et anonymes. Ils ont été enregistrés par un dictaphone pour rester fidèles aux propos des enquêtés, et les échanges non verbaux ont été recueillis par écrit.

B.I.3.d. Fin des entretiens

Les entretiens ont pris fin lorsque les enquêteurs sont arrivés à saturation des données. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour s'assurer de la réalité de la saturation.

Ceci explique que le nombre d'enquêtés ne soit pas le même dans les deux populations.

La saturation des données permet de donner un poids aux études qualitatives et de s'affranchir de la non-représentativité des populations d'étude. La saturation des données a été obtenue après 11 entretiens chez les médecins et 15 chez les jeunes.

B.I.4. Méthodologie d'analyse des données

B.I.4.a. Première phase : Transcription

À partir des enregistrements par le dictaphone, deux analyses sont possibles :

- L'analyse directe : elle impose une analyse en un seul temps, empêchant tout retour sur les informations initiales et peut donc être responsable d'une perte d'informations.
- La transcription intégrale est une autre possibilité. Ses avantages sont : d'augmenter la fiabilité des résultats par la conservation de toutes les données et d'aider à une analyse par catégories des données. Nous avons choisi cette méthode.

La transcription a été réalisée de manière manuelle, nous n'avons pas reformulé les propos des enquêtés ni cherché à corriger les fautes de langage. Nous avons transcrit les propos « mot à mot ». Chaque entretien a été mis en forme. Nous avons ajouté des notes pour signifier les moments de silence, les interruptions, et les émotions éventuelles. Nous avons individualisé

les propos de l'enquêteur et ceux des enquêtés, en utilisant un caractère italique (pour les enquêtés).

B.I.4.b. Seconde phase : Élaboration d'une grille thématique d'analyse

L'analyse des résultats s'effectue à partir d'une grille thématique, basée sur les cinq grands thèmes du guide d'entretien.

B.I.4.c. Troisième phase : Analyse des éléments du discours

Nous avons opté pour un traitement des données par identification des éléments du discours des enquêtés en plusieurs thèmes, abordant différents aspects de la problématique étudiée. Plusieurs lectures attentives des transcriptions nous ont permis d'extraire ces données, puis de les classer selon leur appartenance aux thèmes choisis.

B.II. RÉSULTATS

B.II.1. Données sociodémographiques et générales des entretiens (cf. Annexe 10)

B.II.1.a. Avec les médecins

(1) L'âge

L'âge des médecins interviewés varie de 34 ans à 60 ans. La moyenne d'âge est de 47,7 ans. La répartition des âges est la suivante :

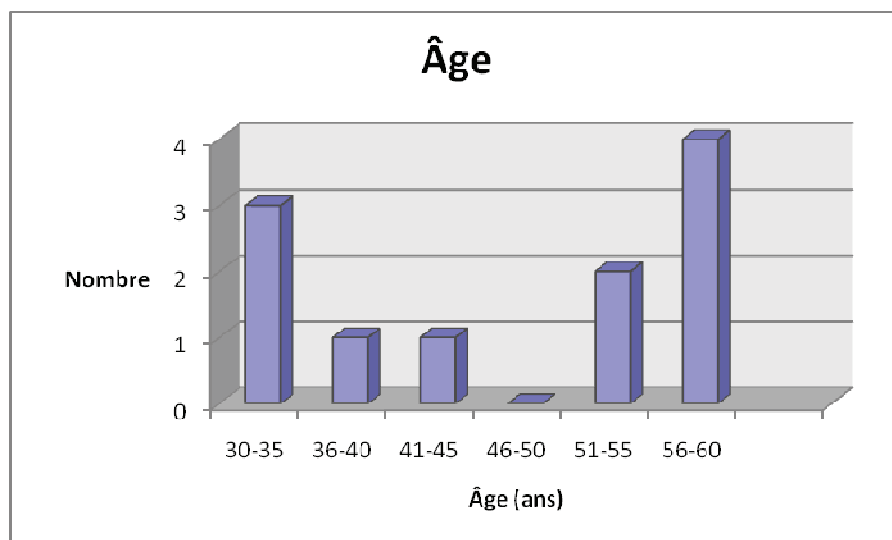


Figure 10 : Répartition de l'âge des médecins interviewés

(2) Le sexe

Parmi les médecins, il y avait 6 femmes et 5 hommes soit 54. 5 % de femmes et 45. 5 % d'hommes.

(3) Nombre d'années d'exercice de la médecine et d'installation

Le nombre d'années d'installation des médecins variait de 2 ans à 33 ans avec une moyenne à 17. 9 ans.

La répartition est la suivante :

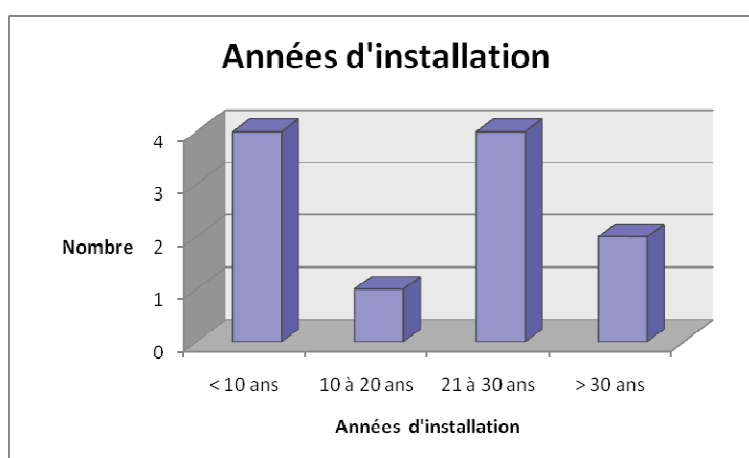


Figure 11 : Répartition du nombre d'années d'installation des médecins interviewés

Les médecins avaient tous commencé par faire des remplacements entre 2 et 8 ans selon les médecins, avec une moyenne de 3. 5 ans. Le nombre d'années d'exercice de la médecine varie entre 5 et 35 ans.

(4) Lieu d'exercice des médecins

- Le lieu d'exercice des médecins était rural pour 1 médecin, urbain pour 3 médecins et semi-rural pour 7 médecins.



Figure 12 : Répartition des lieux d'exercice des médecins interviewés

- 4 médecins exerçaient dans des zones favorisées, 1 médecin avait une patientèle défavorisée et les 6 autres une patientèle moyenne.

6 des 11 médecins exerçaient dans la région du Beaujolais, et tous exerçaient dans la région Rhône-Alpes.

(5) Le temps d'entretien

La moyenne des temps d'entretiens est de 27 minutes avec un minimum de 10 minutes et un maximum de 51 minutes.

B.II.1.b. Avec les adolescents

(1) L'âge

L'âge des adolescents interrogés varie de 15 à 19 ans. La moyenne d'âge des interviewés est de 16,8 ans. La répartition des âges est la suivante :

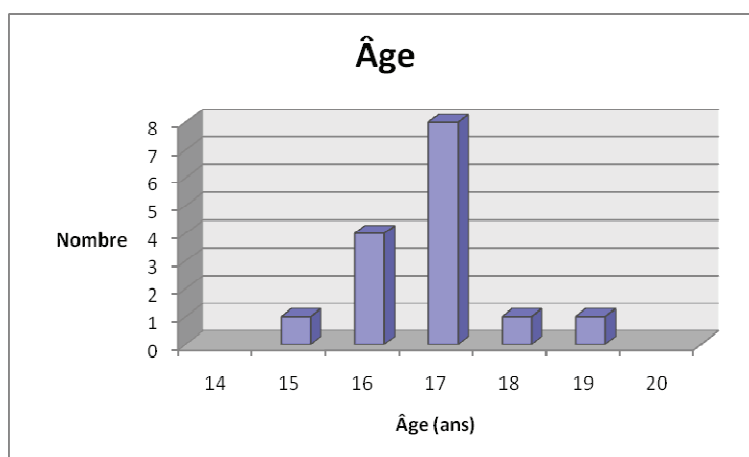


Figure 13 : Répartition de l'âge des jeunes interviewés

(2) Le sexe

Parmi les enquêtés, il y avait 8 hommes et 7 femmes, soit une répartition de 53 % d'hommes et 47 % de femmes.

(3) La zone d'habitation

La zone d'habitation était semi-rurale pour 2 des enquêtés, urbaine pour 8 des enquêtés et rurale pour 6 des enquêtés. La répartition selon le lieu d'habitation est la suivante :

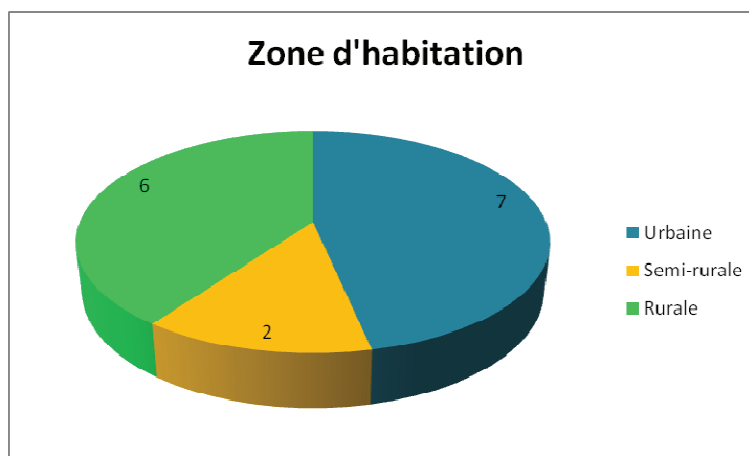


Figure 14 : Zone d'habitation des jeunes interviewés

(4) Le niveau d'étude

Tous les adolescents étaient scolarisés, 8 en filière générale, 3 en filière technologique et 4 en filière professionnelle :

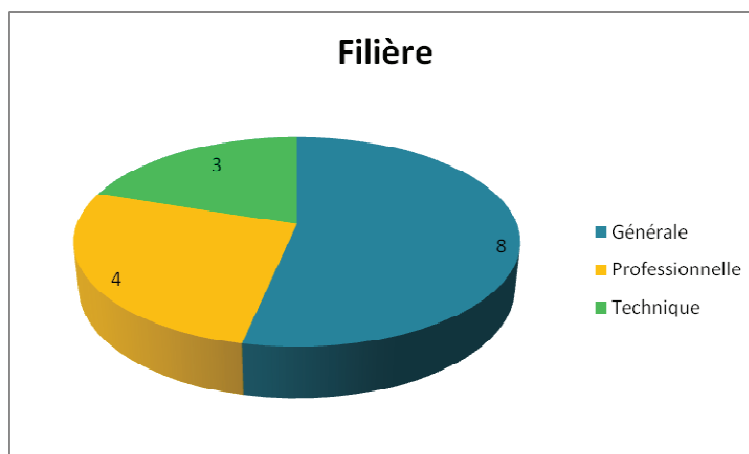


Figure 15 : Filières d'études des jeunes interviewés

(5) La catégorie socioprofessionnelle des parents

Celle-ci a été classée par l'enquêteur selon les 8 catégories définies par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) et se répartit de la façon suivante :

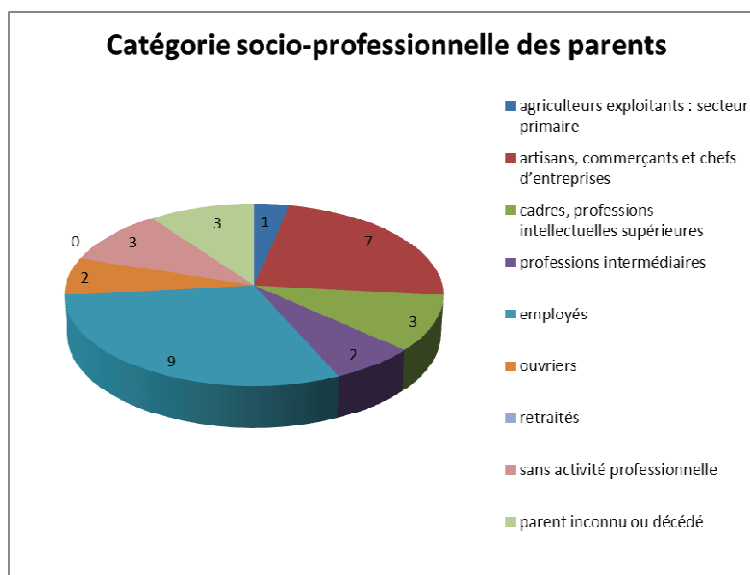


Figure 16 : Catégorie socio-professionnelle des parents des jeunes interviewés

(6) Le temps d'entretien

La moyenne des temps d'entretien est de 26 minutes avec un minimum de 10 minutes et un maximum de 46 minutes.

B.II.2. Résultats par thème

B.II.2.a. Place de l'alcool dans la société

(1) Résultats des médecins

Concepts		Verbatim
Fréquence	Très répandue	M8 « <i>Trop grande place</i> » M10 « <i>une trop grande place</i> »
Implication économique	Production de vin, d'alcool	M4 « <i>On est quand même le premier producteur du vin dans le monde donc on ne peut pas passer sous silence le rôle du vin et de l'alcool dans notre société</i> » M7 « <i>un des premiers pays producteurs de vin.</i> »
	Coût pour la société, dépense de santé publique	M4 « <i>économique, elle a aussi une place au niveau de la santé parce que si mes souvenirs sont bons, on doit bien avoir 50 000 morts à cause de l'alcool chaque année, autant que le tabac. Donc ça a un coût social qui n'est pas négligeable</i> »
Rôle culturel	Importance du vin, différence des autres alcools	M2 : « <i>ça faisait partie de la culture française, l'alcool, enfin l'alcool au sens vin plutôt.</i> » « <i>Il y a des régions viticoles, il y a les châteaux, il y a les dégustations, des cours d'œnologie et tout ça, c'est quelque chose qui existe mais qui maintenant, me semble devoir, enfin, diminuer un petit peu</i> » M8 « <i>partie culturelle de la gastronomie</i> »
	Fierté de production	M7 « <i>l'image est plus fierté chez les gens. Bon, je viens d'un pays qui produit très bien des bons vignobles</i> »

Concepts		Verbatim
	Place de l'œnologie	M2 : « <i>il y avait cette culture du vin qui est peut-être même réservée à des gens, passé un temps entre guillemets : branchés</i> »
Place dans les relations sociales	Disparition de l'inhibition	M2 « <i>permet d'augmenter les rapports humains facilement, dans la désinhibition</i> »
	Convivialité	M7 « <i>l'image de la convivialité dans l'alcool</i> »
	Place festive	M8 « <i>c'est festif entre guillemets surtout en France</i> » M9 « <i>Ça reste festif avec un bon repas, barbecue</i> »
	Place au travail	M6 « <i>Ça buvait beaucoup dans les milieux professionnels (...) Il y avait beaucoup d'arrosages dans les grosses boîtes.</i> »
Plaisir		M4 « <i>C'est un élément (...) de plaisir, de joie</i> »
Les vertus	Anxiolytique	M2 « <i>Puisque l'alcool c'est un médicament. Je dis un médicament un peu, de façon provocatrice, mais c'est le... Il est anxiolytique, il est désinhibiteur, il est antidépresseur, mais il est mauvais comme médicament dans chaque catégorie. Mais il est un peu polyvalent</i> » M6 « <i>Il ne faut pas nier l'effet de l'alcool comme thérapeutique pour les anxieux</i> »
	Désinfection de l'eau	M6 « <i>quand on était gamin, on nous mettait du vin dans l'eau pour désinfecter l'eau</i> »

Concepts		Verbatim
	Échappatoire aux problèmes	M9 « <i>j'ai l'impression des fois ça leur permet d'être un dérivatif aux soucis, aux quotidiens, pour s'échapper facilement avec des choses à la portée de la main en restant chez soi et...</i> »
La banalisation	Permission de consommation	M5 « <i>L'alcool est quelque chose qui est très normalisé, qui est tellement normalisé qu'il est banalisé.</i> » « <i>ultra-permissive dans la société.</i> »
	Facilité de procuration	M8 « <i>L'alcool dans les supermarchés c'est trop facile.</i> »
	Trop représentée	M10 « <i>une place trop festive, trop, trop sociale, trop voilà</i> »
	Difficulté de ne pas consommer	M6 « <i>Une fête sans alcool ça ne se fait pas</i> » M10 « <i>D'ailleurs les gens qui boivent de l'alcool disent souvent que c'est ça qui est plus difficile. . d'arrêter complètement parce que quand on se rencontre il y a toujours de l'alcool, c'est toujours difficile de dire non. On passe toujours pour, enfin les gens, ils disent qu'ils passent pour...Enfin, on les regarde bizarres quand on refuse un verre d'alcool dans un mariage ou quelque chose comme ça.</i> »
	Pression du milieu	M6 « <i>Un homme qui ne boit pas, il est malade, car... entre guillemets... Il ne sait pas profiter de la vie, il ne sait pas ...</i> » « <i>Un homme qui ne boit pas, les collègues vont insister pour comprendre pourquoi il ne boit pas. Voilà, je veux dire, il va y avoir les pressions du milieu.</i> »

(2) Résultats des jeunes

Concepts		Verbatim
Fréquence	Élevée, à l'unanimité	J3 « <i>beaucoup de personnes consomment de l'alcool.</i> » J6 « <i>C'est très répandu !</i> »
Place de l'alcool dans la société	Ne savent pas	J8 « <i>Je ne sais pas...</i> » J13 « <i>Non pas plus que ça.</i> »
Implication économique	Inconnue pour la majorité	J10 « <i>Je ne pense pas qu'on peut parler d'économie de l'alcool.</i> » J11 « <i>Je ne sais pas trop quoi dire de ça...</i> »
	Impact important	J9 « <i>exportations</i> » J15 « <i>business énorme</i> »
	Non évoquée	J1, J 4 et J14.
Rôle culturel	Tradition	J12 « <i>les traditions françaises</i> » J14 « <i>ancien</i> »
	Gastronomie	J3 « <i>l'œnologie aussi, pour donc, un peu aussi un loisir de goûter du bon vin</i> » J15 « <i>des dégustations de malade</i> »
	Place importante dans le domaine festif	J4 « <i>C'est une big place, toutes les soirées, obligé, il y a de l'alcool quoi.</i> » J6 « <i>Mais le plus important, c'est pour les fêtes. Depuis que je suis petite j'y vais avec mes parents et tout le monde boit</i> »
	Ne sait pas	J8 « <i>... Pff... (Rire).</i> »

Concepts		Verbatim
Place au travail	Fréquent	J1 « <i>c'est fréquent, surtout lors des pauses... »</i> »
Place du sport	Contexte souvent festif et alcoolisé	J 5 « <i>C'est un traquenard (rire) ! »</i> »

B.II.2.b. La consommation d'alcool chez les adultes

(1) Résultats des médecins

Concepts		Verbatim
Consommation personnelle	Jamais	M7 « <i>Je n'ai jamais consommé de l'alcool.</i> »
	Peu, occasionnelle	M8 « <i>exceptionnellement</i> »
		M10 « <i>vraiment très occasionnel</i> »
	Modérée	M1 « <i>oui mais raisonnablement.</i> » « <i>un demi-verre de vin au repas du soir.</i> »
	Régulière	M4 « <i>Je bois deux verres de vin par jour(...) Tous les jours.</i> »
	Convivialité	M1 « <i>Oui, y a convivialité, on va dire.</i> »
	Expérience de l'ivresse	M1 « <i>Moi j'ai testé une fois et ça m'a suffi. Après j'ai toujours été parmi ceux qui restaient lucides pendant les soirées où je me suis jamais enivré. Après j'ai trouvé que ça n'avait pas beaucoup d'intérêt.</i> » M5 « <i>enfin on a tous fait cette expérience-là</i> » M9 « <i>quand j'étais étudiante, ça m'arrivait de m'alcooliser massivement.</i> »
Ambivalence des médecins	M5 « <i>il y a une dichotomie entre le discours universitaire et ce qui est vraiment fait même à l'hôpital ; ce qu'on peut voir dans certains services de garde. On est sur cette ambivalence-là.</i> »	

Concepts		Verbatim
	Influence des études de médecine	<p>Aucune pour la plupart des médecins ni sur leurs consommations ni sur leur considération de l'alcool : M1, M2, M3, M10</p> <p>Un seul médecin parle de l'influence des études sur sa consommation à travers les fêtes organisées par la faculté :</p> <p>M9 <i>« je distingue vraiment la période étudiante, où là vraiment c'était, ça restait toujours festif, euh je ne me souviens d'avoir été malade à mon faluchage mais vraiment voilà. C'est la seule fois où j'ai dépassé mes limites. »</i></p>
	L'âge des premières consommations	<p>Pour la plupart 16-17 ans : M1, M2, M8, M10</p> <p>16 ans : M4</p> <p>14 ans : M9 <i>« Euh après le brevet. En 3^{ème} (...) Alcoolisation massive. Oui, enfin pour l'époque c'était, alors c'était l'après-midi, euh on était au parc, je ne sais plus, ça devait être de la bière puisque c'est facile à trouver »</i></p> <p>Enfant : M6 <i>« quand on était gamin »</i></p>
Expérience familiale	Problème d'éthylisme chez les ascendants	<p>M5 <i>« Alors moi j'ai une famille où le problème de l'alcool est assez important donc que j'avais déjà pas mal de recul là-dessus »</i></p> <p>M11 <i>« mon père étant allergique à l'alcool parce que mon grand-père était mort alcoolique, donc je suis assez allergique par principe »</i></p>

Concepts		Verbatim	
Fréquence	Ne savent pas	M3 « <i>je sais qu'il y a un problème d'alcool dans la société mais j'ai du mal à évaluer le... l'impact. »</i>	
	Sous-évaluent	M8 « <i>Pas grand-chose, peut-être 1 %, on va dire mais même pas 1 % »</i>	
	Bonne estimation	M7 « <i>20 % minimum. Au minimum »</i>	
Consommation à risques	Les normes de l'OMS	Un seul médecin les cite	M10 « <i>les recommandations ce n'est pas plus de trois verres d'alcool par jour »</i>
		Mal connues	M5 « <i>question de quantité, c'est plus de trois verres par jour pour les hommes et je ne sais plus si c'est 70 g par semaine »</i>
		Considérées comme peu intéressantes	M2 « <i>Ce n'est pas quelque chose qui m'interpelle beaucoup ces histoires de 3 verres ou ... »</i>
	Quotidienne ou régulière	M3 « <i>à partir du moment où elle est régulière, quotidienne, y a un risque »</i> M7 « <i>Un adulte qui consomme au-delà de deux verres par jour est à risques pour moi, médicalement parlant. »</i>	
	En fonction du contexte	Personnalité fragile	M9 « <i>Ben, terrain psychologique fragile, terrain anxieux, dépressif, immature »</i>
		L'alcool comme anxiolytique	M6 « <i>consommateurs à risque de se soigner par l'alcool et de devenir dépendants »</i>

Concepts		Verbatim	
	L'environnement familial et les antécédents	M9 « <i>L'environnement, à risque bien sûr, euh ouais l'environnement surtout ici. Voilà. Les antécédents bien sûr, familiaux enfin même si ce n'est pas automatique, mais quand même</i> »	
	Consommation des amis	M9 « <i>puis la manière dont on boit autour de lui, si lui il n'est pas forcément tenté mais que tous ses copains</i> »	
	Modalités de consommation	Consommation en soirées	M8 « <i>Éventuellement, les gros fêtards, sorties en boîtes de nuit, choses comme ça</i> » M7 « <i>Après, les consommations à risque c'est les consommations répétées en soirées même si elles sont en intervalles irréguliers, décalés</i> »
		Binge drinking	M7 « <i>des consommations non contrôlées (...) c'est le comportement qui est à risque.</i> »
	Dépendance		M1 « <i>Être dépendant de l'alcool</i> » M10 « <i>les gens qui commencent à plus pouvoir se passer d'un petit verre le soir, ça pourrait leur causer un problème</i> »
	Répercussion des consommations		M5 « <i>une répercussion sur la vie professionnelle, familiale et sociale</i> »
Risque des consommations	Complications médicales	M4 « <i>complications sur leur santé liées à l'alcool : la cirrhose bien sûr, les polynévrites, les encéphalopathies, les pancréatites, les pathologies cardio-vasculaires, l'hypertension...</i> » M9 « <i>Atteinte à l'intégrité physique, corporelle</i> »	

Concepts		Verbatim
	Accidents	M4 « <i>quelqu'un qui va prendre sa voiture avec une consommation au-delà des valeurs qui permettent la conduite automobile ou le travail puisqu'il y a un certain nombre d'accidents du travail qui sont induits par l'alcool. Ça c'est donc, c'est à risque d'accident</i> »
	Violence et troubles du comportement	M8 « <i>conjugopathie, violence agressive et euh dangerosité dans la vie courante et particulièrement en voiture</i> » « <i>troubles de comportement</i> »
Risques « sociaux »	Retentissement familial	M7 « <i>Ça peut tuer un couple, une famille, ça peut faire des dégâts chez les enfants de cette famille aussi. Puisqu'on peut taper, on peut battre, on peut... quand on a bu</i> » M9 « <i>les dommages collatéraux, la femme, les enfants maltraités.</i> »
	Désocialisation	M7 « <i>l'alcool par rapport au tabac, désocialise. Il ne tue pas seulement, il désocialise.</i> »
	Déchéance	M9 « <i>pas d'argent, problème de salubrité, voilà. Tout, hein, une spirale infernale hein ! je dirais d'abord soi-même, la déchéance sociale, professionnelle, voilà, le cercle amical, familial, tout s'éloigne</i> » M10 « <i>ils perdent tout : leur vie de famille, leur travail, leur permis</i> »

Concepts		Verbatim
Intervention du médecin	Discussion autour de l'alcool	<p>M10 « <i>Vraiment, je n'ai pas de problème avec ça oui. Je l'aborde assez souvent, ouais.</i> » « <i>c'est un problème que...Je n'ai pas du tout de problème à l'aborder avec les patients</i> »</p> <p>M4 parle de l'alcool « <i>Sans problème, sans problème.</i> »</p>
	Pas ou peu de discussion	<p>M2 « <i>je n'ai pas tellement de message de prévention</i> »</p> <p>M3 « <i>Je ne parle pas trop facilement de l'alcool avec mes patients</i> »</p> <p>M5 « <i>Je n'en parle pas aux patients</i> »</p>
	Pas de dépistage systématique	<p>M3 « <i>Alors on ne le sait pas parce qu'ils n'en parlent pas et puis parce qu'on n'a pas d'indice forcément.</i> »</p> <p>M6 « <i>j'ai quand même du mal à faire un questionnaire... Tabac, on demande, alcool on demande moins bien. Ça c'est évident</i> »</p> <p>M6 « <i>Enfin je n'ai pas de souvenir d'avoir fait la prévention chez quelqu'un qui n'a pas... Je ne sens pas qu'il y a un problème, non.</i> »</p>
	Discussion seulement si conséquences médicales	<p>M2 « <i>c'est uniquement quand on est face à quelqu'un qui a un problème d'alcool, à ce moment-là, que souvent, on embraye sur ce sujet</i> »</p> <p>M8 « <i>en discutant à l'occasion d'une prise de sang ou quelque chose comme ça.</i> »</p>

Concepts			Verbatim
	Intérêt des tests	oui	<i>MI « Après moi, je fais pas mal de tests, j'ai des logiciels, des tests de dépendance »</i> <i>« Le fait de lire le test, c'est une façon d'approcher le problème. »</i>
		non	Tous les autres médecins

(2) Résultats des jeunes

Concepts		Verbatim
Expérience familiale	De consommation importante d'alcool	J3 « <i>Mon père, avant il sortait beaucoup et il buvait beaucoup mais il s'est arrêté parce que parce que enfin ..., parce qu'il faisait souvent des conneries sous l'effet de l'alcool ...</i> » J13 « <i>Mon père, oui, il était bourré là-bas aussi donc, (rire)...</i> »
	De consommation modérée d'alcool	J12 « <i>avant mon père, il buvait tous les jours du vin aux repas</i> » J15 « <i>on ne consomme pas pour boire, on consomme pour goûter.</i> » « <i>On est parti dans le Château de Cognac</i> »
	Mondaine uniquement, mais en quantité limitée	J2 « <i>ils boivent des apéros avant de manger et tout, c'est plus fréquent</i> » J11 « <i>de temps en temps quand il y a des amis, quand il y a une occasion particulière</i> »
	D'abstinence	J8 « <i>Oh là, mais ils ne consomment rien du tout !</i> » J9 « <i>ils font la fête sans boire</i> »
Fréquence et modalités des adultes en général	Élevée	J6 « <i>En tout cas, pour ce qui est de la campagne, tout le monde boit du vin rouge au repas. La quantité varie selon les gens</i> » J15 « <i>Il n'y a pas un français aujourd'hui qui ne boit pas</i> »

Concepts		Verbatim
	Festive aussi	J3 « <i>surtout les repas d'amis, ils boivent quand même pas mal</i> » J6 « <i>Chez nous, les adultes aussi ils sont pleins. (rire).</i> »
	Sportive : en quantité importante le week-end	J5 « <i>Ben alors j'en connais des adultes aux joutes, et c'est tous les week-ends.</i> » « <i>je suis rugbyman, je vais dans des bals, donc ...</i> »
Consommation à risque : les normes de l'OMS	Bien connues	J5 « <i>Pas plus de deux verres par repas</i> » J14 « <i>2 – 3 par jour</i> »
	Non connues	J7
	Non évoquées	J8, J9, J 10, J11, J12 et J15
Risques	La dépendance	J3 « <i>si ce n'est pas tous les jours, pour tomber dans la dépendance</i> » J15 « <i>Être alcoolique</i> »
	Dépendance non évoquée	J4, J8, J10
	Sur la santé	J9 « <i>estomac (...) cerveau</i> » J10 « <i>pas sain pour la santé (...) coma éthylique (...) cancer du foie</i> »
		Non évoqué par J1, J2, J11
Accidents au travail	J1 « <i>... Dans le travail manuel avec des machines dangereuses, ou des choses comme ça, ils peuvent se blesser, ou blesser l'environnement aussi.</i> »	

Concepts		Verbatim
	Accidents de la voie publique et autres	J13 « <i>Des accidents, des morts</i> »
	Troubles du comportement, violence...	J8 « <i>ils deviennent fous (...) pas que la violence, tout</i> » J13 « <i>dangereux pour sa famille</i> » (violence)
	Conséquences sociales et familiales	J9 « <i>plus de contact avec personne</i> » J8 « <i>retentissement familial</i> »
	Peu de risque si consommation importante, mais non quotidienne	J14 « <i>ce n'est pas une alcoolique c'est une fêtarde...</i> »

B.II.2.c. Les particularités de l'adolescence

(1) Résultats des médecins

Concepts		Verbatim
L'adolescence, une période :	Indispensable	M5 « <i>Difficile et indispensable</i> » M7 « <i>c'est une étape obligatoire pour devenir un grand.</i> »
	De transformation	M1 « <i>La métamorphose, comment s'adapter à son nouveau soi, quoi.</i> » M2 « <i>C'est le moment de la transformation.</i> » « <i>L'adolescent, c'est un être en devenir, c'est le passage de l'enfance à l'adulte.</i> » M5 « <i>l'adulte en devenir</i> »
	Difficile	M8 « <i>c'est une période qui n'est pas facile, ni pour l'ado, ni pour les gens autour, ni pour les adultes autour.</i> »
	De test et d'expérience	M3 « <i>c'est une phase de test.</i> <i>Le passage à l'indépendance et aux expériences...</i> »
	À risque	M3 « <i>heu clairement c'est une période à risque</i> » M4 « <i>par définition pour moi, un adolescent c'est un sujet à risque, à risque, tous les risques.</i> »
	De rébellion	M8 « <i>euh, la rébellion</i> »

Concepts		Verbatim
Les particularités des adolescents	Passifs	M4 « <i>je les trouve plutôt passifs.</i> »
	Introvertis	M5 « <i>les ados, ils sont complètement sur la défensive</i> » « <i>Ils se cherchent et ils sont introvertis, ils parlent pas</i> »
	Difficultés de communication	M8 « <i>la difficulté de communication</i> » M9 « <i>Ah ben, les faire parler, j'ai l'impression qu'ils ne savent pas parler</i> »
	Ne suivent pas les conseils	M8 « <i>par principe, ils sont assez braqués, butés et que, on voit vite que de toute façon ils écoutent d'une oreille et qu'ils en ont absolument rien à faire de ce qu'on leur dit. Quand ils sont gentils, ils disent « oui, oui » et ils n'en pensent pas un mot, ça se voit. Quand ils sont un peu plus agressifs, ils discutent un peu mais de toute façon, ils n'ont pas l'intention de... (rire) d'écouter ce qu'on leur dit et de suivre les conseils qu'on leur donne.</i> »

Concepts		Verbatim
Conception des risques et de la mort : déni des risques		<p>M1 « <i>Alors chez les jeunes, on parle plus d'accident. On ne parle pas d'avenir, parce que les jeunes ils n'ont pas d'avenir dans leur façon de, dans leur psychologie</i> »</p> <p>M5 « <i>Après je crois que les jeunes, leur dire qu'ils ne sont pas immortels, ce n'est pas quelque chose qui... Auquel ils sont très réceptifs . Enfin voilà ils sont tout-puissants. En général à 16 ans, le problème de la mort ce n'est pas quelque chose qui leur parle. Donc voilà, après c'est, scooters, volants...Mais...Ils sont souvent dans le déni. »</i></p>
Les relations parents-enfants	Relations conflictuelles	<p>M2 « <i>c'est le moment difficile pour les parents où il faut être en permanence confronté à des situations assez conflictuelles généralement. »</i></p> <p>M9 « <i>La démarche de l'adolescence c'est d'aller à l'opposé d'où les parents veulent l'amener donc c'est en dernier qu'il écouterà ses parents</i> »</p>
	L'inquiétude des parents	M7 « <i>ça fait un petit peu des sueurs aux parents</i> »

(2) Résultats des jeunes

Concepts		Verbatim
Place des parents	Ne veut pas que ses parents sachent sa vie	J2 « <i>Puisque je n'aime pas et puis je ne veux pas que ma mère sache ma vie</i> » J3 « <i>Mes parents, ils ont toujours essayé de m'ouvrir le dialogue, ils ont toujours été là à toujours poser des questions, à vouloir parler avec moi tout ça. Mais moi dans ma nature, je ne suis vraiment pas du genre à vouloir parler c'est dommage parce que il y en a qui veulent parler et leurs parents n'écoutent pas.</i> »
	Regrette un manque de dialogue	J14 « <i>Ce n'est pas que c'est des engueulades mais c'est juste un manque de communication.</i> ». <i>Parle beaucoup avec sa tante qui est sa confidente.</i>
	Parlent avec leurs parents sans qu'ils soient leurs confidents	J6 « <i>Ouais, enfin on a chacun nos vies, je leur raconte des trucs. Mais pas tout.</i> » J13 « <i>ils sont ouverts (...) je ne leur dis pas tout</i> »
	Parents confidents	J3 « <i>Mais je sais que si je veux parler, il y a mes parents, il n'y pas de souci quoi.</i> » J7 « <i>je dis tout à ma mère.</i> »
Personne confidente dans l'idéal : un adolescent avec plus d'expérience (un grand frère imaginaire)		J3 « <i>Moi je suis l'aîné et puis enfin j'aimerais bien avoir un grand frère ou une grande sœur pour leur demander de l'aide du coup plus que, plus qu'à mes parents</i> »

Concepts	Verbatim
Déni des risques	<p>J12 « <i>Vu qu'on est jeune, on se dit « c'est bon, je m'occuperai plus tard de ma santé. Je profite ». »</i></p> <p>J15 « <i>Je préférerais mourir dans la plus parfaite insouciance ! »</i></p>

B.II.2.d. La consommation d'alcool chez les adolescents

(1) Résultats des médecins

Concepts		Verbatim
Expérience personnelle		
Expérience familiale	Problème d'alcool chez une de ses filles	M3 « <i>il y a d'autres problèmes. L'alcool est certainement un élément intercurrent là-dedans</i> »
	Discussion autour de l'alcool	M1 « <i>Oui, j'en parle avec eux</i> » M3 « <i>on en parle quand on a l'occasion d'en parler</i> »
	Éducation au vin	M4 « <i>j'ai éduqué mes filles à leur faire goûter le vin, à leur faire découvrir des parfums, à leur alors faire expliquer des choses et elles ont vis-à-vis du vin en particulier une approche j'ai envie de dire hédoniste, voilà et pour certaines de connaisseuruses.</i> »
Expérience professionnelle	Pas confrontés	M2 « <i>Ce n'est pas tellement quelque chose qui est présent dans mon métier, enfin, dans ma pratique</i> » M3 « <i>je n'ai pas été confronté à ce problème-là</i> »
	Confronté, modifie son comportement pendant un temps	M4 « <i>Je pense que quand j'en suis un pour des problèmes d'alcool, ça me sensibilise un petit peu plus, puis après je baisse la garde, sûrement.</i> »

Concepts		Verbatim
	Expérience mais cela n'a pas changé son comportement	M10 suit un adolescent avec soucis d'alcool, dépression, mais n'a pas modifié son comportement face aux autres adolescents.
Fréquence		
Peu répandu		M2 « <i>l'alcool, c'est, je n'ai pas l'impression que ça soit un point majeur chez les jeunes</i> » « <i>à mon niveau ça me semble pas être un problème de santé publique majeure</i> »
Peu concerné		M4 « <i>à savoir que je n'ai pas été confronté professionnellement</i> »
Évolution		
Plus fréquent		M6 « <i>problème quand même un petit peu nouveau pour nous</i> »
Plus en quantité		M9 « <i>ils boivent plus que nous à la même, à leur, à leur âge</i> »
Plus précoce		M5 « <i>de plus en plus précoce et de plus en plus abondante</i> » M10 « <i>ils consomment plus et probablement plus jeunes</i> »
Modification des consommations : binge drinking		M1 « <i>Et ça je pense que ça n'existait pas avant. Enfin, à ma connaissance c'était plus festif. Maintenant c'est vraiment, l'alcool, drogue dure quoi, pour se mettre minable quoi.</i> »
Plus en quantité, mais moins au quotidien		M6 « <i>Moins au quotidien, mais plus en quantité quoi.</i> »

Concepts	Verbatim
Pas d'évolution	M4 « <i>j'ai pas bien trouvé de changement dans ma pratique</i> » M8 « <i>j'ai l'impression que ça a toujours existé, que les adolescents par principe, je l'ai fait, ils le font encore</i> » « <i>je ne vois pas beaucoup de différence dans le temps</i> »
Intérêt	
Plaisir/ festif	M1 « <i>d'obtenir un certain plaisir quoi, je suppose.</i> » M5 « <i>le côté un peu festif</i> »
Expérience	M5 « <i>je considère qu'il y ait des expérimentations c'est normal</i> »
Prise de risque/ mise en danger	M3 « <i>dans la notion d'expérience, de mise en danger, d'interdit</i> » M8 « <i>la prise de risque (...) de tester les choses et d'aller un petit peu trop loin</i> »
Braver les interdits	M5 « <i>L'ivresse, l'interdit...</i> »
Rituel de passage	M8 « <i>c'est un petit peu le passage rituel</i> »
Effet de mode	M6 « <i>Je pense qu'il y a effectivement une mode, comme on dit un effet de mode...</i> »

Concepts	Verbatim
Effet d'entraînement et pression du groupe	<p>M1 « <i>Le jour où ils sont invités pour une fête, ben, ils font comme les autres, parce que s'ils ne font pas comme les autres, ben, ils seront exclus du groupe quoi.</i> »</p> <p>M9 « <i>quelques un à suivre les autres et l'effet d'entraînement qu'il y a beaucoup hein, à cet âge-là, vouloir faire comme tout le monde</i> »</p> <p>M10 « <i>après il y a l'entraînement, il y a l'entraînement avec les copains</i> »</p>
Faire comme les adultes	M8 « <i>faire comme les grands</i> »
Désinhibition	M5 « <i>se sentir un peu différent de ce qu'on est d'habitude, on est beaucoup dans la désinhibition</i> »
Fuir les choses, se changer les idées	<p>M1 « <i>Peut-être pour fuir quelque chose qu'ils ont envie de fuir.</i> »</p> <p>M6 « <i>Les jeunes boivent pour se changer les idées</i> »</p>
Mal-être	<p>M7 « <i>Et c'est toujours un mal-être, un malaise.</i> »</p> <p>M10 « <i>au mal-être de l'adolescence probablement</i> »</p>
Binge drinking	
Conduite « toxicomaniaque »	<p>M1 « <i>on est en plein dans la toxicomanie alcoolique</i> »</p> <p>« <i>Qu'est-ce qui peut les motiver à part la recherche de sensation, de défonce, quoi.</i> »</p>

Concepts		Verbatim
Sensation extrême		M2 « <i>Tout ce qui est un petit peu, qui balance de l'adrénaline déjà, les jeunes, ils aiment ça quoi. »</i> <i>« c'est pour éprouver des sensations rapides »</i>
Société du « rapide »		M2 « <i>J'ai un peu l'impression qu'on est rentré dans une société du rapide, où il faut tout très vite, d'une façon très intense. »</i>
Mise en danger		M9 « <i>un peu pour se mettre en danger, un peu beaucoup même. Voilà. »</i>
Tester ses limites		M5 « <i>c'est de repousser ses limites »</i> M9 « <i>faire des expériences, pour se tester quoi, pour voir jusqu'où ils peuvent aller, jusqu'où ils peuvent tenir »</i>
Mal-être		M8 « <i>témoignage vraiment d'un mal-être »</i>
Conduite suicidaire		M5 « <i>un comportement un peu, un peu suicidaire »</i> M8 « <i>conduites pseudo-suicidaires »</i>
Reproduction		M5 « <i>la reproduction de ce qu'ils ont pu voir »</i>
Fréquence	Ignorée ou peu importante	M8 « <i>je ne sais pas en France et ça c'est que ça donne quelle importance ça prend. (...) pas dans mes patients. »</i>
	Importante	M1 « <i>Oui je pense que c'est répandu, ça fait partie des trucs actuels quoi »</i>

Concepts	Verbatim
Risques	
Uniquement aiguë	<p>M1 « <i>Personnellement, je pense que c'est des conduites à risque immédiat quoi ! C'est un risque de coma, etc. d'accidentologie</i> »</p> <p>M2 « <i>celui qui va s'alcooliser d'une façon aiguë, il va avoir un risque immédiat ou un risque pendant 24 heures. C'est-à-dire il va avoir le risque d'ivresse, le risque de coma éthylique, le risque d'accident</i> »</p>
Autres consommations	
Tabac	<p>M2 « <i>J'ai l'impression oui, enfin, ma vision, ma perception des choses c'est que le tabac est beaucoup plus présent que l'alcool (...) J'ai l'impression qu'ils essayent tous, quand même.</i> »</p> <p>M4 « <i>Je dirais par contre beaucoup plus par rapport au tabac, j'ai vraiment l'impression qu'il y a beaucoup plus de gamins qui fument et beaucoup plus tôt qu'autrefois</i> »</p>
Drogues	<p>M9 « <i>On peut facilement trouver de la cocaïne, ce n'est pas cher. Alors que nous à notre époque la cocaïne c'était euh, comme c'était cher et c'était le monde de la pub et tout, enfin c'était un certain milieu on n'y pensait pas. Alors j'ai l'impression que maintenant c'est beaucoup moins cher je pense</i> »</p>

(2) Résultats des jeunes

Concepts	Verbatim
Expérience personnelle	
Rare. Jamais d'ivresse.	J7 « <i>j'ai essayé de goûter une bière mais ça ne m'a pas... »</i> J8 « <i>Par religion » « Imaginons je bois, il y a ma mère qui... Non je ne sais pas, je ne veux jamais boire de l'alcool. »</i>
Occasionnelle : au moins une fois par mois	J3 « <i>Sinon c'est, je bois jamais en dehors en soirée quoi ! » (2 fois par semaine une bière avec les copains au bar) -</i> J12 « <i>le week-end mais ce n'est pas tous les week-ends non plus quoi. ».</i>
Ivresses régulières, festives	J15 « <i>Soirées sur la plage »</i>
Ivresses régulières les week-ends, sans contexte festif et occasionnellement dans la semaine.	J13 « <i>un mardi (...) bu tout l'aprèm (...) un litre de sky chacun quoi. On avait fumé, en plus de ça et tout. »</i> Avec un ami qui a eu un accident de voiture, car il conduisait après les mêmes consommations. A fait un coma éthylique « <i>je suis arrivée au lycée et je ne me rappelle plus de rien. »</i> J14 « <i>on boit tranquillement »</i>
Fréquence	
Fréquence importante, surtout le week-end, lors de fêtes	J2 « <i>Le week-end. »</i> J7 « <i>en soirées » « anniversaires, des fêtes »</i>

Concepts		Verbatim
Quantité d'alcool	Importante	J4 « <i>Et pas mal d'alcool</i> » J9 « <i>beaucoup</i> »
	Faible	J8 « <i>c'est un petit peu, pas beaucoup.</i> »
Consommation systématique lors d'une soirée		J6 « <i>Et c'est tous les week-ends quoi, presque (rire).</i> » J15 « <i>une soirée sans alcool, c'est un peu dur quand même</i> »
Évolution		
Plus fréquent		J1 « <i>Ça a augmenté...</i> » J13 « <i>plus de gens qui boivent, je pense</i> »
Plus précoce		J1 « <i>Ça commence très tôt. plus qu'avant, avant ils n'étaient pas... Ils n'étaient pas comme ça... Ça a augmenté</i> » J13 « <i>plus en plus jeune</i> »
Raison de ses modifications : communication par les téléphones portables		J5 « <i>Ah ouais, ben, on appelle tout le monde « Tiens, t'es libre ce soir ? » et ben... Avant, on devait se déplacer on tentait une fois.</i> »
Pas d'évolution		J6 « <i>Oh, c'est pareil.</i> » J11 « <i>Je ne sais pas du tout</i> »
Ne savent pas		J4 « <i>Franchement, on ne peut pas trop savoir ça. (Silence)</i> »

Concepts	Verbatim
Intérêt	
Ludique	<p>J5 « <i>Si tu ne bois pas, tu ne t’amuses pas. (...) ça met la belle ambiance. (...) on rigole, on fait la fête, on danse. »</i></p> <p>J6 « <i>C’est surtout pour rigoler, ah bon, après on peut rigoler aussi sans boire », « Et ça dépend, pas forcément jusqu’à se mettre ivre, mort, mais... bien quoi »</i></p>
Pour faire comme les copains, l’effet de groupe	<p>J4 « <i>pour accompagner en fait, c’est pour ça du coup, je ne bois pas trop donc c’est que je n’aime pas spécialement ça à part deux, trois boissons »</i></p> <p>J7 « <i>pour montrer à leurs copains qu’ils boivent »</i></p>
Vaincre sa timidité, désinhibition	<p>J3 « <i>un peu doucement juste pour délier un peu la langue et voilà quoi (...) Faire, des choses que je n’aurai pas trop osé faire »</i></p> <p>J12 « <i>se lâcher un petit peu »</i></p> <p>J15 « <i>des contacts (...) des aventures »</i></p>
Découverte	<p>J3 « <i>la découverte »</i></p> <p>J14 « <i>essayer »</i></p>
Découvrir ses limites	<p>J3 « <i>Je pense qu’ils veulent trouver leurs limites »</i></p> <p>J5 « <i>il y a des choses quand même que j’ai regrettées »</i></p>

Concepts	Verbatim
Fuir les choses, se changer les idées	<p>J8 « <i>Quand ils boivent, après, je ne sais pas, ils oublient tout</i> » en parlant de jeunes de son quartier qui ont de nombreux problèmes et qui boivent trop.</p> <p>J15 « <i>l'alcool, ça libère un peu les esprits</i> » « <i>Moi c'est : « consommer pour être bien, pour être cool. » !</i> »</p>
Bon pour la santé	J5 « <i>Il paraît qu'il faudrait un verre par repas pour que le corps aille mieux. Il paraît que ça fait... Le cœur et ça fait du bien. Il paraît que c'est vrai.</i> »
Plaisir	<p>J3 « <i>Ouf, ben, quand on boit un demi le vendredi soir, c'est juste pour... Parce que c'est pas mauvais Et c'est un petit demi et puis enfin ça a un bon goût parce que j'en prends toujours avec (rire) du caramel !</i> »</p> <p>J12 « <i>Parce que c'est bon.</i> »</p>
Pour être joyeux	<p>J13 « <i>ça rend joyeux</i> »</p> <p>J14 « <i>ça rend plus joyeux</i> »</p>
Lutter contre l'ennui	J13 « <i>On se fait chier ici</i> » « <i>pour faire passer l'aprèm</i> »
N'explique pas	J9, J11
Pour l'ivresse	J12 « <i>j'ai plutôt tendance à arrêter quand je suis assez bourrée quoi. (rire)</i> » (dit s'arrêter quand elle voit un peu flou mais a déjà vomi plusieurs fois)

Concepts		Verbatim
Se sentir grand, faire comme les adultes		J6 « <i>Eh ben moi, à chaque anniversaire, mes parents ils me faisaient goûter un petit peu pour, voilà. C'était peut-être juste pour rigoler, et puis moi j'étais contente, je me sentais grande de faire comme eux</i> » « <i>Maintenant, je suis majeure, c'est plus eux qui décident maintenant (rire)</i> »
Binge drinking		
Pour l'ivresse	Le pratique	J6 « <i>Ben, c'est presque tous les week-ends, on va dire. Et ça dépend, pas forcément jusqu'à se mettre ivre mort, mais... bien quoi</i> » J14 « <i>moment où on sent qu'on ne peut plus boire.</i> »
	Ne le pratique pas et le méprise	J11 « <i>c'est du n'importe quoi de faire ça</i> » J3 « <i>ils consomment beaucoup chaque soirée, pour se mettre minables</i> »
Les consommations : des alcools forts		J4 « <i>généralement c'est des boissons fortes</i> » J5 « <i>Ouais et on était, on n'arrêtait plus. J'avais bu deux litres de rhum(...) L'expérience...</i> » (se redresse et sourit)

Concepts	Verbatim
À travers des jeux de boissons ou concours	<p>J3 « <i>ils avaient aligné les verres et devaient finir le parcours le plus rapidement.</i> » « <i>le jeu c'est de jouer, sinon c'est de prouver à l'adversaire qu'on peut boire mieux quoi ! dans une ambiance compétitive, car c'est juste... pour s'amuser !</i> »</p> <p>J4 « <i>Non, mais même je savais très bien que j'allais perdre parce que bon...</i> »</p>
Prémix	
Pas de connaissance	J1 « <i>Non, du tout, j'ai jamais entendu ce mot-là... Je connais pas...</i> »
Connaissance	J4 « <i>l'avantage c'est qu'on ne sent pas l'alcool. C'est ça, c'est qu'on a l'impression qu'en fait on boit quelque chose de normal alors qu'en fait pas du tout.</i> »
Consommés, car bon goût sucré	J6 « <i>Ben le goût... c'est bien sucré, ça se boit bien</i> »
Risque d'ivresse connu	J11 « <i>On le sait de toute façon, c'est écrit dessus et puis on s'en rend bien compte.</i> »
Les alcools forts sont préférés, et composent d'éventuels mélanges.	<p>J5 « <i>Bof... Ouais, les jeunes n'achètent pas trop ça. Je veux dire, bien, les plus connus c'est vodka, sky et Ricard.</i> »</p> <p>J14 « <i>whisky (...) vodka (...) la bière aussi mais un peu.</i> »</p>
Sujet non abordé	J8, J10, J13

Concepts		Verbatim
Risques		
Sur le court terme	Violence, traumatisme	J1 « <i>Ils peuvent être violents</i> » J13 « <i>ils peuvent se faire super mal</i> »
	Relations sexuelles	J9 « <i>avoir des relations sexuelles</i> » J4 « <i>Et puis, ben si on est accompagné de mauvaises fréquentations, ils peuvent abuser de la situation</i> »
	Troubles du comportement	J6 « <i>Parce qu'il y a des choses qui peuvent être graves (...) Mais même ça peut être dangereux, enfin je sais que j'ai un copain une autre fois, il s'est retrouvé à dormir sur la route en pleine nuit, donc c'est un peu, c'est un peu risqué quoi (Rires)</i> » J3 « <i>moins conscience des dangers qui nous entourent</i> »
	Amnésie	J6 « <i>des fois on ne se souvient pas trop de ce qu'on fait, donc...</i> »

Concepts		Verbatim
	Vomissements	J4 « <i>Ben, vomir (rire)...</i> » J11 « <i>il y en a beaucoup qui vomissent</i> »
	Coma	J9 « <i>comas éthyliques</i> » J11 « <i>coma éthylique</i> »
	Risques médicaux autres	J1 « <i>Ça peut être dangereux pour la santé. Après, ça peut mener à des problèmes cardiaques, des choses comme ça.</i> » J7 « <i>AVC (...) foie</i> »
	Mort	J1 « <i>Pour les jeunes, ils peuvent mourir, il peut y avoir des décès.</i> » J15 « <i>crever</i> »
	Ne sait pas	J2 « <i>ben, je ne sais pas, j'ai jamais eu affaire à ça donc...</i> » J14 « <i>je ne vois pas</i> »

Concepts		Verbatim
Insécurité routière	Conscients des risques et les évitent	J3 « <i>Quand j'aurai mon permis, je mettrai un point d'honneur à ne jamais boire si je conduis. On en parle, c'est plutôt à cause de ça, c'est une pleine connerie de jouer à ça. On ne boit pas quoi, si on veut boire ben on ne conduit pas. »</i> J11 « <i>C'est celui qui ne boit pas. (Rire) »</i>
	Conscients des risques, mais y sont exposés	J5 « <i>Oui, j'ai pris la voiture de ma mère, je me suis barré avec. Puis, je suis revenu, « Ni vu ni connu ». Voilà je n'ai pas créé d'accident. La voiture, elle va très bien. Ben mais voilà en fait. (rire) Par contre quand j'aurai mon permis et je serai, je serai intransigeant. » « Si t'es Sam, il faut pas boire »</i> J6 « <i>Ouais, c'est celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas. (...) Ouais, mais quand il, tout le monde est bourré et qu'il faut rentrer ben, il faut bien en choisir un donc, donc il n'y a pas le choix. Sinon c'est rentrer à pied et c'est un peu loin »</i>
	Conscients des risques, mais n'y sont pas confrontés, car ne boivent pas	J1 « <i>Risque sécurité routière, aussi... Il y en a beaucoup qui prennent le volant en étant... En ayant un taux d'alcool assez élevé... »</i>
	Facteur protecteur : téléphone portable	J5 « <i>Puis après le portable, c'est aussi : « Ben voilà, Maman, je suis rond est-ce que tu peux venir me chercher ? »</i>

Concepts		Verbatim
Long terme	Non évoqués	J1
	Flous	J12 » <i>ça doit être pas très bon</i> »
	Neurologiques	J4 « <i>on peut avoir des conséquences sur le cerveau, si on en abuse, je pense.</i> » J6 « <i>Peut-être sur le cerveau ?</i> »
	Hépatiques	J5 « <i>c'est pour le foie, c'est le pire, c'est là où tout va, ben la cirrhose. Qu'est-ce qu'on rigole avec ça ! (...) Je l'ai commandée ma cirrhose, elle ne vient toujours pas ? !</i> ». J11 « <i>Le foie, je pense (Rire). Non je ne sais pas.</i> »
	Risques financiers	J15 « <i>dépenser tout son argent dedans</i> »
	Dépendance	J9 « <i>Etre dépendant.</i> » J11 « <i>Déjà le truc c'est qu'on s'habitue à boire de l'alcool, ce n'est déjà pas bon.</i> »
	Difficultés scolaires	J11 à propos des internes qui boivent le mercredi après-midi « <i>le soir non plus ils ne vont pas travailler</i> » J15 « <i>renvoyé un soir de l'internat</i> »
	Pas de risque	J15 « <i>en deux mois, je ne vois pas comment ça pourrait me faire du mal.</i> » « <i>je crois que ce que je vois !</i> »

Concepts		Verbatim
Evaluation des différences de consommation		
Pensent qu'elle est inférieure à leurs pairs		J5 « <i>je suis en dessous de la moyenne</i> »
Filles sont plus ivres que les garçons pour la même quantité d'alcool	Les filles boivent moins du coup	J4 « <i>enfin je sais que normalement un garçon il doit se limiter à 5 ou 6 verres je crois et la fille c'est 3 ou 4 (...) nous c'est moins d'alcool que les mecs.</i> »
	Donc sont plus souvent ivres	J6 « <i>Ouais les filles ça y va, enfin souvent le soir, c'est les filles, c'est les mecs qui doivent ramener les filles maintenant</i> » J14 « <i>les garçons tiennent vraiment mieux l'alcool que les filles.</i> »
Tous boivent la même quantité et ont les mêmes effets		J11 « <i>il n'y a pas trop de différence</i> »
Les filles tiennent mieux que les hommes		J8 « <i>Les femmes tiennent plus que les hommes.</i> »
Autres drogues consommées		
Tabac	Non -consommateur	J4 « <i>J'ai déjà tiré une latte sur un pétard mais ça ne m'intéresse pas. Et je ne fume pas non plus.</i> »
	Consommateur	J14 « <i>6 à 8 cigarettes par jour</i> »

Concepts		Verbatim
cannabis	Non -consommateur	J11 pense que les personnes consommant du cannabis boivent aussi, « c'est les mêmes personnes. »
	Consommateur	<p>J5. « <i>Mais si on n'en boit pas beaucoup, il vaut mieux boire un verre d'alcool que fumer du cannabis.</i> »</p> <p>J14 « <i>les effets du cannabis sont moins mauvais que l'alcool.</i> » « <i>ça met moins mal.</i> » « <i>l'alcool est plus dangereux.</i> »</p> <p>J15 « <i>Ici c'est... les gens c'est beaucoup plus la fumette que l'alcool. Bah l'alcool, on ne peut pas se trimbaler partout avec</i> » « <i>beaucoup plus simple</i> » »</p>
Autres drogues	<p>J5 « <i>Donc, ouais...Non, non J'ai essayé une fois les champignons hallucinogènes (...)</i>Ben si j'ai essayé, mais ça fait rire, et je pense c'est pas bon pour le corps... »</p> <p>J13 A déjà essayé des drogues dures en soirées, il y a plusieurs années, mais n'en a pas repris. « champignons »</p>	

B.II.2.e. La prévention, la prise en charge et la place du médecin généraliste

(1) Résultats des médecins

Concepts	Verbatim
Le rôle du médecin généraliste	
Prévention	M2 « <i>maintenant il y a beaucoup, beaucoup, énormément de prévention. C'est-à-dire, on est dans les bilans, en permanence.</i> »
Éducation du patient et conseils	M3 « <i>il parlait de coaching alors c'est un mot moderne, quelque part, je dirais conseils.</i> » M4 « <i>on a un rôle dans l'information</i> » M5 « <i>beaucoup dans le soin, mais beaucoup dans la prévention, dans l'explication, dans l'éducation des patients, après évidemment le suivi des maladies chroniques</i> »
Dans les maladies chroniques	M4 « <i>globalement un de nos rôles principaux c'est de diagnostiquer des maladies et de les traiter, on est quand même des médecins traitants</i> » M5 « <i>le suivi des maladies chroniques</i> »
Relationnel, psychologie	M9 « <i>On fait beaucoup de psy aussi</i> » »
Prise en charge des dépendances	M9 « <i>dans leur problème de dépendance puisque c'est, ce dont on va parler, j'ai l'impression, euh, encore quand ils nous en parlent voilà. Les aider à aussi, ouais, les aider à se rendre compte de ce qu'ils peuvent avoir comme traitement.</i> »

Concepts	Verbatim
Esprit de synthèse, gestion de la globalité du patient	<p>M1 « <i>L'art de la médecine générale justement c'est d'avoir un esprit de synthèse et d'essayer de, de faire un tour rapide d'horizon sans focaliser sur une chose et finalement qu'il n'y ait plus de temps pour le reste</i> »</p> <p>M7 « <i>faire une prise en charge globale</i> »</p>
Place dans la société	M4 « <i>On a un rôle dans la cité, on a un rôle dans la société qui est un point d'ancrage pour les gens, qui ont un point de repère, comme étant des gens de savoir, d'expérience, de sagesse, de conseil.</i> »
Protection des enfants et des adolescents	M7 « <i>c'est la sécurité de l'enfant, de l'adolescent</i> »
L'image du métier de médecin généraliste	
Satisfaits et contents de leur métier	<p>M2 « <i>C'est le plus beau métier du monde, peut-être pas (rire). Ça dépend des jours</i> »</p> <p>M4 « <i>Une excellente image, une excellente image, je suis très heureux de faire ce métier, très fier... Et... Je ne changerai pour rien au monde.</i> »</p>
Sentiment d'être utile	<p>M5 « <i>j'ai l'impression d'être utile</i> »</p> <p>M10 « <i>moi, j'ai vraiment l'impression d'être une aide pour les gens, un soutien pour les gens</i> »</p>

Concepts		Verbatim
Moyens de prévention et d'information		
Brochure et vidéo	Intéressant	M8 « <i>Même s'ils regardent ça de, un peu de côté ou si ça les fait rire, il y a peut-être quand même un message qui rentre petit à petit. »</i>
	Doute sur l'intérêt	M5 « <i>Je ne sais pas si au moment d'une soirée ça changera »</i>
	Inintéressant	M1 « <i>Mais ça sert à rien tout ça ! à mon avis. » « ça se noie dans tout le reste. »</i> M5 « <i>ils continueront de boire comme des trous et ils continueront de monter dans les voitures de gens ayant trop bu, parce qu'ils se rendront pas compte parce qu'ils auront trop bu aussi »</i>
Interdiction de vente aux mineurs	Intéressant, mais pas applicable ni appliqué	M4 « <i>qu'ils sont les bienvenus mais qu'ils ne sont pas applicables sûrement pas applicables parce qu'il suffit d'avoir un copain qui a 19 ans ou 20 ans et qui va venir avec soi pour acheter des bouteilles. Heu...Je pense que c'est un coup d'épée dans l'eau. »</i> M10 « <i>c'est bien mais moi je pense que c'est quasiment pas appliqué »</i>

Concepts		Verbatim
	Pas intéressant	<p>M7 « <i>interdire ça augmente encore l'envie d'aller</i> »</p> <p>« <i>La répression n'est pas une bonne chose</i> »</p> <p>M9 « <i>je pense que inconsciemment ça peut induire des comportements de type « ben quand je vais avoir 18 ans, je vais vraiment faire une grosse biture, enfin je vais vraiment pouvoir en profiter, pouvoir en acheter</i> »</p> <p>« <i>ouais on les infantilise, en leur interdisant tout ça</i> »</p>
Actions dans les collèges ou lycées	Intérêt	<p>M7 « <i>mais il suffit d'une fois à 13ans d'entendre à l'école que l'alcool, le tabac, la drogue peuvent tuer, peuvent te causer des soucis scolaires, des soucis sociaux, des soucis à ton travail, avec tes enfants plus tard, il ne l'oubliera jamais parce que l'enfant c'est une usine à neurones</i> »</p> <p>M9 « <i>déjà en faisant des messages de prévention dans les collèges-lycées.</i> »</p>
Place du médecin		
Problèmes abordés avec les jeunes		<p>M7 « <i>A l'adolescence, je pense que, oui, il faut avoir dans la tête une petite check-list à éliminer... enfin, les problèmes familiaux, les risques du problème de l'alcool, du tabac, de l'école.</i> »</p> <p>M8 « <i>Sexualité, alcool, tabac, problèmes avec les parents, suicide, dépression, tout ça ne me dérange pas, je n'ai pas de, je n'ai pas de tabous, je n'ai pas de limites.</i> »</p>

Concepts		Verbatim
Discussion autour de l'alcool	Difficulté d'évaluation	<p>M3 « <i>On les voit pas, avec leurs problèmes d'alcool, parce que quand ils viennent ils ne sont pas alcoolisés</i> »</p> <p>M6 « <i>moi je me place dans la catégorie des vieux médecins, et on n'imagine pas quand même, que les jeunes peuvent être déjà dépendants de l'alcool à seize, dix-sept ans.</i> »</p>
	Peu ou pas de discussion	<p>M3 « <i>l'alcool j'en parle peu mais parce que ce ne me vient pas forcément à l'esprit.</i> »</p> <p>M5 « <i>Non, pas systématiquement en tout cas, même s'il faudrait.</i> »</p> <p>M6 « <i>je ne fais pas ça systématiquement. Ça c'est sûr.</i> »</p>
	Seulement si jeune à risque ou s'il y a un problème	<p>M9 « <i>l'alcool moins parce que j'y pense, j'y pense moins. (...) j'en ai pas de profil à risque</i> »</p> <p>M10 « <i>Non systématiquement non, je ne veux pas dire que je le fais systématiquement toujours, peut-être que je devrais ? Non, je vais plus le faire quand on vient me poser un problème quoi, quand il y a un souci.</i> »</p>
L'utilisation de test	La plupart ne l'utilise pas	M8 « <i>Non, pas du tout. Je n'utilise pas beaucoup les questionnaires</i> » « <i>Je trouve c'est trop figé, trop strict et ça casse la relation, la discussion</i> »
	Peut être utile	M7 « <i>aller être trop dans un questionnaire figé, c'est dangereux quand même. Mais c'est un moyen... un outil d'utilisation</i> »

Concepts		Verbatim
Freins	Peu de consultations	<p>M2 « <i>L'ado, ce n'est pas quelqu'un qui vient souvent chez le médecin, généralement. »</i></p> <p>M3 « <i>En dehors des certificats de sport et éventuellement des vaccinations on a peu l'occasion de les voir donc ce n'est pas très facile de faire de la prévention. »</i></p> <p>M4 « <i>la consultation spontanée d'un adolescent, d'un garçon ou d'une fille entre 14 et 20 ans est rare, très rare ils ne sont pratiquement pas malades »</i></p>
	La présence des parents	M4 « <i>Les garçons ne viennent pas chez le médecin tout seuls, pas bien »</i>
	Demande des parents et non des jeunes	<p>M4 « <i>C'est plutôt quelqu'un qui vient à la demande de ses parents »</i></p> <p>M5 « <i>globalement ils viennent souvent un peu en traînant des pieds. (...) c'est difficile de nouer quelque chose, enfin s'ils ne sont pas demandeurs »</i></p> <p>M10 « <i>Ouais, difficile parce que souvent ils n'ont pas trop envie de venir, du coup ils n'ont pas tellement envie d'en parler »</i></p>

Concepts		Verbatim
	Manque de temps	<p>M1 « <i>tout en gérant le temps ce qui est une grosse difficulté de la médecine générale.</i> »</p> <p>M6 « <i>Le temps. Une disponibilité et le temps. Parce que s'il y a quelqu'un qui demande de la disponibilité, du temps, c'est bien l'adolescent.</i> »</p> <p>M4 « <i>Je pense qu'on devrait pouvoir informer au fur et à mesure, le problème c'est le temps. Comme toujours. La prévention, c'est chronophage.</i> »</p>
	Médecins débordés	<p>M5 « <i>matériellement on ne peut pas s'occuper d'une entorse de genou et regarder les vaccins, et regarder le dos et après faire de la prévention, enfin moi matériellement je ne sais pas faire</i> »</p> <p>M6 « <i>le médecin généraliste est débordé de tâches et ne peut pas s'occuper correctement de tous ses patients, et en plus, dans les domaines de prévention.</i> »</p>
	Déni de l'alcool/ mensonges	<p>M1 « <i>il y a beaucoup de déni avec l'alcool</i> »</p> <p>M7 « <i>Le mensonge. Le mensonge, toujours. Justement, je pense que l'alcool, un des méfaits de l'alcool, je ne l'ai pas cité toute à l'heure, c'est complètement après le déni, se dénigrer soi-même, raconter des bobards au médecin, aux parents...</i> »</p>
	Particularité des consultations avec les adolescents : difficiles	<p>M1 « <i>Comme tout le monde, j'envisage difficilement.</i> »</p> <p>M10 « <i>c'est des consultations difficiles. (...) Oui c'est difficile, ce sont des consultations difficiles, plus difficiles qu'avec les adultes.</i> »</p>

Concepts		Verbatim
	Difficultés de communication	<p>M1 « <i>On vit dans un autre monde, les adultes et les adolescents. Eux, ce que nous on leur dit, c'est totalement dépourvu d'intérêt et d'intelligibilité. »</i></p> <p>M9 « <i>je pense qu'on est à côté de la plaque on ne sait pas, enfin les ados, on ne sait pas comment leur parler »</i></p> <p>M10 « <i>Voilà c'est toujours le même problème des ados qui ne veulent pas parler, qui ne veulent rien dire »</i></p>
	Pression des médias	M1 « <i>on voit des films américains où ils sont toujours en train de picoler (...). C'est vraiment se battre contre des montagnes quoi »</i>
	Peur de parler au médecin de famille (peur que ce soit répété aux parents)	M7 « <i>qui venaient me voir parce qu'ils ne veulent plus voir le médecin de famille des parents. Donc, on peut voir comme obstacle la peur de les dénoncer, de dire des choses sur eux. »</i>
Facteurs d'efficacité	Bien connaître l'adolescent	M4 « <i>ça fait 15 à 20 ans que je les connais, il y a du respect, de l'amitié »</i>
	Climat de confiance	<p>M1 « <i>Je pense qu'il faut créer un climat de confiance et d'affection. Qui est bien possible pour les médecins de famille qui connaissent les personnes. »</i></p> <p>M2 « <i>il faut qu'il y ait une relation de confiance avec son médecin. Si jamais il voit que le médecin, il est là à essayer de le fliquer, enfin pas essayer de le fliquer, mais je dirais, de lui poser plein de questions sur l'alcool, la drogue, les machins, il va se dire « oh, c'est quoi ça » »</i></p>

Concepts		Verbatim
	Se montrer disponible	M2 « <i>lui dire, si jamais t'as envie de parler de quelque chose avec moi, vis-à-vis de ça, tu peux ; mais pas d'être toujours en train de poser des questions là-dessus</i> »
	Trouver le bon moment	M4 « <i>on ne peut pas bien aborder le problème de leur sexualité, des problèmes de toxicomanie potentielle ou des difficultés existentielles parce qu'ils viennent parce qu'ils ont le nez qui coule ou mal à la gorge</i> » M8 « <i>il y a des moments comme ça où on peut en parler sans difficulté</i> »
	En parler, poser les bonnes questions	M1 « <i>je pense qu'il ne faut pas cuisiner les jeunes</i> » « <i>il faut de temps en temps parler de l'alcool de façon comme ça. Il faut en parler ! Je pense que c'est jamais anodin d'en parler. Mais juste en parler, pas forcément de façon très structurée, quoi.</i> » M6 « <i>Ce n'est pas la peine de poser une question pour avoir une mauvaise réponse. Ce qui est intéressant, c'est quand même une question bien posée. Et à la quantité de boisson consommée, à la quantité d'alcool, on a vite des réponses fausses</i> »
	Ne pas juger ni faire la morale	M1 « <i>Ils savent que voilà c'est la sérénité, on ne les juge pas, on est gentil avec eux, on répond à leur question, pas de prétention. (...) Faire la leçon, faire la morale ce n'est pas notre but, ni notre route</i> »

Concepts		Verbatim
	Demande ou participation du patient	M6 « <i>Après il faut que les gens soient partie prenante.</i> » M9 « <i>c'est quand ça vient de soi-même</i> »
	Parler des risques immédiats	M1 « <i>On parle plutôt des risques de perdre son permis, des risques de faire un coma éthylique qui, voilà, dans l'immédiat quoi. Dire que l'alcool est toxique, mortel dans l'immédiat quoi. Pas leur parler du futur parce que là, je pense pas que ça leur parle quoi</i> »
Ressenti sur l'intérêt de leurs actions	Inefficacité avec les personnes dépendantes	M8 « <i>les gens qui ont un problème avec l'alcool, le message ne passe pas. Les gens qui n'ont pas de problème, ils n'ont pas besoin d'un message parce que de toute façon, ils n'ont pas de problème</i> » M10 « <i>je me rends compte qu'à l'âge adulte il y a peu de gens qu'on arrive à faire, à sevrer de l'alcool, quand ils ont vraiment un problème d'alcool hein</i> »
	Efficace avec les buveurs excessifs non dépendants	M4 « <i>Quand il y a des éléments objectifs, heu... Sur leur santé, avec des preuves physiques ou des preuves biologiques que leur consommation d'alcool a des conséquences, je trouve qu'on est assez efficace</i> »
	Doute sur leur efficacité	M1 « <i>J'ai pas l'impression... J'ai pas l'impression d'être efficace, mais bon j'en sais rien, mais j'essaye d'en parler.</i> » M8 « <i>je me dis que ça peut-être quand même, il y en a peut-être un ou deux qui va réagir, ou qui va être choqué.</i> »

Concepts		Verbatim
	Inefficacité	<p>M7 « <i>Après, honnêtement, grosso modo, sur le résultat final, je ne pense pas qu'on est génial, du tout. »</i></p> <p>M8 « <i>Absolument pas ! (...) Mais alors pas du tout ! (...) Sur l'alcool oui ! Ça ne sert pas à grand-chose ! » (efficacité chez les adultes)</i></p>
La place des parents	Rôle des parents	<p>M4 « <i>Élever, éduquer ses enfants c'est d'abord le rôle des parents, ce n'est pas le rôle du médecin ni le rôle des instits. Éduquer ses enfants c'est d'abord le rôle des parents, c'est à eux pas à nous. »</i></p> <p>M9 « <i>en premier c'est le rôle des parents »</i></p>
	« Éducation à l'alcool »	M6 « <i>Ça peut peut-être éviter quand même qu'ils aient un premier contact avec l'alcool, surtout actuellement assez à l'état brut. »</i>
	Rôle complémentaire	<p>M2 « <i>Le médecin il est là, il est là aussi pour suppléer les parents ; c'est une autre parole, c'est une parole dirons-nous qui n'est plus une parole parentale mais une parole plutôt d'expert quoi, en fait. »</i></p> <p>M3 « <i>C'est certainement du rôle des parents et c'est certainement aussi du rôle du médecin »</i></p>
	Difficile pour les parents	<p>M7 « <i>Toute mère peut le faire, mais souvent les mères aujourd'hui sont débordées par d'autres problèmes, elles travaillent, elles ne sont pas que... à la maison »</i></p> <p>M9 « <i>le problème c'est que l'adolescent, c'est les parents c'est les derniers qu'ils vont écouter enfin »</i></p>

Concepts		Verbatim
	Inégalités face à l'éducation donnée par les parents	M8 « <i>le problème c'est que c'est très variable je pense d'un milieu social à l'autre et même dans un même milieu social, suivant l'éducation qu'ont reçue les parents, il y a des parents qui ne parlent pas de sexualité, qui ne parlent pas d'alcool, qui ne parlent pas de drogue, qui ne parlent pas de tabac, qui, ou qui vont fumer deux paquets à la maison en disant à leur enfant, « il ne faut pas que tu fumes ». C'est très très difficile. »</i>
Place du médecin dans la prévention	Place privilégiée	M7 « <i>Voilà, c'est notre rôle. Vous savez, on est premiers médecins de prévention en France, auprès de l'enfant, de l'adolescent. Si ce n'est pas nous qui abordons ça, franchement, c'est qui ? (...) Je ne pense qu'on a un énorme rôle dans la prévention primaire, énorme. »</i>
	Importance du médecin	M1 « <i>Je pense qu'un médecin, compte tenu de sa situation, a une place »</i> M5 « <i>Je pense qu'on a forcément une place... En théorie, ce serait super qu'on ait une place »</i>
	Peut-être, mais pas au cabinet	M5 « <i>Je pense qu'il y aurait plus de place pour le coup dans les collèges et lycées. »</i> M7 « <i>J'ai aussi une idée, qu'on nous laisse rentrer dans des écoles »</i>

Concepts		Verbatim
	Pas de place	<p>M5 « <i>Je ne suis pas sûr qu'il en ait un vrai besoin (...) le message a déjà été délivré</i> » « <i>Enfin ils le savent en fait... L'information, s'ils veulent la trouver, ils la trouveront. Mais il faut qu'ils veuillent la trouver, en fait.</i> »</p> <p>M9 « <i>non moi je pense pas que je suis suffisamment formée</i> »</p> <p>M10 « <i>Je ne suis pas sûre qu'on soit un interlocuteur très... enfin très intéressant pour les ados</i> »</p>

(2) Résultats des jeunes

Concepts		Verbatim
Moyens informations		
Par les amis		<p>Pour la majorité en premier.</p> <p>J12 « <i>d'abord à ma meilleure amie et puis à mes parents</i> »</p>
Par un adulte proche		J14 « <i>j'ai une tante avec qui je peux beaucoup parler.</i> »
Rôle des parents dans la prévention	Conseils de modération respectés	<p>J4 « <i>Eh moi, ma mère elle me dit, elle me conseille justement, elle me dit que ce n'est pas bien. Enfin qu'il faut, il faut éviter quand même d'être ivre. Ben, elle ne m'interdit pas.</i> »</p> <p>J15 « <i>Sauf quand mes parents commencent à mettre le holà</i> »</p>
	Conseils d'abstinence totale	J7 « <i>je veux jamais que tu boives, tu peux t'entraîner dedans et tu ne peux plus t'arrêter.</i> ».
	Conseils de modération non respectés	<p>J6 « <i>Si je les appelle à 3heures du matin pour qu'ils viennent me chercher parce que je leur dis que tout le monde a bu, on va me dire « Attends, qu'est-ce que c'est que ces potes-là ? »(rire)</i></p> <p>J13 « <i>ils voudraient que j'évite quoi. Après...</i> »</p> <p><i>Suite au coma éthylique : « Ils m'ont puni un petit peu ouais « Tu ne vas pas trop taper des soirées » et maintenant... »</i></p>
	N'en parlent pas	J14 « <i>Ils n'en parlent pas vraiment</i> »

Concepts		Verbatim
Multimédia	Internet	J2 « <i>maintenant il y a internet, donc si on a besoin de réponses, ben on va sur internet directement... »</i>
	La télévision, un moyen efficace	J6 « <i>C'est souvent trash, mais ça marque. »</i> J10 « <i>, d'après ce qu'on entend à la télé, oui. Les morts sur la route sont beaucoup liés à ces problèmes d'alcool apparemment. » « J'espère que ça alerte les gens. Moi ça marche personnellement. »</i>
	La télévision, un moyen à améliorer	J14 « <i>ce n'est pas assez choquant. Ça, ça ne provoque pas de réaction spéciale. »</i> J15 « <i>« La fête est plus folle », c'est tout le monde sait que c'est faux ! (...) je crois que ce que je vois ! »</i>
Moyens écrits	Brochures	J4 « <i>Même dans nos agendas. « L'Étudiant », je ne sais pas mais ils ont un petit dossier, à chaque fois, chaque année sur tout ce qui est prévention, enfin la protection sexuelle, enfin tout ce qui est drogue, alcool, tout ce qui est adolescence. Mais je pense que franchement tous les lycéens ils ont lu ce petit dossier. (...) La brochure va plus avoir un impact si on va l'avoir, puis on va en parler au médecin. »</i> J6 « <i>Puis, il y a même des, je ne sais pas, au CDI des fois des brochures... »</i> J13 « <i>J'ai déjà pris de la documentation (...) surtout sur les drogues »</i>
	Désintérêt des affiches	J9 « <i>On s'en fout quoi »</i>

Concepts		Verbatim
	Intérêt des affiches	J3 « <i>Oui, ben, quelques pubs et il y a surtout des affiches dans notre infirmerie du lycée</i> » « <i>C'est un peu sympa et après il y a une phrase en dessous. D'après un sondage à 17 ans les jeunes ont expérimenté les trois types de drogue, alcool, tabac, cannabis tout ça, donc ça fait un peu l'accroche, l'image et le fait réel quoi.</i> »
Intervention en classe par la gendarmerie	Jugée utile	J5 « <i>à l'école, je me souviens en quatrième, on a eu une intervention de la gendarmerie, et ils nous ont donné un petit bouquin sur les drogues. Je l'ai même vu ici, je crois.</i> » J12 « <i>ça arrive à nous influencer (...) ça ne nous en empêche pas quoi.</i> »
	Jugée inutile	J11 « <i>En fait, leur message déjà on le connaît. Et puis, ils nous le disent tellement comme si c'était un ordre</i> »
Planning familial		J14 « <i>le planning familial aussi qui vient.</i> »
Infirmière scolaire		J7 « <i>l'infirmière scolaire</i> »
Code lors du permis de conduire		J10 « <i>J'ai passé mon code et il y a des questions là-dessus</i> »

Concepts		Verbatim
Place du médecin		
Relation de confiance sans rôle de confident		<p>J3 « <i>On a les parents et puis si c'est un problème auquel les parents n'ont pas de réponse et puis qu'ils nous disent ce serait bien d'en parler avec le médecin. Mais enfin, autant dire ça on pense jamais à y aller quoi. »</i></p> <p>J4 « <i>Ça ne me dérangerait pas d'en discuter avec elle mais, sinon. Ce qu'il ne faut pas c'est qu'il fasse la morale »</i></p>
Relation de confiance avec rôle de confident		J5 « <i>Oui, oui, mon médecin, oui j'ai dit un peu tout parce que je la connais déjà très bien. (...) Donc on parle de tout. Un médecin, ça doit garder le secret professionnel, je peux lui dire n'importe quoi »</i>
Pas de relation de confiance.		<p>J6 « <i>Ben, je n'aime pas trop mon médecin traitant donc (rire)... »</i></p> <p>J14 « <i>Parce que c'est un ami de mon père ! (rire) »</i></p>
Pense que le secret médical fait exception chez les mineurs		J11 « <i>je pense que si c'est quand même quelque chose de grave, je pense que peut-être que je suis mineure ... Je ne sais pas. »</i>
Rôle dans la prévention	Oui	<p>J5 « <i>Oui, c'est génial donc on peut tout lui dire. C'est puis, après les jeunes maintenant ils sont plus timides avec leurs parents, donc si on peut parler à quelqu'un qui doit garder le secret, on va tout lui dire. »</i></p> <p>J10 « <i>c'est leur rôle. »</i></p>

Concepts		Verbatim
	Non	J6 « <i>Ben je lui dirai : « je suis au courant de tout. » (rire)... »</i> J8 « <i>ce n'est pas son métier »</i>
	Non abordé	J11, J14
Quel message ?	Conséquences de l'alcool sur la santé	J5 « <i>Elle m'a dit, mon médecin m'a dit, ben en soirées ouais. Tu bois trop, mais bon si t'es vigilant, avec t'es conscient de ce que tu fais par rapport à ta santé, ton foie et tu, t'embêtes pas le monde, elle m'a dit, ben après c'est à tes risques et périls. C'est ta santé tout, mais fais attention. Voilà. »</i> J15 « <i>Tous les risques qu'on peut avoir ! »</i>
	Ne pas être moralisateur	J4 « <i>mais pas qu'ils aillent trop poser des questions. Il ne faut pas imposer quoi que ce soit. »</i> J5 « <i>De toute façon, on peut pas dire à quelqu'un « Ne bois pas ! ». On peut juste lui donner des éléments pour que lui aboutisse dans sa réflexion à se dire « je vais pas boire ». (...) Ouais, après si c'est un jeune il ne va pas écouter. Si tu lui dis de dire « non », il va dire « oui ». Bon voilà on peut par contre lui dire, « ben voilà regarde ce que ça fait, regarde et tout et puis tu verras. » Et le jeune il va réfléchir, il va se dire « ah ouais, ce n'est pas bien, je vais peut-être moins boire ». »</i> J6 « <i>Faudrait surtout pas qu'il veuille me faire la morale, c'est bon, je suis grande. Je sais tout. C'est bon... »</i>

Concepts		Verbatim
Moyens de prévention		
Autre que l'information : l'expérience personnelle		<p>J4 « <i>Ben moi, on m'a jamais retrouvée ivre comme je l'ai été la première fois (rire). Donc voilà c'est la preuve que ça a marché, mais sinon... (...) En vrai même, c'était à une soirée et j'ai vu une fille pitoyable. Je l'ai vue mais s'écrouler, vomir mais elle était mais pathétique quoi, et je me suis dit : « je ne veux jamais ressembler à ça ». Mais, ce sont des trucs où on prend conscience direct. »</i></p> <p>J12 « on connaît nos limites »</p> <p>J15 « <i>J'ai déjà vu certains trucs vraiment(...) je me suis régulé »</i></p>
Besoin de prévention ?	Oui	<p>J6 « <i>On a de plus en plus de trucs pour être informé là-dessus. »</i></p> <p>J12 « <i>sur la sexualité et les drogues « après les lycéens ils en ont un peu marre d'entendre toujours les mêmes choses. (...) sur l'alcool, j'ai moins d'informations sur les risques. »</i></p> <p>J13 « <i>ça ne nous dérange pas qu'on m'en parle quoi. (...) Moi ça m'informe ! (rire) »</i></p>
	Non	<p>J8 « <i>Moi, en plus, je m'en fous de ça. »</i></p> <p>J10 « <i>Je suis quand même calé sur ces questions-là. »</i></p> <p>J15 « <i>pour l'alcool, ils en font trop. »</i></p>
Interdiction de la vente aux mineurs : peu appliquée		J15 « <i>trop d'alcool de partout qui traîne. »</i>

B.II.2.f. Spécificités

(1) Des médecins

Médecin M1

Ce médecin participe à la commission des permis de conduire. Il a une approche assez différente des autres médecins puisque son travail consiste en partie à parler des problèmes d'alcool avec les patients qui viennent en commission. Il aborde très facilement ce genre de problème. Pour autant, il ne questionne pas systématiquement ses patients sur leurs consommations d'alcool et les adolescents encore moins.

Il trouve que la commission de permis de conduire permet d'avoir une grande efficacité sur la prise en charge des problèmes d'alcool. La pression de perdre le permis de conduire est un moyen efficace de prise en charge et prévention secondaire.

« je fais la commission des permis de conduire, je pense que c'est vraiment là, c'est vraiment là qu'on a une grande efficacité, on a même plus d'efficacité que les alcoologues et les psychiatres, en commission médicale. »

D'après ce médecin, certaines personnes ont plus de risques de développer une dépendance à l'alcool ou une consommation inappropriée. Ce sont avec ces personnes qu'il faut parler de l'alcool.

« Ils ne sont pas addicts de l'alcool parce que ça dépend des gens ça. Je pense que c'est écrit, il y a vingt pour cent des gens qui vont être fragilisés. »

Enfin, ce médecin insiste sur le nombre important de tâches que le médecin généraliste doit remplir. Il ne peut pas se focaliser sur un problème tel que le dépistage des problèmes d'alcool au risque d'occulter les autres, d'où pour lui une impossibilité de dépister les conduites inappropriées d'alcool chez tous les adolescents.

Médecin M2

Il n'envisage pas d'avoir des discussions avec tous les adolescents sur l'alcool. En effet, chez les adolescents qui vont bien cela lui semble inapproprié.

« J'ai plein d'ados qui sont bien dans leur tête, qui sont bien dans leur peau et que tu vois, ça me semblerait tomber comme un cheveu dans la soupe »

Pour lui, les problèmes d'alcool concernent surtout les personnes plus âgées.

« Le consommateur d'alcool c'est quelqu'un qui est plus âgé, qui est un consommateur régulier, qui est addict, c'est-à-dire qui a besoin d'alcool »

De plus, il ne trouve pas nécessaire d'intervenir quand il n'existe pas de dépendance ni de gros problème lié à l'alcool.

« Mais on ne peut pas non plus empêcher chacun de vivre sa vie comme il l'entend. Si jamais quelqu'un veut boire de temps en temps, plus que de raison, et puis que le reste du temps il ne boit pas, ça ne m'interpelle pas trop, je ne sais pas, du moment que ça ne met pas sa vie en jeu »

Médecin M5

Ce médecin se rend compte que les consommations ont changé, que les jeunes consomment plus, plus jeunes, mais elle se demande si cela veut dire qu'il y aura plus d'alcooliques dans quelques années.

« On a l'impression que nos jeunes consomment plus tôt, plus en quantité qu'ils sont plus ivres. Ce n'est pas pour ça qu'ils seront plus d'alcooliques à la fin »

L'alcool est banalisé pendant les études de médecine : *« l'alcool est très banalisé, pendant les études, pour le côté festif ».*

Elle soulève l'ambivalence des médecins qui souvent consomment des quantités importantes d'alcool.

« Il y a une dichotomie entre le discours universitaire et ce qui est vraiment fait même à l'hôpital ; ce qu'on peut voir dans certains services de garde. On est sur cette ambivalence-là ».

Elle pense qu'il est difficile pour les médecins de « faire la morale » aux jeunes alors qu'on a « tous fait cette expérience-là » mais en même temps cela fait partie intégrante du rôle du médecin et on ne peut pas dire aux patients qu'ils peuvent continuer à boire, ce qui met les médecins dans une position délicate.

« Je trouve que malgré tout... notre statut de médecin... je veux dire qu'on a tous vécu ça, on ne peut pas leur dire que c'est bien, qu'il faut continuer »

Elle n'a donc pas d'idée tranchée sur sa place dans la prévention des consommations d'alcool chez les adolescents, mais aussi chez les adultes.

D'après elle, les jeunes sont déjà bien informés, ils ont déjà reçu les informations ou savent où la trouver.

« Enfin ils le savent en fait... L'information, s'ils veulent la trouver, ils la trouveront. Mais il faut qu'ils veuillent la trouver, en fait. »

Ils ne demandent rien à leur médecin et d'après elle *« toute information délivrée si elle n'était pas demandée, le message n'était pas reçu »*

Médecin M6

Ce médecin insiste sur la difficulté pour les patients à ne plus boire à cause de la pression de la société, des collègues de travail. Elle parle même de perte de virilité. Elle pense aussi qu'on ne peut pas *« guérir de l'addiction à l'alcool »*.

« Effectivement, on ne guérit pas l'addiction à l'alcool. Je veux dire, on ne guérit pas cette dépendance au produit. S'ils en étaient dépendants, et qu'ils boivent, ils vont l'être. Ils vont rechuter. Parce qu'on n'a pas le moyen d'annuler ça. »

Elle pense qu'il faut arriver à parler de l'alcool d'une certaine façon, à poser les bonnes questions.

« Ce n'est pas la peine de poser une question pour avoir une mauvaise réponse. Ce qui est intéressant, c'est quand même une réponse bien posée. Et à la quantité de boissons consommées, à la quantité d'alcool, on a vite des réponses fausses »

Elle envisage les discussions sur l'alcool surtout avec les très jeunes adolescents.

« Ça peut peut-être éviter quand même qu'ils aient un premier contact avec l'alcool, surtout actuellement assez à l'état brut. »

Enfin, ce médecin pense que la consommation des adultes a plutôt tendance à diminuer et que les conséquences médicales aussi.

« On boit moins qu'avant, dans les milieux professionnels »

« Il me semble qu'on voyait beaucoup de cirrhoses. Beaucoup plus qu'actuellement. »

Médecin M7

Ce médecin parle d'un concept intéressant qui serait de faire *« une consultation dédiée »* à la prévention mais en y mettant les moyens nécessaires.

« Ça a un coût, c'est des consultations qui doivent au moins bénéficier d'une demi-heure. J'y crois énormément »

Elle pense que les premières consommations devraient se faire en famille afin que les jeunes soient plus sensibilisés.

« Goûter le vin à table avec ses parents et que les parents ont conscience totale de ce qui se passe, qu'ils peuvent contrôler, qu'il va contrôler »

Médecin M8

Ce médecin pense que c'est normal pour un jeune de boire et ceux qui ne le font pas du tout sont aussi inquiétants que ceux qui boivent trop.

« Il y a des ados qui sont presque trop euh, trop calmes, trop gentils, trop, je ne fume, pas, je ne bois pas, je ne sors pas, qu'on s'inquiète. »

Médecin M9

Il ne faut pas interdire l'alcool aux jeunes mais leur en parler et les accompagner dans leur manière de boire.

« Donc moi je pense qu'il faut en plus encadrer, enfin plus accompagner la prise d'alcool. Enfin peut-être faire des petits rites initiatiques »

« Ouais, il faut les accompagner sur leur vie d'adulte, leur dire qu'ils sont amenés à boire l'alcool et avec modération que ça permet de respecter leur liberté de, modérer donc toute chose. Là, après c'est des choses plus vagues, leur passer plutôt un message comme ça qu'un message sanction. »

Elle pense par contre que le médecin n'est pas forcément le bon intervenant pour parler de l'alcool et qu'il faut plus utiliser des moyens de communication adaptés aux jeunes : internet, radio, SMS... *« Voilà à la limite ces gens-là qui font de la radio, qui s'adressent aux jeunes, sont peut-être plus légitimes »*

(2) Des jeunes

Jeune J2

Nous avons ressenti une gêne à exprimer le fait qu'elle ne boit pas d'alcool.

« J'ai jamais été parce que j'avais été, ... enfin je ne bois pas beaucoup, enfin je n'aime pas trop. Ben, ça dépend, je peux boire des bières avec des amis et puis voilà mais ... »

Jeune J3

Elle pense que les jeunes face à l'alcool sont soit dégoûtés, soit boivent à toutes les soirées entre copains.

« Après, peut-être qu'il y a celles ou ceux qui ont un dégoût envers l'alcool soit non, et ça se reproduira à chacune des soirées qu'ils feront quoi ! »

Elle pense mieux maîtriser sa consommation que d'autres.

« C'est marrant, je sais qu'il y a les autres qui me disent qu'ils se souviennent pas de ce qu'ils ont fait...À leur place, ça me ferait vraiment peur quoi, moi, je me suis toujours souvenue »

Jeune J4

Elle pense que la facilité d'accès aux taxis dans d'autres pays limite les risques d'insécurité routière.

« Ben sinon en France, c'est elle qui vient me chercher aux soirées, et quand je suis au Portugal, c'est ouais... Je rentre en taxi puisque c'est moins cher là-bas donc, c'est un peu mieux. »

Jeune J5

J5 *« En plus, en tant que rugbyman, je peux tout vous dire. N'importe quelle question je veux vous répondre franc. Je vais vous donner mon avis et celui général. »*

Dans ce discours, on sent une impression de maîtriser tous les éléments.

Jeune J6

Elle veut travailler dans l'événementiel, comme si le monde de la fête était une identité.

Jeune J7

Il a changé de groupe d'amis, car il trouvait qu'ils buvaient et fumaient trop.

Jeune J13

Elle présente des problèmes scolaires : 4^{ème} établissement secondaire. Il est difficile de faire un lien entre ses polyconsommations et les problèmes scolaires, voire sociaux. Le lycée a conseillé de faire des analyses toxicologiques, car elle allait en cours avec des yeux rouges.

Les informations télévisées l'ont aidée à contourner les tests toxicologiques.

« Ils en avaient parlé aux infos qu'il fallait laisser 3 semaines ... ».

Elle semble dans le déni *« je n'ai pas eu trop de problèmes »*, donc ne va pas consulter de médecin pour sa polyconsommation. Elle a pourtant déjà fait un coma éthylique et que sa consommation d'alcool inquiète ses parents et l'équipe éducative du lycée.

Elle n'aurait jamais abordé la question de l'alcool avec son médecin traitant ni avec le médecin qu'elle a été obligée de consulter pour les tests toxicologiques positifs.

Jeune J14

Cette jeune fille justifie le fait qu'elle ne connaît pas le risque d'une consommation quotidienne d'alcool par le fait qu'elle n'est pas concernée.

« Je n'ai jamais eu de problèmes à cause de l'alcool donc... »

On ressent chez son père une volonté de faire apprécier le vin dès le plus jeune âge.

« Quand j'étais petite (rire), je buvais du vin, un fond de vin rouge avec de la limonade »

« c'était mon père pour rigoler. Et en fait après j'ai bien aimé (rire). »

Jeune J15

Il souhaiterait parler avec un médecin de son addiction au tabac, mais *« Je n'ai jamais assez de sous pour parler à un médecin quoi. »*

« On devient beaucoup moins addict à l'alcool qu'aux clopes, je trouve. Moi, je passe deux mois à boire quasiment et après pourtant c'est la rentrée et je vois que je n'ai aucun problème. »

Comme le jeune 5, on remarque une impression de maîtrise du monde qui l'entoure.

B.III. ANALYSE ET DISCUSSION

B.III.1. Analyse et discussion par thème

B.III.1.a. Place de l'alcool dans la société

(1) Dans la culture

La fréquence de la consommation est estimée élevée par la majorité des jeunes adolescents et des médecins.

Les adolescents et les médecins parlent de la place de l'alcool, surtout des vins, dans **la culture française**. Les médecins et certains jeunes parlent même de **fierté**.

M7 « *l'image est plus fierté chez les gens.* »

Sa place est importante aussi au niveau de la gastronomie avec notamment l'œnologie.

(2) Dans les relations sociales

Les médecins relèvent l'importance de l'alcool comme **liant social**. En libérant d'une certaine timidité, il est associé à **la convivialité et la festivité**.

Certains ont même du mal à envisager une fête sans alcool.

M6 « *Une fête sans alcool ça ne se fait pas.* »

Les médecins soulèvent aussi le problème des pressions auxquelles doivent faire face les gens qui ne souhaiteraient pas boire, car l'alcool est omniprésent.

M10 « *quand on se rencontre il y a toujours de l'alcool, c'est toujours difficile de dire non. On passe toujours pour, enfin les gens, ils disent qu'ils passent pour...Enfin, on les regarde bizarres quand on refuse un verre d'alcool dans un mariage ou quelque chose comme ça.* »

(3) Dans le domaine sportif

Les adolescents rapportent l'importance de l'alcool dans la fête mais aussi dans le milieu du sport souvent lui-même à l'origine de célébrations. Cette notion est retrouvée dans l'étude « L'alcool et les jeunes » (56). Le sport collectif en compétition favorise chez certains la non-consommation et chez d'autres la consommation à problèmes, créant une dichotomie entre des compétiteurs « ascètes » et d'autres « surconsommateurs ». Par contre, une pratique individuelle de loisirs (sans compétition) augmente la probabilité d'être non-consommateur.

Cette place de l'alcool dans le milieu sportif n'a pas du tout été soulevée par les médecins et **on pourrait se demander s'ils ne sous-estiment pas les consommations de leurs jeunes patients sportifs.**

(4) Dans l'économie

Les médecins insistent beaucoup sur **l'implication économique**. Ils sont tous bien conscients de l'argent que peut rapporter la production de vin mais aussi la vente d'alcool (13). La France est l' « *un des premiers pays producteurs de vin* » (M7).

Ils remarquent aussi les dépenses de santé publique que les consommations peuvent entraîner. M4 « *ça a un coût social qui n'est pas négligeable* »

Par contre, beaucoup de jeunes ne savaient pas répondre à la question de la place de l'alcool dans l'économie française. Seulement trois avaient plus de recul et parlaient d'un « *business énorme* » (J15).

Avertir les jeunes des enjeux économiques qu'ils représentent pourrait être un axe de prévention.

(5) Dans le monde du travail

Un adolescent en lycée professionnel a spontanément parlé du problème de l'alcoolisation au travail. Certains médecins ont aussi soulevé ce problème.

Selon les statistiques de 2001 de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, 10 à 20 % des accidents du travail auraient lieu suite à une consommation d'alcool.

(6) Dans la pharmacopée

Les médecins ont aussi parlé des « *bénéfices thérapeutiques* » qui sont attribués à l'alcool par la population. En effet :

M2 « *L'alcool c'est un médicament, je dis un médicament un peu de façon provocatrice, mais c'est le... il est anxiolytique, il est désinhibiteur, il est antidépresseur mais il est mauvais comme médicament dans chaque catégorie. Mais il est un peu polyvalent* ».

Un médecin rapporte les vertus de désinfection qu'on attribuait au vin, il y a quelques années. On en faisait ainsi boire aux enfants dès leur plus jeune âge.

M6 « *quand on était gamin, on nous mettait du vin dans l'eau pour désinfecter l'eau* »

Des jeunes évoquent les études ayant montré l'effet protecteur cardiovasculaire du vin.

En conclusion, les médecins et les jeunes insistent beaucoup sur l'omniprésence de l'alcool dans notre société. C'est l'élément nécessaire à toute célébration. Les médecins vont même plus loin en décrivant la pression subite par les gens qui ne boivent pas.

B.III.1.b. La consommation d'alcool chez les adultes

(1) Expérience personnelle

La consommation des médecins est très variable, d'une consommation nulle (pour un médecin) à quotidienne (pour un médecin). Trois médecins consomment régulièrement de façon modérée, quatre lors d'occasions et deux de manière très exceptionnelle. Aucun ne semblait avoir de consommation pathologique, en se basant sur les critères de la SFA (31).

L'âge des premières consommations n'est pas uniforme, variant de l'enfance à 17 ans.

Pour autant ces différences n'apparaissent pas comme un facteur modifiant le dépistage ou la prise en charge. Cela ne modifie pas non plus leur facilité à aborder les problèmes d'alcool ou à évaluer les consommations de leurs patients.

Un médecin relève **l'ambivalence de certains praticiens** qui boivent pendant leur service hospitalier tout en gardant un discours très critique sur l'alcool.

M5 « *Il y a une dichotomie entre le discours universitaire et ce qui est vraiment fait même à l'hôpital ; ce qu'on peut voir dans certains services de garde. On est sur cette ambivalence-là. »*

Par ailleurs, la majorité des médecins ne rapporte **aucune influence des études de médecine** sur leur consommation personnelle ou sur leur considération de l'alcool. Un seul médecin parle de l'influence des études à travers l'organisation de grosses soirées et donc de consommation massive d'alcool. Il s'agit d'un jeune médecin et cela nous fait soulever l'hypothèse que la consommation d'alcool lors des soirées étudiantes a peut-être augmenté ces dernières années.

Une thèse récente (99) a montré que la prévalence du binge drinking est significativement plus importante chez les internes que dans la population générale ($p < 0.05$). Le taux de mésusage de l'alcool atteignait dans l'étude 29.3 %, ce qui semble au-delà du taux dans la population générale, même si les données sont difficiles à comparer de par des critères de classification différents.

(2) Expérience familiale

Chez les médecins

Le problème d'éthylisme dans la famille de certains médecins ne favorise pas le dépistage. Mais cela les rend peut-être moins indulgents face à des personnes éthyliques chroniques et plus compréhensifs envers leurs familles.

M5 « *Je n'en parle pas aux patients parce que je considère que... On n'a pas forcément besoin de l'avoir vécu pour être à l'écoute. (...) Après, je suis peut-être plus compréhensive par rapport aux gens qui ont du mal à supporter ça dans leur entourage.* »

Chez les adolescents

On retrouve un lien très significatif entre la consommation familiale d'alcool et celle du jeune, comme le confirment plusieurs études notamment celles de l'IREB (57).

Aucun des jeunes décrivant la consommation de leurs parents comme nulle ou très occasionnelle n'a une consommation pathologique. Un jeune s'est senti agressé par la question concernant les habitudes de ses parents.

J8 « Oh là, mais ils ne consomment rien du tout ! »

À l'inverse, parmi les jeunes ayant une consommation pathologique, un des parents au moins avait une consommation modérée à importante d'alcool. Deux hypothèses peuvent émerger : ces parents-là seraient-ils plus laxistes ou moins crédibles ?

Deux jeunes ayant des consommations à risque sont assez représentatifs :

- La jeune fille J12 décrit très bien une initiation à l'alcool pendant l'enfance par son père qui lui préparait un mélange de vin et de la limonade.
- Le jeune garçon J15 parle avec fierté d'un voyage familial dans « le château de Cognac » et d'une éducation à la gastronomie par l'alcool « *pour goûter* ».

La plupart des études, chez les jeunes, montrent une corrélation importante entre des antécédents familiaux d'alcoolisme et de toxicomanie et un début précoce d'abus de substances psychoactives. Cette notion est peu évoquée par les médecins (1 seul médecin), alors qu'il pourrait sembler important que les enfants d'un patient éthylique soient surveillés de plus près lors de l'adolescence.

(3) Les consommations à risques

Les médecins ont chacun leur image propre des consommations à risques.

Un seul médecin cite les normes de l'OMS pour parler des consommations à risques, les autres médecins les connaissent mal ou ne les citent pas comme référence. Certains ne les trouvent pas intéressantes.

On remarque que les médecins se contredisent souvent dans ce qu'ils jugent une consommation à risques et le moment à partir duquel ils interviennent. Certains soulèvent les problèmes des consommations quotidiennes, mais n'interviendront pas pour autant.

M7 « *Un adulte qui consomme, par exemple, qui aime le vin, qui prend un verre de vin à midi, un verre de vin, le soir. Honnêtement, je n'irai pas l'embêter* »

Il est difficile de conseiller les patients alors que la norme n'est pas claire ou en tout cas pas identique pour chacun. Cela confirme à quel point **le problème est complexe**.

Les médecins confondent souvent les consommations à risques et les consommations déjà pathologiques (notamment la dépendance).

Chez les jeunes, la frontière de la consommation à risque n'est pas évoquée, la notion de « verre standard » de l'OMS est seulement abordée par deux jeunes. Pour l'un d'eux (J5), il n'y a pas de dépendance si la consommation est quotidienne et la quantité est raisonnable (limite fixée par la loi pour la conduite automobile).

Cette méconnaissance est un fait établi par les études. L'IREB (59) a notamment montré que **la moitié des Français ignore l'équivalence entre les boissons alcoolisées**. Ce message, qui figure au cœur de toutes les campagnes de santé publique, rappelle qu'aux doses servies usuellement dans les cafés, chaque boisson alcoolisée contient approximativement la même quantité d'alcool pur, soit 10 grammes. **Le concept de verre standard reste à faire connaître, chez les jeunes tout comme chez les adultes, mais cela semble compliqué puisque les médecins eux-mêmes ne sont pas à l'aise avec le concept**.

(4) Estimation de la fréquence

La majorité des médecins (10 sur 11) a du mal à évaluer le pourcentage de leurs patients qui auraient des problèmes d'alcool. Par rapport au pourcentage national de 20 % de patients à risques (10), (11), ils le sous-estiment tous sauf un médecin. Mais il est difficile de conclure sur des chiffres nationaux.

Du point de vue des adolescents, leurs aînés consomment tous de l'alcool, la quantité seule varie.

J15 « *Il n'y a pas un français aujourd'hui qui ne boit pas* »

La plupart ont la même conclusion que les études épidémiologiques décrites dans notre première partie : les adultes boivent de façon plus souvent quotidienne ou occasionnelle (festive) mais en quantité limitée. Les jeunes estiment donc bien sa fréquence, mais **on peut s'inquiéter de la banalisation de l'alcoolisation que l'on relève dans presque tous les entretiens. L'alcoolisation est un fait commun.**

C'est même un **sujet léger, de plaisanterie**, car certains jeunes rient lors de l'entretien.

J6 « *Chez nous, les adultes aussi ils sont pleins. (Rires)* »

La banalisation de l'alcool pour cette jeune fille est sans doute aussi familiale, les fêtes mélangent toutes les générations. Son médecin traitant pourrait sans doute, s'il détectait cette tendance familiale, modérer cette **apparente innocuité**.

(5) Risques des consommations

Tous les médecins estiment correctement les risques des consommations. Ils insistent surtout sur les conséquences d'une dépendance avec les risques de déchéance familiale, professionnelle et sociale qui l'accompagne.

M9 « *Tout, hein, une spirale infernale, hein !* »

M10 « *ils perdent tout : leur vie de famille, leur travail, leur permis* »

Ils soulèvent bien évidemment le risque d'accident et les conséquences médicales des consommations chroniques.

Le danger pour la santé est globalement connu par les jeunes. Pour la plupart, les risques de l'alcool se situent d'abord et principalement en cas d'alcoolisation massive puis en cas de dépendance. Au niveau des consommateurs excessifs chroniques que les jeunes qualifient d'« alcooliques », les dangers médicaux cités sont flous : « le foie », la vue... Le mot « cancer » n'a été cité qu'une seule fois (J10). La potentialisation des risques avec le tabac n'a jamais été évoquée.

Un tiers (5/15) évoque les conséquences sociales de la dépendance, ainsi que les risques d'insécurité routière.

(6) Intervention du médecin

Certains médecins pensent que leur statut les oblige à un certains discours de prévention.

Seulement trois médecins utilisent des tests pour appréhender les consommations d'alcool chez les adultes, cela leur permet de lancer une discussion. Tous les autres trouvent ces tests trop figés, sans intérêt.

La moitié des médecins dit être à l'aise avec les discussions autour de l'alcool mais pour la majorité il ne s'agit jamais d'un dépistage systématique à l'inverse de ce qu'on peut voir avec le tabac. Les questions viennent toujours dans un deuxième temps et surtout quand il y a déjà des conséquences aux consommations (modification du bilan biologique...) ou s'il s'agit d'une demande des patients. Un seul médecin dit le demander de manière un peu plus systématique mais quand les patients viennent pour des visites annuelles.

M9 « Pour une visite annuelle, là je pose la question, sinon je ne la pose pas systématiquement. »

M9 « Enfin je n'ai pas de souvenir d'avoir fait la prévention chez quelqu'un qui n'a pas... je ne sens pas qu'il y a un problème, non. »

Une partie des médecins n'est vraiment pas à l'aise avec les discussions autour de l'alcool mais nous n'avons pas retrouvé de facteur pouvant expliquer cela : ni l'âge des premières consommations, ni leur consommation personnelle ou les problèmes familiaux.

Plusieurs médecins soulèvent le fait que les consommations d'alcool « C'est des choses qui sont taboues ».

Les médecins sont globalement peu à l'aise avec les discussions sur l'alcool chez les adultes et n'envisagent les discussions que lorsque les problèmes existent déjà. Finalement la prévention primaire n'est pas mise en place chez les adultes. Alors, il est difficile d'exiger que cela soit fait chez les jeunes. Les jeunes banalisent, eux aussi, énormément la consommation des adultes.

B.III.1.c. Les particularités de l'adolescence

(1) Une période difficile pour le dialogue

Pour tous les médecins, l'adolescence est une période indispensable pour passer de l'enfance à l'âge adulte. C'est une **période difficile** tant pour l'adolescent que pour les adultes qui l'accompagnent. C'est surtout le temps de la rébellion, jonché d'expériences et de tests où les adolescents peuvent **se mettre en danger**.

M4 « A risques physiques, souvent il y a des filles qui prennent des risques par enjeu, par inconscience, par défi. À risque d'alcool, à risque de toxicomanie, à risque de tout ça. À risque de dépression parce qu'ils sont tous plus ou moins mal dans leur peau... heu... à risque sectaire parce qu'ils sont prêts aussi à enfourcher le premier cheval qui va leur plaire... heu... à risque sexuel parce qu'ils ne sont pas tous informés ou s'ils le sont, ça fait partie de leurs

risques physiques, ils vont jouer à la roulette russe. Voilà c'est... c'est vraiment une zone de turbulence pendant cinq-six ans. »

La plupart des médecins insiste sur **les difficultés de communication des adolescents qu'ils jugent renfermés, passifs et surtout très peu réceptifs aux conseils.**

Certains médecins déclarent d'ailleurs ne pas être du tout à l'aise avec les adolescents , notamment les jeunes médecins.

Les médecins ne voient pas toujours l'intérêt de faire de la prévention puisqu'ils ont l'impression que leurs conseils ne sont pas suivis.

M8 *« Par principe, ils sont assez braqués, butés et que, on voit vite que de toute façon ils écoutent d'une oreille et qu'ils en ont absolument rien à faire de ce qu'on leur dit. Quand ils sont gentils, ils disent « oui, oui » et ils n'en pensent pas un mot, ça se voit. Quand ils sont un peu plus agressifs, ils discutent un peu mais de toute façon, ils n'ont pas l'intention de... (rire) d'écouter ce qu'on leur dit et de suivre les conseils qu'on leur donne. »*

Pour les jeunes, beaucoup ont paru intéressés par les sujets de prévention de l'alcool, dans le contexte d'anonymat et de confidentialité de ces entretiens. **La plupart affirmaient qu'ils seraient ouverts à une discussion avec leur médecin traitant. Ceux ayant un usage à risque étaient souvent au contraire très logorrhéiques sur l'alcool.** Mais, l'enquêteur avait instauré un climat de confiance, en utilisant par exemple un vocabulaire non savant voire familier, ce qui ne correspond pas au rapport habituel entre le médecin et son patient. **Par contre la consommation de cannabis n'était pas mise en avant** et ce n'est qu'en posant la question clairement que la réponse a été obtenue, dans un contexte de gêne ressentie par l'enquêteur. Le caractère illégal explique peut-être cette différence.

Ceux qui étaient gênés voire agacés par le sujet l'ont clairement fait comprendre par des phrases courtes « *Ouais* », « *Non* » et ne répondaient pas aux relances de l'enquêteur. Il s'agissait en majorité de jeunes abstinents (J8, J9, J10). Deux jeunes (J13 et J14) qui semblent avoir une consommation potentiellement à risque ne se livraient pas facilement. Quand l'enquêteur insistait, elles répondaient aux questions. **Il pourrait être intéressant de dire aux médecins qu'avec un peu d'insistance et de patience, les jeunes peuvent finalement arriver à se livrer.**

L'une d'elle avait eu des problèmes avec l'administration du lycée suite à un coma éthylique, donc on peut imaginer une réticence à se confier au cours d'un entretien au lycée. Peut-être aurait-ce été différent dans un cabinet de médecine générale ?

Le non-verbal est donc souvent trompeur chez les adolescents. Adopter une attitude « *nonchalante* », un peu imbue de sa personne ressemble plus, dans leurs cas, à une envie de paraître qu'à une véritable façon d'être. En somme, il semble que **contrairement aux apparences données à l'enquêteur, les jeunes ne soient pas gênés par les sujets de prévention tels que l'alcool. Ils sont souvent moins réservés s'ils sont exposés au risque abordé. Pour 4 jeunes sur 15, ils ressentent même un besoin d'information.**

Il existe donc une distorsion entre la perception des médecins et celle de l'enquêteur lors des entretiens avec les jeunes.

(2) Entre insouciance et sentiment de toute-puissance

Dans le discours des jeunes, on retrouve une impression d'insouciance, proportionnelle à leurs consommations addictives.

J12 « *Vu qu'on est jeune, on se dit « c'est bon, je m'occuperai plus tard de ma santé. Je profite »*

J15 « *Je préférerais mourir dans la plus parfaite insouciance ! »*

Ces aspects furent retrouvés dans l'étude qualitative (100), et résumés par le terme « **l'âge de la déraison** ».

D'autre part, chez certains, on détecte un sentiment de toute-puissance de l'adolescent.

J12 « *Vu qu'on est jeune, on se dit « c'est bon, je m'occuperai plus tard de ma santé. Je profite ».* »

J5 « *Oui, j'ai pris la voiture de ma mère, je me suis barré avec. Puis, je suis revenu, « Ni vu ni connu ». Voilà je n'ai pas créé d'accident. La voiture, elle va très bien. Ben, mais voilà en fait. (rire) »*

Les médecins rapportent cette idée de toute-puissance et de **distorsion de la perception des risques. En effet, pour les médecins parler du risque de décès aux jeunes ne servirait à rien. Certains médecins pensent que les jeunes sont informés des risques, mais ne s'en protègent pas, car ils ne se sentent pas concernés. Ils sont dans **le déni des risques**.**

M5 « *Après je crois que les jeunes, leur dire qu'ils ne sont pas immortels, ce n'est pas quelque chose qui... Auquel ils sont très réceptifs. Enfin voilà ils sont tout-puissants. En général à 16 ans, le problème de la mort ce n'est pas quelque chose qui leur parle. Donc voilà, après c'est, scooters, volants...Mais... Ils sont souvent dans le déni. »*

(3) Relation parent-adolescent

Les jeunes sont divisés face à la question de la place du dialogue avec leurs parents dans leur vie. On ressent dans leur discours toute la complexité de l'adolescence. Il s'agit pour eux d'une période où les parents leur sont indispensables (matériellement au moins) mais dont ils cherchent à se séparer.

- Pour 5 adolescents sur 15, les discussions sont limitées ou conflictuelles. On ressent même une **méfiance envers les adultes** :

J2 « *Puisque je n'aime pas et puis je ne veux pas que ma mère sache ma vie* »

L'acquisition de l'indépendance est source de questions, mais par essence ils doivent les résoudre sans leurs parents.

Dans une famille où il n'y avait aucun dialogue, la jeune consommait de façon importante et inappropriée du tabac, du cannabis et de l'alcool.

J14 « *Ce n'est pas que c'est des engueulades, mais c'est juste un manque de communication.* »

Le rôle de confident est assuré par leurs pairs, souvent la « meilleure amie »

- Quatre adolescents parlent avec leurs parents, mais ceux-ci ne sont pas leur confident principal.

J13 « *ils sont ouverts (...) je ne leur dis pas tout* »

- La majorité (6/15) considère le rôle de parent comme confident :

J7 « *je dis tout à ma mère.* »

Pour les médecins, la relation aux parents est difficile, car les adolescents sont souvent en rébellion et les relations sont donc **bien souvent conflictuelles**.

Par contre, ils disent tous envisager **facilement les discussions avec leurs enfants autour de l'alcool. Certains mêmes les « éduquent » à la dégustation de vin.**

Au final, les jeunes interrogés ne semblaient pas avoir plus ou moins de conduites à risques selon que leurs parents avaient un rôle de confident ou de « policier ». L'absence totale de dialogue semble par contre concourir à la polyconsommation d'une des jeunes.

L'adolescence est une période compliquée. Les discussions sont difficiles, car les jeunes semblent introvertis, évoluant dans un monde différent de celui des médecins tant au niveau des pratiques, de leur langage que de leur philosophie. Ceci peut aussi expliquer le fait que les médecins ne soient pas toujours à l'aise avec les adolescents.

En réalité, beaucoup d'adolescents, lors des entretiens, ont semblé aimer parler de leur vision des choses, et ils se livrent assez facilement si le contexte est favorable et si l'on prend le temps de les écouter. De par leurs statuts de médecins, les jeunes les considèrent plus neutres, en dehors de la relation conflictuelle « parent-adolescent ».

B.III.1.d. La consommation d'alcool chez les adolescents

(1) Expérience personnelle

- Très peu de médecins disent avoir été confrontés à un problème d'alcool dans leur patientèle adolescente.

M2 « Ce n'est pas tellement quelque chose qui est présent dans mon métier, enfin, dans ma pratique »

Pourtant au vu des pourcentages nationaux, il semblerait que la majorité des médecins soit confrontée à des jeunes patients qui consomment de l'alcool. Nous trouvons 8 jeunes sur 15 parmi nos enquêtés ayant déjà connu l'ivresse, le taux national à 17 ans étant de 50 %.

S'agit-il d'une sous-évaluation des médecins ?

- La consommation d'alcool des jeunes a été analysée selon les critères de la SFA. Parmi les adolescents interrogés, on retrouve les 3 catégories de conduite d'alcoolisation :
 - **Le non-usage** : (6/15) Ils ne boivent que très rarement de l'alcool et n'ont jamais connu l'ivresse. On note souvent pour ces jeunes **un désintérêt de la question de l'alcool** : ils parlent peu, répondent par « oui » ou « non », et leurs entretiens sont les plus courts.
 - **L'usage** : (3/15) Ils boivent uniquement lors de fêtes, le week-end, pas toutes les semaines, mais au moins une fois par mois. Ils ont déjà connu l'ivresse, mais cette sensation n'est pas le but de chacune de leur consommation d'alcool. Nous n'avons pas détecté de facteurs de risque d'évolution vers une dépendance.

- Parmi les **mésusages**, nous distinguons :

L'usage à risque : (6/15)

- J5 : Plusieurs éléments nous amènent à le considérer à risque : consommateur précoce, polyconsommation, à visée de « défonce ». Il décrit le phénomène de « tolérance ». Il est donc plus à risque de développer une dépendance.
- J6 : Elle boit dans un contexte festif, surtout sportif, tous les week-ends. Le but est la « défonce ». Elle veut travailler dans l'événementiel, dans le monde de la fête, comme si l'alcool avait un rôle identitaire.
- J12 : Les facteurs de risques sont : consommation de cannabis, répétition des consommations l'été (3 ivresses par semaine).
- J13 : Elle présente 4 facteurs de risque : consommatrice précoce, polyconsommatrice (probable usage nocif du cannabis), répétition des consommations et moment de la consommation (entre les cours parfois). Elle a été jusqu'au coma éthylique, mais n'a pas modifié sa consommation.
- J14 : Les facteurs de risque sont : consommatrice précoce (collège), consommation quotidienne de cannabis, répétition des consommations.
- J15 : Alcoolisation quotidienne festive 2 mois par an en vacances et de façon occasionnelle dans l'année. Il présente 3 facteurs de risque : ivresse précoce (13ans), répétition des consommations et visée de « défonce ».

L'usage nocif : Aucun adolescent ne semble dans ce cas.

L'usage avec dépendance : Aucun adolescent ne semble dans ce cas.

La réalisation de ce classement des jeunes en fonction de leur consommation nous a permis de comprendre une des raisons pour lesquelles les médecins ont du mal à détecter les jeunes à risque. En effet, nous avons fait le choix de classer les adolescents dans la classification de SFA, qui est recommandée par l'HAS pour les adultes (32). Mais comme l'HAS le précise en 2001, « Le degré de dépendance à l'alcool reste difficile à apprécier » chez les adolescents ». Il n'existe pas d'échelle de dépendance des adolescents à l'alcool, validée en français. (...) Il paraît dangereux d'identifier l'adolescent à un groupe, au risque de fixer la pathologie. ».

Les enquêteurs se sont donc demandé si le choix de la classification de la SFA était le bon. Mais en évaluant les jeunes classés à risque (selon les critères de la SFA), avec le questionnaire français CRAFFT/ADOSPA (cf. Annexe 6), ces jeunes étaient aussi classés « à risque ».

Il est donc intéressant de noter qu'il n'y a pas d'outils reconnus par l'OMS ou l'HAS pour définir le passage d'une consommation « normale » chez les adolescents à une consommation à risque.

On comprend ainsi facilement les difficultés auxquelles doivent faire face les médecins, cela pourrait expliquer leur sous-évaluation.

Il faut préciser que le nombre important de jeunes à risque (6/15) est en lien avec le recrutement en Ardèche. Il avait été demandé à l'infirmière scolaire de prévoir des entretiens avec des jeunes qui consommaient de l'alcool plutôt qu'avec des non-consommateurs. Les entretiens dans le Rhône eux, ont été réalisés au hasard. On retrouvait alors 2 jeunes sur 10 ayant une consommation à risque, ce qui est plus proche du pourcentage national des mésusages. Selon l'IREB (56), l'abus concerne environ un garçon sur 6 et une fille sur 12 ; le risque d'être dépendant concerne un garçon sur 17 et une fille sur 50.

- Pour certains médecins, le fait d'avoir été confrontés à des jeunes patients ayant des problèmes d'alcool a un peu ou pas modifié leur prise en charge.

Un médecin est confronté au problème d'alcool de sa fille adolescente mais pour autant, il n'est pas plus à l'aise que les autres médecins et ne le recherche pas plus souvent chez les adolescents.

(2) Fréquence

Les jeunes évaluent bien la fréquence élevée des consommations d'alcool et cela indépendamment de leurs habitudes personnelles.

Ils disent boire **surtout le week-end, lors de fêtes**. Les jeunes internes ardéchois occupent certains mercredis après-midi à boire et fumer du cannabis, pour des occasions qu'ils décrivent aussi festives. On peut se demander si ce mode d'hébergement n'encourage pas à la consommation d'alcool, par effet groupe.

La consommation de boissons alcoolisées est pour la moitié d'entre eux systématique lors d'une soirée.

J15 « une soirée sans alcool, c'est un peu dur quand même »

Pour eux, c'est indiscutablement un ingrédient indispensable aux soirées entre copains.

Les médecins sont assez ambigus sur la fréquence des consommations. D'une part, il leur semble que les consommations sont fréquentes, mais pour autant ils ne disent pas y être confrontés dans leur pratique.

(3) L'évolution

La majorité des médecins (6/10) trouve que les jeunes consomment plus en quantité et aussi plus jeunes. Ces chiffres concordent avec ceux de l'IREB (59) : 74 % des Français pensent que les jeunes de moins de 18 ans boivent plus aujourd'hui qu'il y a dix ans.

Trois médecins rapportent un **changement dans les modalités de consommation** avec l'apparition du binge drinking et des ivresses plus fréquentes.

Quatre médecins ne trouvent pas qu'il y ait une évolution.

Parmi les jeunes eux-mêmes, la moitié pense qu'ils consomment plus et plus tôt que leurs aînés et l'autre moitié ne sait pas ou pense qu'il n'y a pas d'évolution.

Un jeune, J5, attribue la diffusion de l'alcool en partie au développement de nouveaux moyens de communication (portable, Facebook).

J5 « *Ah ouais, ben, on appelle tout le monde « Tiens, t'es libre ce soir ? » et ben... Avant, on devait se déplacer on tentait une fois, puis après le portable, c'est aussi : « Ben voilà, Maman, je suis rond est-ce que tu peux venir me chercher ? » »*

(4) Intérêt

Les médecins jugent assez bien ce qui pousse les jeunes à consommer. En effet, pour la majorité, on retrouve les mêmes idées chez les jeunes et chez les médecins.

Nous citerons les intérêts par ordre d'importance :

- **Le plus important : s'amuser.**

Les jeunes sont unanimes : boire a un intérêt ludique avant tout.

J5 « *Si tu ne bois pas, tu ne t'amuses pas.* »

Loin des pressions scolaires, des parents, de l'avenir, ils s'amuse. Sans être forcément ivres, les jeunes boivent pour rire un peu plus.

J6 « *Et ça dépend, pas forcément jusqu'à se mettre ivre mort, mais... bien quoi* ».

Cette expression « *se mettre bien* » ressort souvent, peut-être est-elle synonyme de se sentir mieux ?

Les médecins parlent aussi de ce côté plaisir et fête.

M5 « *le côté un peu festif* »

▪ **L'effet groupe**

Les jeunes commencent à boire par « **effet groupe** ».

L'appartenance à un « groupe social » permet à l'adolescent de s'affirmer, de s'opposer aux parents et d'explorer le monde avec moins d'angoisse. Il se soumet aux rituels du groupe au départ, puis y prend goût. (15)

Certains médecins soulèvent l'idée du rituel initiatique qui signe l'entrée dans le groupe, l'entrée dans le monde adulte.

Les adolescents rapportent même une certaine valorisation de l'ivresse face au groupe.

J5 « *t'es un peu fier* »

J7 « *pour montrer à leurs copains qu'ils boivent* »

Le danger à ce stade est que **l'alcool devienne non seulement un élément de fierté, mais aussi une carapace, un facteur identitaire.**

Mais il semble inquiétant d'être presque obligé de boire ensuite, pour rester dans le groupe.

J4 « *pour accompagner en fait, c'est pour ça du coup, je ne bois pas trop donc c'est que je n'aime pas spécialement ça* »...

M1 « *Le jour où ils sont invités pour une fête, ben ils font comme les autres, parce que s'ils ne font pas comme les autres, ben ils seront exclus du groupe quoi.* »

Il existe en effet cette dualité dans le groupe : l'effet d'entraînement et de mode, mais aussi la pression du groupe et le risque d'exclusion en cas de non - consommation, que les médecins et les jeunes rapportent bien.

M6 « *Je pense qu'il y a effectivement une mode, comme on dit un effet de mode...* »

M10 « *Après il y a l'entraînement, il y a l'entraînement avec les copains* »

- **La désinhibition**

Les médecins et les jeunes sont d'accord pour dire que l'alcool permet de vaincre sa timidité, de « *délier un peu la langue* » (J3), de « *se lâcher un petit peu* » (J12), de se sentir différent...

M5 « *se sentir un peu différent de ce qu'on est d'habitude, on est beaucoup dans la désinhibition* »

Plusieurs jeunes parlent de l'alcool comme d'une aide à la séduction.

- **La découverte, les expériences**

Pour les jeunes, l'ivresse s'avère être une expérience de plus à connaître.

Les médecins parlent même d'**expérience normale**.

M5 « *je considère qu'il y ait des expérimentations, c'est normal* »

Les adolescents semblent vouloir tout essayer.

- **Tester les limites, braver les interdits, se mettre en danger :**

La consommation d'alcool permet aussi de découvrir ses propres limites, de braver les interdits, de transgresser les règles de la société et des parents (boire avant d'être majeur) (16, p.265).

M3 « *dans la notion d'expérience, de mise en danger, d'interdit* »

Les jeunes décrivent l'alcool comme un jeu auquel on peut gagner ou perdre.

J5 « *il y a des choses quand même que j'ai regrettées* ».

- **Pour faire comme les grands**

Les médecins et les jeunes soulèvent l'idée que boire c'est aussi se sentir adulte.

M8 « *faire comme les grands* »

Cette valeur est mise en avant depuis l'enfance, avec l'initiation à l'alcool par les parents.

J6 « *je me sentais grande de faire comme eux* ».

Par imitation des adultes, un autre jeune (J3) boit une bière, deux fois par semaine au bar, en mettant du caramel dedans.

J3 « *C'est pas mauvais* »

Le goût sucré qu'il apprécie lui permet de s'habituer à celui de la bière... Peut-être un rappel de l'enfance pour passer au monde des adultes.

L'alcool s'intègre parfaitement dans les étapes de l'adolescence, sans que ce soit pathologique. D'après les médecins, Il s'agit d'une expérience normale, d'un (J8) « passage rituel ». Il s'agit d'une illustration de l'avis de nombreux auteurs : l'alcool est un rituel de passage. Pour D. Bailly, la consommation est même « une » normalité. Ce sont l'abstinence et les consommateurs excessifs qui doivent inquiéter. (33)

- **Une fonction d'exutoire**

Certains soulèvent l'idée que l'alcool permet de s'occuper.

J13 « *pour faire passer l'aprèm* »

Fait décrit par certains médecins, plusieurs adolescents confirment que boire de l'alcool permet de se changer les idées .

J15 « *l'alcool, ça libère un peu les esprits* »

M6 « *Les jeunes boivent pour se changer les idées* »

Plusieurs médecins (4/11) évoquent même une volonté de fuir les réalités et les problèmes du quotidien, ce que confirment certains jeunes.

J8 « ils oublient »

M1 « Peut-être pour fuir quelque chose qu'ils ont envie de fuir. »

M6 « J'ai l'impression que c'est un petit peu plus le refuge actuellement aussi. »

Certains médecins parlent même de vaincre un mal-être. On retrouve cette notion chez les adolescents quand ils disent que l'alcool est une source de bonheur.

M7 « *Et c'est toujours un mal-être, un malaise.* »

J13 *l'alcool* « *ça rend joyeux* ».

- **Bénéfice pour la santé**

Seul J5 qui présente une consommation excessive parle d'un intérêt pour l'appareil cardio-vasculaire . Cela sonne plus comme un argument pour ne pas arrêter son comportement à risque que comme une motivation première.

J5 « *Il paraît qu'il faudrait un verre par repas pour que le corps aille mieux* ».

Aucun médecin n'évoque un bénéfice à boire de l'alcool chez les jeunes.

(5) Le binge drinking

Les jeunes

Boire plus de 6 verres en deux heures semble une pratique très répandue auprès des jeunes interrogés : ils consomment principalement des alcools forts, le temps d'une soirée. Mais aucun ne sait combien de verres il boit.

Le but semble être le plus souvent de trouver leurs limites ou de « se mettre minables » (J3), en évitant « d'être mal ».

Cette « biture express » est facilitée surtout par des jeux ou des concours de boissons qui produisent sur les plus réticents un effet d'entraînement par le groupe. On note une ambivalence du discours :

J3 « ce n'est pas dans une ambiance compétitive, car c'est juste... pour s'amuser (...) c'est de prouver à l'adversaire qu'on peut boire mieux quoi ! »

Paradoxalement, ils disent tous ne pas faire de « binge drinking » après que l'enquêteur ait exposé la définition du mot. Pour eux, le binge drinking correspond plus aux vidéos qu'ils voient sur internet où des jeunes (J4) « boivent une bouteille de vodka cul sec »...

Cette conduite à risques inquiète la société de par ses risques propres : coma éthylique et décès. **La répétition de cette pratique est prédictive du risque d'abus ou de dépendance à l'âge adulte. (36)**

Les médecins ne sont pas tous d'accord sur la fréquence de cette pratique. Certains la pensent élevée, d'autres pensent qu'elle est surtout pratiquée dans les pays anglo-saxons. Mais tout comme la consommation d'alcool en général, tous s'accordent à dire que leurs patients ne sont pas ou très peu concernés. Certains médecins parlent de conduites toxicomaniaques et même de conduite suicidaire.

Il s'agit pourtant d'une réalité bien décrite, un phénomène récent encore plus fréquent dans les pays anglo-saxons comme nous l'avons vu en première partie. À 17 ans, presque un jeune sur deux expérimente le binge drinking une fois par mois (8, 53). **Malheureusement, les médecins sont peu sensibilisés à cette évolution des modalités de consommation. S'ils l'étaient plus, on peut penser que les risques propres à ce phénomène seraient plus souvent détectés.**

Les médecins ont du mal à saisir ce qui pousse les jeunes à de telles pratiques : le besoin de sensations extrêmes et rapides, le désir de tester leurs limites, la mise en danger ou l'existence d'un mal-être. Certains médecins parlent même de conduite suicidaire. **Les jeunes ne savent souvent pas mieux expliquer ces comportements,** ils le font pour les mêmes

raisons qu'ils boivent de l'alcool d'une façon générale. **Certains auteurs pensent qu'il s'agit plus d'un nouveau mode de consommation que d'une consommation pathologique (33), (33). Le terme « binge drinking » est actuellement très discuté et sa définition reste floue. La recherche de l'ivresse semble un phénomène qui se répand, mais la consommation à visée de « défonce » ne concernerait qu'une minorité (100).**

(6) Les boissons « prémix »

La plupart des jeunes interrogés en consomment, car le goût de ces boissons est bon, sucré. Mais, contrairement à ce qui alarme les médias, ils sont bien sensibilisés sur leur contenu, tous disent (J11) « on ne sent pas l'alcool ».

J11 « *On le sait de toute façon, c'est écrit dessus et puis on s'en rend bien compte.* »

Ce sont plus des boissons pour la découverte de l'enivrement, avant de passer éventuellement à des alcools forts s'ils sont séduits par les sensations procurées. J5 « *Bof... Ouais, les jeunes n'achètent pas trop ça. Je veux dire, bien, les plus connus c'est vodka, sky et Ricard.* »

(7) Risques

Les risques à court terme

Les médecins ont tous une assez bonne évaluation des risques pour les consommations chez les jeunes sur le court terme.

- **Contrairement aux idées reçues, la plupart des jeunes qui boivent connaissent bien les risques immédiats lors d'une alcoolisation aiguë.**

Ils évoquent les risques comportementaux, le coma, la violence. Le risque de mort n'a que rarement été cité mais peut-être était-ce sous-entendu. Il est fort possible aussi que cela soit en lien avec un sentiment de toute-puissance, d'immortalité.

- **Parmi les jeunes abstinents, la moitié méconnaît les risques d'une consommation aiguë et ne ressent pas de besoin d'information.**

J2 « *Ben, je ne sais pas, j'ai jamais eu affaire à ça donc...* »

- Avoir goûté de l'alcool sans avoir été ivre (l'initiation) ne les rend pas demandeurs ni attentifs aux messages de prévention. La première ivresse serait-elle l'élément déclenchant qui fait que le jeune va s'intéresser au risque de l'alcoolisation ?

Les risques à long terme

Les risques à long terme des alcoolisations aiguës répétées ne sont pas connus chez 5 jeunes sur 15. Certains citent des problèmes scolaires, d'autres « *sur le cerveau* » ou sur le foie. Mais c'est encore un sujet de plaisanterie et cela ne semble pas pris au sérieux.

J5 « *Qu'est-ce qu'on rigole avec ça ! (...) Je l'ai commandée ma cirrhose, elle ne vient toujours pas ? !* »

Le développement d'une résistance à l'alcool est un élément de fierté pour ce jeune.

J5 « *Si on s'entraîne beaucoup on va devenir fort !* »

Peu de jeunes évoquent spontanément la dépendance comme un risque (4/15). Deux autres pensent le risque possible quand on leur pose la question. Pour la majorité (8/15), on ne peut pas devenir alcoolo-dépendant par leur modalité de consommation festive donc par définition occasionnelle.

Aucun médecin n'évoque les risques au long court de ces consommations.

Aucun médecin ne cite le problème de la maturation cérébrale, une donnée encore trop peu connue des professionnels de la santé. (12)

Certains médecins soulèvent l'idée que l'augmentation des consommations chez les jeunes ne signifie pas forcément qu'en vieillissant, ils auront plus de problèmes d'alcool.

Or, d'après une étude aux Etats Unis sur 4700 patients, un alcoolique sur deux est devenu dépendant avant l'âge de 20 ans (101). La consommation festive s'intensifie et devient progressivement quotidienne.

Il est surprenant aussi de constater qu'aucun **médecin n'a parlé du risque au long terme de dépendance à multiplier les alcoolisations aiguës**. La question des risques à long terme auxquels s'exposent les jeunes restait floue. Mais elle n'a pas non plus été posée telle quelle, nous n'avons demandé que les risques sans insister ou relancer la question, si les médecins n'évoquaient pas le risque au long terme.

Nous pouvons donc nous demander si une question sur le risque au long court aurait amené plus de réponses ?

Une vraie question se pose quand on interroge ces jeunes : quelle est la limite qui fixe un véritable risque de par la « répétition des consommations » ? En effet, un des jeunes décrit des soirées d'ivresse presque quotidienne lors des vacances d'été. Lui-même dit :

J15 « *en deux mois, je ne vois pas comment ça pourrait me faire du mal.* ».

Il apparaît nécessaire **d’approfondir la recherche sur ces nouvelles consommations et leurs risques.**

Le risque spécifique de la sécurité routière d’après les jeunes

Tous les jeunes et les médecins connaissent le risque inhérent à la conduite en état d’ébriété.

Les jeunes sont bien sensibilisés au principe de « Sam » : le conducteur qui ne boit pas (« zéro alcool au volant »). Mais seulement 3/15 le cite spontanément quand on leur demande les risques de l’alcool. Peut-être est-ce le signe d’un **risque connu mais peu ressenti** ?

L’ambivalence est frappante : le risque est parfaitement connu mais ils n’arrivent pas tous à l’éviter. 6/15 n’y sont pas exposés, car ils ne font pas de soirées alcoolisées, 4/15 arrivent à les éviter. Mais un tiers y est exposé alors que le danger est largement connu.

J13 « *Je sais que je prends des risques. Mais bon.* ».

Le risque concret auquel les jeunes pensent semble être surtout « les points »...

Plusieurs pistes seraient à explorer : est-ce simplement le sentiment d’immortalité, l’impression que ça n’arrive qu’aux autres ?

Les médecins soulèvent ces deux idées comme étant justement une difficulté rencontrée lors des messages de prévention auprès des jeunes. Les messages peuvent être délivrés, mais ne sont pas forcément appliqués ce qui peut aussi décourager les médecins dans la mise en place d’actions. Ils ont alors l’impression de perdre leur temps.

D’autres mesures de prévention seraient-elles à mettre en œuvre ? Par exemple, J4 pense qu’au Portugal, les taxis étant moins chers, l’alcool au volant est moins répandu.

Une notion n’a pas été recherchée au cours des entretiens mais ressort de l’étude de l’IREB (56), (59) : les jeunes de 18 à 24 ans sont aussi nombreux que leurs aînés à connaître le nombre limite de verres avant de conduire (62 %), notamment les jeunes filles (68 %). Par contre, les 18-24 ans sont les plus nombreux à penser qu’il est possible d’éliminer l’équivalent de 0,5 g/l d’alcool dans le sang en deux heures ou moins (22,5 % contre 16 % tous âges confondus). **Il semble important de leur rappeler que l’alcoolémie diminue de 0. 5g/litre de sang (soit 2 verres d’alcool) par 4 à 5 heures avant de s’éliminer du sang.**

L’influence du niveau d’étude et des catégories socioprofessionnelles des parents

Aucune influence de ces 2 facteurs sur la connaissance des risques aussi bien que sur la consommation d’alcool, n’a été retrouvée.

Dans l'enquête ESCAPAD (53), (54) et l'enquête de l'IREB (56) l'élévation du milieu socio-économique de la famille est associée à une augmentation des consommations régulières et des ivresses à 17 ans (très probablement due aux ressources financières). Mais les conduites inadaptées (telles que l'abus et la dépendance) ne sont pas plus fréquentes.

(8) Différences de consommation

Beaucoup de jeunes interrogés disent qu'ils boivent moins que les autres, même un des plus gros consommateurs (J5). L'attention est peut-être portée sur les leaders, chacun se comparant à eux.

On note chez J5 une auto-valorisation d'une consommation maîtrisée et un certain mépris de ceux qui franchissent les limites (oubli le lendemain, conduite alcoolisée), alors que paradoxalement il est un gros consommateur.

J5 « *comme ils savent pas s'arrêter (...) moi, je me suis toujours souvenu.* »

La plupart remarque une différence des effets de l'alcool selon le sexe : pour la même quantité, une fille sera moins résistante à l'alcool. Pour J4 la limite du nombre de verres par soirée est différente selon le sexe.

J4 « *enfin je sais que normalement un garçon il doit se limiter à 5 ou 6 verres je crois et la fille c'est 3 ou 4* ».

Seulement 3 jeunes, non-consommateurs, ne voient pas de différence. J11 pense même que « *Les femmes tiennent plus que les hommes* ».

La féminisation de l'ivresse est un phénomène récent et certains jeunes en sont conscients :

J6 « *les mecs qui doivent ramener les filles maintenant* »

(9) Les drogues

Par sa banalisation, l'alcool n'est pas considéré comme une drogue par l'ensemble de la population. Pour ceux qui le considèrent comme une drogue, elle est une drogue douce, inoffensive par rapport aux autres...

J5 « *Mais si on n'en boit pas beaucoup, il vaut mieux boire un verre d'alcool que fumer du cannabis.* »

Cela rejoint l'enquête ESCAPAD : les jeunes de 17 ans semblent juger l'alcool comme moins addictif et moins dommageable que les produits fumés comme le tabac ou le cannabis.

L'autre drogue la plus fréquente chez les jeunes interrogés semble être **le tabac**, devant **le cannabis**. C'est aussi ce que mentionnent les études citées en première partie.

Les médecins soulèvent d'ailleurs presque tous le sujet. Ils pensent que ces consommations représentent plus un problème de santé publique pour les jeunes. En effet, cela leur semble **très répandu, plus fréquent que l'alcool et encore plus banalisé.**

M2 « *J'ai l'impression oui, enfin, ma vision, ma perception des choses c'est que le tabac est beaucoup plus présent que l'alcool (...) J'ai l'impression qu'ils essayent tous, quand même.* »

M4 « *j'ai vraiment l'impression qu'il y a beaucoup plus de gamins qui fument et beaucoup plus tôt qu'autrefois* »

L'usage du tabac et du cannabis nous semble fortement lié à l'usage de l'alcool : 3 des 6 jeunes à risque fumaient du tabac et 5 des 6 jeunes à risque consommaient du cannabis.

J11 « *c'est les mêmes personnes.* »

Par contre les médecins ont peu soulevé le problème de la polyconsommation, pour eux les fumeurs ne sont pas forcément des consommateurs d'alcool.

La poly expérimentation de substances psychoactives (c'est-à-dire le cumul d'au moins deux expérimentations de produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis) est, d'après les différentes études, très répandue. D'après l'enquête ESPAD 2007 (53), (54), il s'agit principalement de l'association tabac-alcool (27 %) ou tabac-alcool-cannabis (29 %).

Pour certains jeunes, la consommation de tabac est source d'inquiétude bien plus que celle de l'alcool.

J15 a peur du « *cancer du poumon* »

- **L'usage du cannabis** est relativisé par ses consommateurs. Un jeune s'étonne de la banalisation de l'alcool et à l'opposé de la diabolisation du cannabis.

J14 « *les effets du cannabis sont moins mauvais que l'alcool.* »

Les lycéens ardéchois ont semblé bien plus concernés par les problèmes de cannabis que ceux du Rhône, ce qui va à l'encontre des chiffres régionaux (102). En effet, la quantité de résine de cannabis saisie par habitant entre 2004 et 2006 place le département en 5^{ème} position en Rhône-Alpes (la Drôme étant le premier). La diffusion du cannabis est en réalité difficile à estimer autrement et de nombreux biais peuvent interférer, dans un département très peu peuplé et très rural. De plus, les jeunes interrogés étaient tous internes et ce statut rend la possession d'alcool moins aisée dans la semaine.

J15 « Ici c'est... les gens c'est beaucoup plus la fumette que l'alcool. Bah l'alcool, on ne peut pas se trimbaler partout avec », le cannabis c'est « beaucoup plus simple » »

La prévalence de l'expérimentation de la consommation de cannabis en France chez les 15-24ans est de 42 %, ce qui place le pays dans les plus consommateurs de l'Europe (moyenne à 30.5 %). (6)

Les médecins ont très peu évoqué ce problème de consommation du cannabis à l'inverse des consommations de tabac que presque tous les médecins ont cité. Par contre la question n'était pas évoquée directement donc il est difficile de conclure sur une absence de sensibilisation au problème de leur part.

Lors des entretiens, les internes disaient posséder plus d'argent de poche. Par ailleurs, le statut d'interne nous a semblé associé à une plus grande consommation de substances psychoactives. Cet argent semblerait détourné de son attribution initiale. La limitation de cet argent disponible diminuerait –il pour autant les consommations de substances psychoactives (alcool ou autre) ?

- Un médecin soulève le problème de la **consommation de cocaïne**, elle pense que cela est bien plus répandu qu'avant car moins cher.

M9 « problème ce n'est même plus trop l'alcool, c'est plus la cocaïne, le cannabis »

Mais ce concept n'a pas été retrouvé dans les entretiens des adolescents. Une seule avoue avoir essayé (J13) et deux jeunes parlent « des champignons hallucinogènes ».

Les médecins ne l'évoquent pas non plus.

Les médecins semblent assez conscients de la fréquence des consommations mais pour autant ils considèrent que cela ne concerne pas leur patientèle. Est-ce vrai ou est-ce une manière d'éviter les discussions ?

La pression du groupe et la banalisation des consommations sont aussi importantes chez les adultes que chez les jeunes, cela explique aussi pourquoi il est difficile d'intervenir. Quel est le poids du médecin et des parents face aux risques d'être « exclu » d'un groupe d'amis ? ...

Par ailleurs, les jeunes semblent informés sur les risques mais pour autant ne semblaient pas essayer d'y être moins exposés.

B.III.1.e. La prévention, la prise en charge et la place du médecin généraliste

(1) La place des parents dans l'éducation et la prévention :

Les médecins sont assez partagés quant au rôle des parents dans la prévention et l'éducation en matière de consommation d'alcool. Pour 4/10, ce rôle leurs appartient :

M4 « *Elever, éduquer ces enfants c'est d'abord le rôle des parents, ce n'est pas le rôle du médecin ni le rôle des instits. (...) c'est à eux pas à nous.* »

Mais 4 autres médecins pensent que le médecin et les parents partagent ce rôle éducatif et que leurs actions sont complémentaires.

M5 « *Chacun est complémentaire* ».

Les trois derniers médecins pensent que ce sont aux soignants de s'investir de cette mission. En effet, ils relèvent les difficultés des relations parents-enfants, propres à la période de l'adolescence. Un médecin (qui travaille en zone défavorisée) soulève aussi le problème de **l'inégalité face à l'éducation transmise par les parents**. Le médecin délivre une information identique à chaque jeune patient. Cette idée est confirmée dans les entretiens avec les jeunes.

Quand on demande aux jeunes comment ils s'informent, ils répondent beaucoup « *par les copains* » et éventuellement par leurs « *parents* » (plutôt en seconde intention).

Les parents demandent à leurs enfants de modérer leur consommation d'alcool. Mais l'importance de cette limitation est très variable :

- consignes d'abstinence totale, toujours respectées
- conseils de modération pour les autres, respectés par la plupart.

Les adolescents semblent s'adapter aux consignes de leurs parents, à moins que ce ne soit un peu l'inverse. **Les parents ajustent peut-être aussi leurs conseils à la consommation de leurs enfants.**

Ainsi le jeune J15 boit tous les soirs de la semaine, mais s'arrête quand ses « *parents commencent à mettre le holà* ».

Une attitude trop laxiste de la part des parents favorise leur consommation. L'étude de l'IREB (56) montre en effet que les consommateurs abusifs sont au moins deux fois plus nombreux à déclarer que les parents ne disent rien face à l'ivresse. De même, on peut s'interroger sur le cadre éducatif de la jeune fille J13 qui ne décrit pas de sanctions après son coma éthylique et qui ne rentre pas chez ses parents le week-end.

Cependant si le jeune a peur d'être jugé ou si le cadre est ressenti comme trop strict, le message est « anti-préventif »

J6 « *Si je les appelle à 3 heures du matin pour qu'ils viennent me chercher parce que je leur dis que tout le monde a bu, on va me dire « Attends, qu'est-ce que c'est que ces potes, là ? »(Rires) ».*

La jeune fille préfère donc rentrer avec un conducteur alcoolisé plutôt que ses parents la ramènent.

(2) Moyens d'information après les parents

Les jeunes interrogés parlent de 4 moyens principaux d'information :

- **les moyens multimédias** : Internet principalement

J2 « *si on a besoin de réponses, ben on va sur internet directement »*

À la télévision, les campagnes-chocs les ont marqués, tout comme les émissions.

Cette idée est partagée par un jeune médecin qui pense que si les jeunes veulent des informations, ils savent où les trouver. Elle insiste aussi sur le fait qu'il faudrait utiliser **des moyens d'information adaptés aux jeunes : internet, radio, SMS...**

L'utilisation d'internet peut à l'inverse être utilisée pour se procurer une drogue. Ainsi, la jeune fille J12 a cherché si elle pouvait se procurer du cannabis en Irlande, pour ses prochaines vacances. La jeune J13 s'est informée du temps d'abstinence nécessaire pour négativer les tests toxicologiques....

- **les brochures d'information** ne perdent pas de leur intérêt et peuvent être un support pour en reparler à son médecin (J4). Les affiches sont souvent décrites, surtout s'il y a un message clef marquant.
- D'autres guides de prévention ont été cités, ils figurent systématiquement dans les agendas de la marque « l'Étudiant ».
- Certains ont parlé de **l'intérêt de l'intervention en classe (4^{ème}) de la gendarmerie**. Deux médecins ont relevé l'importance des actions en collège et d'ailleurs ont trouvé que ce serait plus au médecin de faire ce genre d'intervention.

Les médecins sont assez partagés quant à l'intérêt des brochures de prévention ou des vidéos à l'intention des jeunes. Un tiers des médecins n'a pas d'idée sur l'efficacité, un tiers pense que cela peut-être utile et le dernier tiers pense que cela n'a aucune influence sur les consommations. **Les jeunes semblent assez réceptifs aux différents messages, contrairement à ce que peuvent penser les médecins.**

De même, la modification de la loi et l'interdiction de vente aux mineurs n'a pas l'unanimité auprès des médecins. Pour certains cela peut être intéressant, mais inapplicable et pour d'autres au contraire, cela peut pousser les jeunes à boire.

Les jeunes pensent que la facilité à se procurer de l'alcool les encourage à en boire, ces nouvelles lois peuvent donc paraître intéressantes. Mais, d'après eux et la plupart des médecins, les lois sont peu respectées et il est aisé d'acheter de l'alcool en grande surface ou de rentrer en discothèque, même mineur. Récemment, la ville de Lyon, comme d'autres municipalités, a fait le choix d'interdire pour l'été la vente d'alcool à emporter entre 22 heures et 6 heures du matin. Des solutions locales essaient d'être trouvées, leur efficacité dépendra en partie de leur application.

Les médecins semblent divisés sur les méthodes de prévention. Les jeunes semblent tous trouver dans la diversité un moyen de répondre à leurs interrogations qui sont plus importantes que ce que les soignants imaginent.

(3) Expérience personnelle et familiale

Pour tous, la meilleure prévention après celle donnée par les parents, est l'expérience personnelle. Ainsi les erreurs passées et celles des amis les encouragent à une certaine modération.

J12 « *on connaît nos limites* ».

J15 « *J'ai déjà vu certains trucs vraiment...* » « *je me suis régulé* ».

Cela recoupe un peu l'idée d'un médecin qui pense qu'il faudrait plutôt **accompagner les jeunes dans leurs consommations.**

Pour certains, c'est l'expérience familiale du père, ancien buveur abusif, qui peut aider à modérer la consommation d'alcool.

(4) Le rôle de prévention du métier de médecin généraliste et leur image du métier

Tous les médecins sont d'accord pour dire que l'un des rôles principaux du médecin généraliste est **la prévention**.

M2 « *il y a beaucoup, beaucoup, énormément de prévention* »

Il en découle un rôle très important dans **l'éducation des patients**.

M5 « *beaucoup dans la prévention, dans l'explication, dans l'éducation des patients* »

Un médecin rapporte qu'un des rôles du médecin serait de protéger les enfants et les adolescents. Un autre de ces rôles serait de **limiter la prise de risques**, dont la consommation d'alcool. Certains médecins parlent aussi de leur place dans **la prise en charge des dépendances**.

Par contre, un médecin dit qu'il faut avoir un esprit de synthèse et prendre le patient dans sa globalité. Pour lui le dépistage systématique des consommations inappropriées d'alcool n'est pas possible, car cela se ferait au détriment d'autre chose. Le médecin se doit de prendre le patient dans sa globalité sans se focaliser sur un problème.

Il faut « *essayer de faire un tour rapide d'horizon sans focaliser sur une chose* » (M1).

Les médecins interrogés sont **tous satisfaits de leur métier**, qu'ils jugent utile. Mais ils s'accordent aussi presque tous à dire qu'ils sont débordés et entre autres par des tâches administratives.

(5) La place du médecin

D'après les médecins eux-mêmes :

- Les médecins disent aborder de nombreux problèmes avec les jeunes en consultation mais le sujet de l'alcool n'est **presque jamais abordé**, car comme nous venons de le voir, ils n'imaginent pas leurs patients concernés. Cela confirme tout à fait les données des enquêtes.

M2 « *Je ne suis pas tellement confronté à l'alcool chez les jeunes.* »

Aucun médecin n'utilise de questionnaire de dépistage avec les jeunes patients. Un seul rapporte que cela pourrait être intéressant, mais sous réserve d'avoir le temps et surtout de ne pas rester trop figé dans ce questionnaire.

Une thèse (103) a montré que chez 741 adolescents ayant déjà consommé de l'alcool, seulement 11 % des médecins avaient abordé avec chaque adolescent le problème de l'alcool. Le test CRAFFT a été utilisé pour estimer les usages à risque et la nocivité de l'alcool.

- Les médecins sont eux-mêmes divisés sur leur rôle face aux consommations inappropriées d'alcool chez les jeunes :

- La majorité (6 médecins) pense que le médecin a tout à fait sa place, un médecin insiste même comme étant un intervenant privilégié.

M7 « *Voilà, c'est notre rôle. Vous savez, on est premiers médecins de prévention en France, auprès de l'enfant, de l'adolescent. Si ce n'est pas nous qui abordons ça, franchement, c'est qui ?* »

Certains ne sont pas sûrs de leur efficacité mais pensent servir de garde-fou.

- 4 médecins ne pensent pas avoir de place. Un médecin ne s'estime pas être suffisamment formé. Un médecin pense que l'intervention du médecin traitant n'est pas utile, car l'information est déjà délivrée ou en tout cas disponible pour les jeunes qui la chercheraient.

Deux médecins pensent que le médecin peut-être un bon intervenant, mais peut-être pas en cabinet de médecine, plutôt en **intervenant en milieu scolaire**.

- Un médecin soulève l'idée que le médecin généraliste n'est pas forcément le bon interlocuteur pour les jeunes. Une seule jeune confirme cette idée. J13 semblait demandeuse d'informations mais ne pensait pas que le médecin généraliste était le bon intervenant.

Cette diversité de point de vue rappelle à quel point **ce débat est contradictoire même au sein de la profession**.

Pour les jeunes :

- Le rôle du médecin dans la prévention est reconnu par la majorité des jeunes (12/15).
- La relation des jeunes interrogés avec leur médecin est très variable.

La plupart des jeunes (8/15) ont une relation de confiance avec lui. Ils savent que le secret médical les protège. Ils peuvent se confier sans craindre que leurs parents ne soient au courant. Mais pour la plupart d'entre eux, le médecin n'occupe pas pour autant le rôle de confident.

J4 « Mais enfin, autant dire ça on pense jamais à y aller quoi. »

Les amis ou les parents occupent déjà ce rôle.

J3 « On a les parents »

Le tiers restant (5/15) n'a pas confiance en son médecin. Certains le considèrent comme un adulte parmi les autres. Les autres n'apprécient pas ce soignant, mais subissent les choix des parents.

J6 « Ben, je n'aime pas trop mon médecin traitant donc (rire)... »

Deux jeunes précisent que le manque de confiance est lié à un lien amical de leurs parents avec le médecin :

J14 « Parce que c'est un ami de mon père ! (rire) »

- **Les jeunes aimeraient que leur médecin les informe sur les risques, mais de façon non moralisatrice.**

J15 « Tous les risques qu'on peut avoir ! »

J4 « Il ne faut pas imposer quoi que ce soit. »

Il semble important que les médecins ne se déresponsabilisent pas de cette partie du message de prévention qu'ils semblent les mieux placés à donner.

(6) Les facteurs d'efficacité d'une action de prévention

- Climat de confiance

Presque tous les médecins s'accordent à dire que pour être efficace en dépistage et prévention chez les jeunes, il faut travailler dans un **climat de confiance** et pour cela il faut connaître l'adolescent depuis longtemps. Cela explique peut-être pourquoi les médecins plus âgés ne rapportaient pas avoir de difficultés (ou en tout cas moins) dans les consultations avec les adolescents à l'inverse des jeunes médecins.

- Être à l'écoute, attitude bienveillante

Il faut prendre le temps de discuter avec les jeunes, de poser les bonnes questions sans les juger ni avoir des questions trop inquisitrices. Il faut **ouvrir les discussions, se montrer disponible et à l'écoute, mais de ne pas être trop moralisateur.**

Les jeunes s'accordent sur l'importance de ne **surtout pas imposer d'idée ou faire la morale**, car l'envie de transgression ne sera qu'amplifiée.

J4 « *Pas imposer quoi que ce soit* »

L'esprit de contradiction fait de la prévention chez l'adolescent une prévention à double tranchant.

- En réponse à une demande

Un des médecins souligne que les actions sont plus souvent efficaces quand la demande vient du jeune.

Les jeunes partagent cette idée puisque le rôle du médecin leur apparaît majeur dans la prévention si le patient est demandeur d'informations.

J5 « *si on peut parler à quelqu'un qui doit garder le secret, on va tout lui dire* »

À l'opposé, les jeunes qui n'étaient pas demandeurs d'information n'étaient pas du tout intéressés par ce que pourrait leur dire un médecin.

J8 « *Moi, en plus, je m'en fous de ça.* »

Il apparaît aussi pour les médecins plus intéressant de parler des risques à court terme des consommations, car les adolescents se pensent « immortels ».

Les médecins relèvent l'importance d'une consultation dédiée à la prévention, qui serait obligatoire.

(7) Les freins dans la prévention, le dépistage et la prise en charge d'après les médecins

Les motifs invoqués par les médecins sont les mêmes que ceux retrouvés dans les études européennes (12).

Le temps

Tous s'accordent à dire qu'un des gros problèmes est le manque de temps et le fait que ce genre de consultation est très « chronophage » (M4).

M4 « *si on veut faire de la prévention, il faut faire de l'information. Or l'information, c'est parler et à partir du moment où on dit quelque chose à quelqu'un, on prend, j'allais dire on prend le risque, la certitude qu'il nous pose des questions et donc faudra lui répondre donc ça va prendre du temps et donc ce temps-là pour l'instant n'est pas pris en compte.* »

Cependant, certains entretiens ont été très informatifs et les jeunes à risque parlent facilement de leur consommation. L'utilisation de questionnaire de type CRAFFT/ADOSPA (cf. Annexe 6) chez les jeunes reconnaissant une consommation d'alcool pourrait aider les médecins à préserver leur temps de consultation.

Surmenage et tâches administratives

Les médecins soulèvent aussi le **surmenage** et le fait qu'ils soient débordés de tâches administratives entravent leur rôle dans la prévention.

M5 « *Matériellement on ne peut pas s'occuper d'une entorse de genoux et regarder les vaccins, et regarder le dos et après faire de la prévention, enfin moi, matériellement je ne sais pas faire* »

La présence des parents

Certains médecins parlent de la difficulté à faire sortir les parents lors des consultations avec les adolescents. Les jeunes disent que de consulter la majorité du temps avec les parents n'aide pas à instaurer **un climat de confiance**. Les jeunes viennent souvent à la demande de leurs parents et aussi en leur présence ce qui ne facilite pas la relation et les discussions.

La rareté des consultations

Par ailleurs, les médecins signalent que les consultations à cet âge sont très rares.

Les jeunes adolescents consultent moins que dans les autres tranches d'âge. On pourrait y voir une insouciance, une absence de maladie. Les jeunes semblent pourtant pleins de questions et un accès facilité à ces âges permettrait peut-être au médecin de retrouver un rôle de prévention. Le jeune 15 évoque les difficultés financières qui l'empêchent de consulter pour un point sur sa consommation de tabac.

J15 « *Je n'ai jamais assez de sous pour parler à un médecin* »

Entre 15 et 25 ans, ne serait-il pas intéressant de diffuser l'usage du Tiers Payant sur la part obligatoire ? Cela permettrait aussi aux jeunes d'aller consulter un médecin de leur choix sans l'aval des parents.

Le problème du déni de consommation et du mensonge est relevé par quelques médecins. Ces freins concernent autant les adolescents que les adultes ayant une consommation abusive d'alcool.

La banalisation de l'alcool

Un médecin rapporte le problème de la pression de médias, en effet dans les « *films américains (...) ils sont toujours en train de picoler* » (M1).

Le statut de « médecin de famille »

Un médecin souligne les difficultés que peut avoir un jeune à se confier au médecin de famille, craignant qu'il n'en parle à sa famille. En effet, cette appréhension est décrite ci-dessus par plusieurs adolescents.

Inefficacité des actions

Un des problèmes des actions de prévention est aussi le sentiment d'inefficacité des médecins, auprès des adolescents mais aussi des adultes. En effet, deux médecins ont de gros doutes quant à l'efficacité qu'elles peuvent avoir. Six médecins sur onze pensent n'avoir aucun impact. Les médecins se contredisent parfois en disant une fois « oui » mais quelques temps après « non ». Cela montre bien **les doutes qu'ils peuvent avoir quant à l'intérêt de leurs actions de prévention.**

Ces doutes peuvent être mis en parallèle avec la réaction des jeunes face aux risques des conduites en état d'ivresse. **Le risque est parfaitement connu mais pour autant les jeunes ne le mettent pas forcément en pratique.**

Certains médecins soulèvent le problème des personnes dépendantes et **l'impression que leurs actions sont inutiles vis-à-vis de ces patients et non nécessaires chez les autres** (puisqu'ils n'ont pas de problème de dépendance !).

M8 « *les gens qui ont un problème avec l'alcool, le message ne passe pas. Les gens qui n'ont pas de problème, ils n'ont pas besoin d'un message parce que de toute façon, ils n'ont pas de problème* »

Pourtant, les méthodes de prévention et de prise en charge des conduites addictives ont prouvé leur efficacité chez les adultes, comme cela a été montré dans la première partie.

Par exemple, il a été estimé qu'une intervention brève faite par un médecin auprès de 25 % de sa patientèle permettrait d'éviter 9 % des maladies et mortalités prématurées causées par l'alcool (12, p.9). Chez les adolescents, ces pistes prometteuses commencent à être étudiées (33).

Mais il est vrai que la prise en charge de l'addiction n'est pas le domaine où les médecins voient le plus d'efficacité, en comparaison avec un investissement plus important que

pour d'autres pathologies. Les difficultés sont doubles : parler d'alcool et parler avec un adolescent. **Pour lutter contre ce désinvestissement, des formations en addictologie ne pourraient-elles pas les encourager ? Faudrait-il aussi revaloriser financièrement les consultations d'addictologie qui sont par essence plus longues ?**

B.III.2. Biais

B.III.2.a. Les biais liés à l'enquêteur et à l'enquêté

(1) Biais lié à l'enquêteur

Dans le cadre de cette étude, les enquêteurs étaient des internes de médecine générale. Cette précision paraît essentielle, au moins en principe, dans la mesure où l'enquêteur a pu faire l'objet d'un *a priori* de la part des enquêtés.

La préoccupation de l'enquêté sur l'impression qu'il pouvait produire chez l'enquêteur a pu, à certains moments, être mise en avant plus que la préoccupation des réponses. Dans une telle situation, la validité de l'information a pu être compromise. Par exemple, les jeunes étaient interrogés dans leur lycée et on a pu ressentir chez la jeune 11 une certaine réserve probablement en lien avec une peur de représailles avec l'administration.

Dans le cadre des entretiens réalisés avec les jeunes chez le médecin généraliste, l'interne a pu être assimilé au praticien, l'adolescent a pu ne pas toujours être sincère dans ses réponses. Il est probable que le simple fait qu'un interne en stage chez le médecin traitant demande « Avez-vous confiance en votre médecin ? » entraîne un biais de réponse. De même, le jeune a pu sous-estimer ses consommations ou ne pas être toujours sincère dans ses réponses de crainte que son entretien soit dévoilé au médecin voire à ses parents.

De plus, certains jeunes ne finissaient pas leurs phrases (par exemple, les jeunes n° 11 et 14). À ce moment-là, l'enquêteur finissait la phrase pour être sûr de bien comprendre, mais on peut imaginer que les mots voire les idées n'auraient pas toujours été les mêmes.

Par ailleurs, pour les derniers entretiens de médecins généralistes, l'interne avait terminé son cursus et était donc médecin remplaçant. Ce statut peut avoir mis mal à l'aise certains médecins qui ont pu se sentir juger par leur pair selon leurs réponses.

Il est aussi intéressant de noter qu'un médecin interrogé était le maître de stage actuel de l'interne, cela a pu aussi modifier ces réponses. Mais cela ne concerne qu'un médecin sur 11 enquêtés et ces réponses n'ont pas semblé particulièrement différentes de celles des autres médecins.

Par ailleurs, les entretiens ont été réalisés par deux enquêteurs. L'objectivité de l'enquêteur et sa rigueur scientifique ne sont pas à remettre en cause, mais on ne peut exclure, totalement, une empreinte personnelle dans leur façon de conduire un entretien.

Le biais d'interprétation erronée ou personnelle des entretiens a été amplifié dans les entretiens des jeunes par la difficulté à comprendre un langage parfois très éloigné du français, des phrases non finies.

(2) Biais lié à l'enquête

Le biais de recrutement : 6 des 11 médecins travaillaient dans la région du Beaujolais, or il s'agit d'une région productrice de vins. Par définition, le choix des enquêtés dans une étude qualitative n'a pas nécessité d'être représentative et la saturation des données permet normalement de s'affranchir de cette absence de représentativité. Malgré tout, on peut se demander si la vision de l'alcool n'est pas modifiée par les pratiques locales et les habitudes de consommation des patients. (Il est probablement plus difficile de demander à un viticulteur d'arrêter de boire d'où un frein plus important dans les discussions.)

B.III.2.b. Biais liés à notre questionnaire

Certaines questions du guide d'entretien ont pu être trop directives ou au contraire trop ouvertes.

Par exemple, le fait de demander si le médecin a un rôle à jouer dans la prévention aurait pu encourager les enquêtés à répondre « oui ». Cependant, on remarque que certains n'ont pas hésité à réfuter ce rôle tant chez les jeunes que chez les médecins.

Par ailleurs, du fait de la liberté d'expression des enquêtés et du déroulement des entretiens propre à chaque personne, certaines questions ont pu être omises.

B.III.2.c. Les biais liés à la réalisation de l'enquête

- **Biais liés au lieu de l'enquête :** Certains entretiens de jeunes ont été réalisés après des consultations médicales. Or, les patients et leurs parents étaient souvent pressés. Ils acceptaient cependant d'être interrogés, mais la durée des entretiens au cabinet est plus courte.

- **Biais de subjectivité** : Il semble nécessaire d'indiquer qu'il s'agit, pour l'un des deux enquêteurs, d'une première expérience d'enquête de ce genre. Autrement dit, la méthodologie de cette étude a été choisie en tenant compte de cet aspect. En d'autres termes, cet enquêteur a connu des difficultés à préserver sa neutralité. Il convient d'ajouter également que ce biais n'est pas le propre de cette étude. En effet, la question de la neutralité se pose à chaque fois qu'une étude de ce genre est réalisée, même par des autorités expertes. De fait, en conclure une perte de pertinence dans les conclusions ne se justifierait pas, d'autant plus que l'honnêteté intellectuelle a conduit l'enquêteur à mentionner cette difficulté. On sait donc que l'attitude, la manière de poser les questions, de retranscrire ou de compléter les réponses, c'est-à-dire, la manière de réaliser l'enquête comporte, nécessairement, des aspects subjectifs.

Nous pouvons donc remarquer que les principaux biais de la méthodologie qualitative sont liés à la relation intervieweur-interviewé, avec une influence des réponses par l'attitude, la manière de poser les questions.

B.III.3. Proposition de méthodes de prévention pour le médecin en soin primaire

Par notre étude, nous avons dégagé des éléments importants sur la prévention des risques de surconsommation d'alcool chez les jeunes.

B.III.3.a. Propositions générales

Plusieurs idées émergent de nos constats :

- Il faudrait pouvoir s'affranchir du lobbying des alcooliers et délivrer des messages de prévention nationale pour **diminuer la banalisation de l'alcool et la pression de la société et du groupe** lors de l'absence de consommation. Il a été démontré que les actions de prévention de ce type sont utiles et efficaces. On peut donner comme exemple, le principe du « Sam » qui a été assez bien entendu par les jeunes. Un travail de prévention mérite d'être encore développé dans les lieux de fêtes. Mais il n'est pas suffisant d'informer uniquement sur le risque d'accident de la route. De même, que nous ne voyons presque plus personne fumer dans les films, il serait peut-être intéressant **de diminuer la représentation de l'alcool dans les médias**. Les jeunes ignorent pour la plupart l'impact économique que représente l'alcool et donc le fait qu'ils soient une cible privilégiée de marketing.

- On pourrait envisager de développer un module de formation obligatoire sur « l'alcool en consultation », afin que les médecins aient une évaluation plus généraliste et moins subjective.
- Les **normes de l'OMS** sont finalement peu connues et surtout peu utilisées par les professionnels de la santé. Leur diffusion serait souhaitable. Il faudrait que certains paramètres soient réactualisés. En effet, le fait que toute consommation chez les mineurs soit classée « pathologique » semble un peu excessif. Il serait intéressant que des sociétés comme la SFA aident les médecins généralistes en fixant **des normes propres aux adolescents** afin qu'elles soient plus utilisables dans leur pratique quotidienne.

B.III.3.b. Propositions pour la pratique professionnelle du médecin généraliste

Nous proposons dans le cadre des consultations avec les jeunes les concepts suivants :

- Chacun peut afficher un message de prévention en salle d'attente, avec par exemple des affiches et brochures éditées par l'INPES sur le thème « Alcool, savoir plus, risquer moins. » (70), « Alcool, plus d'info pour moins d'intox » (82). Les jeunes qui ne sont pas confrontés à ce problème ne les regardent pas, il n'y a donc pas de risque de faire trop de prévention. Il apparaît pertinent de leur proposer une information, adaptée à leur consommation.
- Il serait intéressant de créer **une « consultation dédiée » à la prévention chez l'adolescent**, obligatoire et gratuite au même titre que les consultations des nourrissons puisque tous les autres problèmes tels que la sexualité, le tabac, la drogue, la dépression sont, eux aussi, importants et longs à prendre en charge. Cela permettrait d'une part de voir de manière presque systématique tous les adolescents, mais surtout de s'affranchir du problème de la consultation aux multiples motifs et du manque de temps de médecin.
On pourrait imaginer que certains médecins plus attachés à ce dépistage puissent participer à des réseaux. Si un adolescent était dépisté à risque, le médecin pourrait l'adresser à un confrère plus à l'aise avec ces problèmes.
- Faciliter l'usage du Tiers Payant sur la part obligatoire entre 15 et 25ans pourrait aussi aider les jeunes à consulter plus facilement leur médecin, sans barrière financière ou parentale.

- Il pourrait être intéressant de faire remplir systématiquement un questionnaire de dépistage de type CRAFFT/ADOSPA ou DEP ADO (dépistage plus large des différentes conduites addictives). Ces questionnaires pourraient être envoyés par courrier avant la consultation obligatoire de prévention ou distribués par les infirmières scolaires. Le questionnaire CRAFFT/ADOSPA est un outil fiable pour dépister une consommation d'alcool à risque chez les 13-25 ans. Il a récemment été validé en France. Une thèse (11) a montré que ce test est adapté au dépistage dans le contexte de la médecine générale et reste compatible avec la durée d'une consultation habituelle. Il est bien accepté par les patients et bien adapté à la consommation spécifique des adolescents. Les médecins utilisent très peu les questionnaires avec leurs jeunes patients, ils les trouvent souvent inutiles, parfois trop figés. Mais si ce questionnaire est rempli au préalable par le patient, il pourrait permettre d'ouvrir le dialogue et de faire réfléchir les jeunes.
- Les médecins et les parents devraient encourager les jeunes à trouver un médecin traitant avec qui ils sont à l'aise. Le statut de médecin de famille ou même d'ami de la famille altérant la relation de confiance.
- Il pourrait être intéressant de travailler sous forme de **réseau entre les médecins scolaires, les enseignants et les médecins traitants** afin de détecter les adolescents à risques.
- Il semble utile de commencer la prévention dès que l'adolescent est exposé au risque, pour un maximum d'efficacité. D'après nos premiers résultats, ils seraient plus sensibles aux préventions après la première ivresse. Ils vont même dans ce cas jusqu'à chercher l'information.
- Il pourrait être intéressant d'organiser dans les collèges, lycées, maisons de quartiers des groupes de paroles avec des intervenants, mais pas nécessairement un médecin. Il pourrait s'agir d'un étudiant, externe ou interne (au vu de son jeune âge, les jeunes se confieraient peut-être plus). Cela permettrait aussi de familiariser les futurs médecins aux discussions avec les adolescents.
- C'est au professionnel de santé d'informer les jeunes sur le fait qu'on peut devenir dépendant même en ne buvant qu'occasionnellement. C'est le risque majeur de la consommation d'alcool et pourtant rares sont les jeunes qui l'ont abordé lors des entretiens. Le fait de ne pas pouvoir se passer d'alcool pour célébrer un événement et la répétition des occasions festives devraient alarmer.

- Il convient cependant de faire attention à n'être ni trop insistant ni trop directif, car les jeunes risquent d'agir par opposition. Pour cela, il faudrait donner des axes de réflexion, des moyens de guider un entretien avec les jeunes pour les médecins qui en ressentiraient le besoin.

B.III.3.c. Pistes de guidance parentale

Par notre rôle de médecin ou tout simplement de parents, une aide à l'éducation peut nous être demandée. Voici quelques messages clefs :

- L'alcool est **la seule drogue initiée par les parents**. D'après le Dr William Lowenstein, addictologue, les enfants goûtent communément une gorgée d'alcool vers 7 ans et cela représente un signe fort de la banalisation de l'alcool. Pour lui, rien n'est urgent et le premier verre doit attendre le plus tard possible.
- Il faut accompagner les adolescents à travers leurs expériences dans leurs parcours jusqu'à l'âge adulte. Pour se construire, les jeunes doivent tester leurs propres limites, leur autonomie, leur liberté. On ne doit pas les empêcher de faire leurs expériences, mais les empêcher de se perdre (34).
- Si l'adolescent dépasse les limites, l'attitude idéale est de rester compréhensif, à l'écoute. C'est aux parents avant tout de proposer des messages de prévention, éventuellement montrer des sites internet comme celui de l'INPES : www.boiretrop.fr. Mais il faut considérer la transgression des règles comme faisant partie de l'adolescence.
- Il est important **d'accompagner les parents dans cette période difficile** que représente l'adolescence. Il faudrait inviter les parents à ouvrir le dialogue avec leurs enfants. Le médecin doit aussi savoir les alerter quand ils semblent ne pas se rendre compte des problèmes de leurs enfants. Il est nécessaire aussi de les informer sur les risques encourus par les consommations, parfois banalisées au sein de certaines familles. Il doivent aussi limiter les fêtes alcoolisées : l'adolescent ne doit pas être systématiquement ivre tous les week-ends.

- Parler ne semble pas suffisant pour prévenir le risque de la sécurité routière. Tous les jeunes le connaissent, mais beaucoup prennent des risques. Si le médecin détecte un risque chez l'adolescent ou que la famille s'en inquiète, il faudrait parler de la possibilité d'avoir recours aux parents pour rentrer d'une soirée plutôt que rentrer avec quelqu'un qui a bu. Le dernier point serait d'insister sur la réalité du grave danger de la conduite en état d'ivresse : les chiffres prouvent que « cela n'arrive pas qu'aux autres ».

CONCLUSION

La consommation d'alcool chez les jeunes est un enjeu de santé publique (32) : c'est la substance psychoactive la plus expérimentée en France de manière très précoce. Les modalités d'usage se sont modifiées, notamment chez les jeunes. L'intoxication alcoolique aiguë est une conduite à risque fréquente dans cette population : plus d'un jeune de 17 ans sur deux l'a déjà expérimentée (7). La moitié des alcoolismes chroniques débiterait avant 21 ans d'où l'intérêt d'aborder avec les jeunes de manière ouverte et sans tabou les problèmes d'alcool (101). Le risque pour leur santé est indéniable et n'est plus à débattre. Mais il faut aussi accepter la découverte, le plaisir...

L'objectif de ce travail est de comprendre les représentations et le ressenti des jeunes et des médecins face à l'alcool, afin de mieux appréhender les difficultés auxquelles se heurtent tous les acteurs de la prévention. Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de onze médecins généralistes et de quinze jeunes de 15 à 19 ans.

Les constatations qui ressortent de notre étude sont les suivantes :

- Parler des méfaits de l'alcool reste un **sujet tabou en France**. La place de l'alcool dans la société, tant au niveau culturel qu'économique, est considérable.
- Par **sa banalisation**, les discussions autour de l'alcool ne sont pas évidentes chez les adultes. À une époque où l'on parle beaucoup de consensus, de guide de pratiques en médecine, la prévention et la prise en charge sont loin d'être comparables d'un médecin à un autre. En effet, **chaque intervention de médecin paraît unique**, elle ne semble pas dépendre de leur expérience personnelle, familiale ou professionnelle mais plutôt de leurs représentations personnelles. D'une manière générale, la place du médecin généraliste dans la prévention est bien marquée mais la prévention primaire est souvent délaissée au profit de la prévention secondaire. Les médecins donnent des conseils quand les consommations ont déjà des conséquences médico-sociales.
- Les médecins soulignent la difficulté des consultations à l'adolescence. Ils se heurtent à **un problème de communication** avec des jeunes introvertis, voire passifs et peu en demande d'information. Cette image semble, à la lecture des entretiens avec les adolescents, plus une généralisation et une méconnaissance de leurs codes et pratiques qu'une réalité. Les jeunes ont semblé en effet très intéressés par le sujet. Les médecins

pensent aussi qu'ils n'écoutent et n'appliquent pas leurs conseils, car ils sont dans **la toute-puissance**, ce qui est bien retrouvé chez certains jeunes. On constate avec inquiétude **l'ambivalence des jeunes**, notamment face aux risques de la sécurité routière qui sont connus par tous, mais qui restent présents (5 des 6 jeunes à risque y étaient exposés). Pour autant, les adolescents sont réceptifs aux informations qu'ils mémorisent. Leur transmettre des messages de prévention n'est donc pas inutile.

- À la différence de leurs aînés, les adolescents consomment de l'alcool de préférence en dehors des repas, de **façon occasionnelle**, lors d'événements festifs. Leurs motivations sont variées, principalement **l'aspect ludique, la découverte, le besoin de faire comme leurs pairs**, l'effet de désinhibition... Peu d'adolescents sont dépendants à l'alcool. Quand on parle de l'alcoolisation des jeunes, il est souvent question de leur ivresse, du fameux « binge drinking » et des abus. Boire plus de six unités d'alcool en une soirée semble une pratique croissante et de plus en plus précoce. L'ivresse, d'après les études, ne serait pas systématiquement le but recherché. Cette idée semble difficile à comparer avec celle exprimée par les adolescents de notre étude : « être bien ». Les médecins constatent ces nouvelles modalités de consommation, mais la plupart pense que leurs patients ne les pratiquent pas. Il s'agit peut-être d'une sous-évaluation de leur part ? **La spécificité de la consommation des adolescents** doit encourager les médecins à utiliser des questionnaires de dépistage, par exemple le questionnaire CRAFFT-ADOSPA, pour les aider dans leurs évaluations. Ces questionnaires sont peu utilisés par les médecins de notre étude, ceci par méconnaissance, par manque de temps, mais aussi parce qu'ils ne les trouvent pas intéressants.
- Les médecins semblent divisés sur les méthodes de prévention à déployer d'une façon générale. Les jeunes, eux, semblent tous trouver, dans **la diversité des moyens d'information**, des réponses à leurs questions. Dans notre échantillon, les jeunes interrogés sont globalement bien renseignés avec, malgré tout, un manque d'information sur les risques médicaux de l'alcoolisation festive et des consommations régulières. C'est sur ce point que le médecin peut intervenir, car il est **garant, aux yeux des jeunes, du savoir scientifique**. Toutefois, le message devra être délivré de façon non moralisatrice pour être bien reçu par les jeunes.

À partir de ces constats, nous pouvons proposer 5 axes de réflexion pour améliorer les actions de prévention :

- Il apparaît nécessaire de **renforcer la politique de santé publique**, afin de **lutter contre la banalisation de l'alcool**.
- Des efforts restent à faire pour **optimiser le rôle préventif du médecin généraliste**. Les organismes nationaux (HAS, SFA) et mondiaux (OMS) devraient les aider en **fixant des normes adaptées aux adolescents**.
- Il serait intéressant d'organiser **une consultation obligatoire et gratuite** (comme les consultations des jeunes enfants), **dédiée à la prévention chez l'adolescent**.
- Il faudrait donner **des pistes de réflexion aux parents** pour les alerter et les aider.
- Devant la mortalité accablante, il faut continuer la lutte contre **les risques d'accident de la voie publique**.

Dans la prévention du premier risque mortel chez les adolescents, tout le monde doit être mobilisé. Le médecin traitant possède un statut privilégié et pourrait jouer un rôle dominant dans la fonction de prévention et de détection des jeunes à risque mais pour cela il faut leur donner les moyens d'agir.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Thiebaut N. L'adolescent face aux addictions. Comportement face à l'alcool et au cannabis. Th D Médecine Générale. Université Henri Poincaré, Nancy 1. 2006.
- 2 Chapelon J. La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2008. Observatoire national interministériel de la sécurité routière. 19 juin 2009.
- 3 OMS. Consommation d'alcool, Aide-Mémoire.
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/index.html, consulté en Février 2011.
- 4 Beck F., Guilbert P., Gautier A. et coll. Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé, Inpes, 2005
- 5 Infirmierie ESSEC. Alcopops ou prémix : nouveaux risques pour les jeunes.
www.esseclive.com, consulté le 17 février 2011.
- 6 OFDT. L'état de santé de la population en France. Rapport 2007. p.72-79.
- 7 OFDT. Drogues à 17 ans : état des lieux 2008, évolutions depuis 2000. Résultats de la 6ème enquête ESCAPAD menée auprès de quelque 40 000 jeunes gens en métropole. 10 juin 2009.
- 8 Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. OFDT. Tendances. Juin 2009 ; n° 66 : 1-6.
- 9 Guillemont J., Rigaud A., David H. Jeunes et alcool : quelle prévention ? La Santé de l'Homme. Novembre-décembre 2008. n° 398 : 9.
- 10 L. Com-Ruelle ; Dournon P. ; F. Jusot ;P. Lengagne. Prévalence et facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France. Rapport IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), 2008.
- 11 Roujou S. Les adolescents et l'alcool en Indre et Loire : faisabilité d'un questionnaire de dépistage spécifique, le CRAFFT, dans une patientèle de médecins généralistes. Th D Médecine Générale. Université François Rablais, Tour. 2006.
- 12 Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008.
- 13 IREB. Mémento Alcool.
www.IREB.com/actualites/IREB%20M%20E9mento%20version%20site.pdf, consulté en Avril 2011

- 14 Riou-Milliot S., Sender E. La vérité sur le vin. Sciences et avenir, septembre 2010, n° 763, pages 48-63
- 15 Huerre P., Marty F., Czechowski N. Alcool et adolescence - Jeunes en quête d'ivresse. Albin Michel ; 2007.
- 16 Gardien F. Prévention de l'alcoolisme chez l'adolescent. Questionnement des pratiques et systèmes de consommation en France. Th D Sciences de l'Éducation. Université de Bretagne occidentale. Victor Segalen. 2006.
- 17 Arrêté du 27 janvier 2010 fixant les modèles et lieux d'apposition des affiches prévues par l'article L3342-4 du Code de la Santé Publique (J. O 31 janvier 2010).
- 18 Articles L. 3322-9, L. 3323-1, L. 3323-2, L. 3323-3, L. 3323-4, L. 3323-5, L. 3323-6, L. 3351-6-2, L. 3351-6-1, L. 3351-6, L. 3332-1-1, L. 3331-4 du Code de la Santé Publique.
- 19 Direction générale de la santé. Stratégie d'action alcool : Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool. Novembre 2001.
- 20 Ministère de la santé et des sports. Stratégie d'action alcool : Intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool. 17 août 2009.
- 21 Picard V., Gerbaud L., Perthus I., Clement G., Glanddier PY, Reynaud M. Place du médecin de famille dans la prévention d'alcoolisation chez les adolescents. La revue du praticien - Médecine Générale. Mai 2002, tome 16, N°575, p.796-799
- 22 Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. 2^{ème} rapport. n°944. Octobre 2006.
www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_french.pdf, consulté le 17 janvier 2011.
- 23 Communication en conseil des Ministres du 15 novembre 2006. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011.
www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf consulté de 17 février 2011.
- 24 Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. 2004-2005-2006-2007-2008. www.drogues.gouv.fr, consulté le 17 octobre 2010.
- 25 Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies. 2008-2011. Mildt. Rapport officiel au Premier Ministre. La Documentation Française.
- 26 Rapport sur la perspective d'organisation d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme. 2005. www.etatsgenerauxalcool.fr/images-blog/rapport-etatsgeneraux-tome1.pdf, consulté le 17 février 2010.

- 27 États généraux de l'alcool. Consommation, Mode de vie, Santé- Rapport de synthèse-tome 1 - Septembre-Décembre 2006
- 28 États généraux de l'alcool. Consommation, Mode de vie, Santé-Recommandation du jury-Ile de France, 24 octobre 2006
- 29 IREB. Alcool, ouvrons le dialogue.
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/474.pdf, consulté le 8 avril 2010
- 30 Raid Blue. Equivalence des unités d'alcool. www.raidblue.ch, consulté le 5 mai 2010.
- 31 Recommandations pour la pratique clinique. Alcoologie et Addictologie 2001. N° 23
- 32 ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Orientations diagnostiques et prises en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Sept 2001
- 33 Reynaud M., Aubin HJ., d'Autume C., Barbier C., Basset B., Beraud J. Usages nocifs de substances psychoactives. Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Rapport du directeur général de la santé. 2002
- 34 Bailly D. Alcool, drogues chez les jeunes : agissons. Odile Jacob ; 2009.
- 35 Marty F. Chassagnon J. Y. Identité et identification à l'adolescence. Psychiatrie/pédopsychiatrie. EMC, 2006. 37-213-A-30.
- 36 SFA. L'alcool à travers les âges, Réunion de la SFA, Paris, 18 et 19 mars 2010
- 37 Cosségal V., Gueguen K., Tonéatti V. Synthèse documentaire. Prémix & dérivés : Regards croisés des alcooliers et des épidémiologistes. Sciences et Techniques de l'information, 22 mai 2007
- 38 Fecan De Kermel C. Les prémix... et après ? www.anpaa.asso.fr, consulté le 17 octobre 2010.
- 39 SFA/ISPA. Alcopops. Sucrées et branchées, ces boissons alcooliques préconditionnées ne sont pas sans danger. www.prevention.ch/alcopopsf.pdf, consulté le 17 octobre 2010.
- 40 Wikipédia. Spring break : http://definition.fr.wikipedia.org/wiki/spring_break, consulté le 27 février 2010.
- 41 Laguérie H. « Le cauchemar des "spring break" ». Reportage du 06 avril 2010
www.europe1.fr/International/Le-cauchemar-des-spring-break-170579, consulté le 10 avril 2010

- 42 Descamps M., Laguérie H. « Spring break : fête ou débauche ? », publié le 06 avril 2010 www.europe1.fr/France/Spring-break-fete-ou-debauche-170625/, consulté le 10 avril 2010
- 43 Le calage d'alcool : Dangereux... à mort., www.educalcool.qc.ca/img/Le_calage_d_alcool.pdf, consulté le 24 septembre 2010.
- 44 Calage d'alcool – Étude de cas. Campagne de sensibilisation du Centre de santé publique Middlesex-London (Middlesex-London Health Unit), www.media-awareness.ca/francais/ressources/educatif/documents_accompagnement/calage_alcool.cfm, consulté le 24 septembre 2010.
- 45 EyeBalling : un nouveau jeu à boire, inutile et dangereux <http://questionsociete.suite101.fr/article.cfm/eyeballing--un-nouveau-jeu-a-boire-inutile-et-dangereux#ixzz14VnlmWie>, consulté le 6 novembre 2010
- 46 Le parisien. L'inquiétante mode de l'ivresse par les yeux. www.leparisien.fr/societe/l-inquietante-mode-de-l-ivresse-par-les-yeux-05-09-2010-1055538.php, consulté le 6 novembre 2010
- 47 Se saouler par les yeux. www.dhnet.be/infos/societe/article/324128/se-saouler-par-les-yeux.html, consulté le 6 novembre 2010
- 48 Jeunes et alcool. La baisse de la consommation régulière d'alcool à 17 ans se poursuit. Actualités Alcool. Aout 2009. N° 46. p.2
- 49 Beck F., Legleye S., Spilka S., Briffault X., Gautier A., Lamboy B. *et al.* Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. OFDT. Tendances. Mai 2006 ; n° 48 : 1-6.
- 50 Beck F., Guillemont J. La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes. La santé de l'homme. Novembre-Décembre 2008 ; n° 398 : 10-14.
- 51 Choquet M., Plant M., Nahoum-Grappe V. Les jeunes européens et l'alcool. Institut de recherches scientifiques sur les boissons. Focus alcoologie. 2002 ; n° 4.
- 52 Beck F., Choquet M., Assailly J-P., Michaud P., Lehr-Drylewicz A-M. Les jeunes et l'alcool. Conférence Inserm. Paris. 2009.
- 53 Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Enquête ESPAD 2007. OFDT. Tendances. Janvier 2009 ; n° 64 : 1-6.
- 54 Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et lycée, ESPAD 99 France. OFDT. Février 2002.
- 55 INPES. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC). Septembre 2008.

- 56 IREB. Les jeunes et l'alcool. Résultats de la cinquième enquête IREB, sous la direction scientifique Choquet M. et Com-Ruelle L., 5 février 2009.
- 57 Choquet M., Com-Ruelle L., Le Guen N., Lengage P., Leymarie N. Neveu X. « Les jeunes et l'alcool aujourd'hui ». Dossier d'information IREB Enquête Jeunes. Février 2008
- 58 Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N., Lesrel J. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comporte entements et contextes en France. IREB, 2001.
- 59 Com-Ruelle L., Choquet M., Weill J., Poikolainen K. - Observatoire de l'IREB 2007- Les Français et l'alcool : évolutions sur un an. FOCUS Alcoologie. Premier trimestre 2008- Numéro 13
- 60 Beck F. Les jeunes et l'alcool- L'alcoolisation des jeunes : entre spécificités régionales et mondialisation des pratiques. Conférence Inserm. Paris. 2009.
- 61 Alcool et santé en France, état des lieux. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut de veille sanitaire. 12 septembre 2006 ; n° 34-35.
- 62 Brousse G. « Le binge-drinking est-il une spécialité de l'adolescent ? » Réunion de la SFA, Paris, 18 et 19 mars 2010
- 63 Assailly JP., Jeunes en danger, les familles face aux conduites à risque. IMAGO ;2007
- 64 Bantuelle M., Demeulemeester R., Arcan L., Bouvier P., Broussouloux S., Housseau B. et aL. Référentiel de bonnes pratiques : Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (REFIPS) et INPES
- 65 Matinée de L'IREB. « Prévention de l'abus d'alcool : Quel rôle pour les parents ? » 26 novembre 2009
- 66 Anderson P. *et coll.* Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use : a systematic review of longitudinal studies. Alcohol alcohol. Advance access. 2009.
- 67 Nordmann R. Evaluation des conduites d'alcoolisation des jeunes : motifs d'inquiétude de proposition d'action. Bulletin de l'académie nationale de médecine. 2007, 191, n°6, 1175-1184
- 68 Assailly JP., La mortalité chez les jeunes. Que sais-je ? Puf ; juillet 2001.
- 69 L'alcool et la conduite. Prenez la mesure du risque. Novembre 2007. www.securite-routiere.gouv.fr, consulté le 20 février 2010.

- 70 Inpes. Alcool, savoir plus, risquer moins. Novembre 2001.
www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/444.pdf, consulté le 2 mars 2011
- 71 INSERM. Choquet M. Suicide et adolescence : Acquis épidémiologiques. [http : //193. 49. 126. 9/conf&rm/Conf/confsuicide/choquet. html](http://193.49.126.9/conf&rm/Conf/confsuicide/choquet.html), consulté le 17 Août 2011
- 72 Adès J., Lejoyeux M. Quelles-sont les relations entre crise suicidaire et alcool ?
Conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge »,
organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, avec l'aide méthodologique de
l'ANAES et le soutien de la Direction Générale de la Santé, 19-20 octobre 2000
- 73 Bègue L ., Roché S. Multidimensional social control variables as predictors of
drunkenness among French adolescents. *Journal of adolescent*. 2008 ; 1-21.
- 74 « Liens entre alcool et violence », les résultats de la première étude française spécifique.
Direction Générale de la Santé. Dossier de presse. 19 septembre 2008.
- 75 Peniak I. L'adolescent face à l'alcool : à propos d'une étude aux urgences du CHU de
Nancy. Th D Médecine Générale. Université Henri Poincaré, Nancy 1. 2009.
- 76 Ferrerri F., Agbokou C. Psychiatrie et développement. Maturation et Vulnérabilité. MED-
LINE ; 2002
- 77 Deburghgraeve V., Belliard S. Complications neurologiques de l'alcoolisme. août 1998.
[www.med.univ-rennes1.fr/etud/neuro/complications_alcoolisme. htm](http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/neuro/complications_alcoolisme.htm), consulté le 1^{er} mars
2010.
- 78 Kelly Y. J., Sacker A., Gray R., Kelly J., Wolke D., Head J., Quigley M. A. Light
drinking during pregnancy : still no increased risk for socioemotional difficulties or
cognitive deficits at years of age ? *J Epidemiol Community Health*. 2010 Oct
- 79 Stéphanie Toutain. Ce que les femmes disent de l'abstinence pendant la grossesse en
France. *Revue Alcoologie et Addictologie*, Juin 2009
- 80 Cheminal-Lecland C. La difficile approche de la question de l'alcoolisation en cours de
grossesse. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes à partir de la méthode
focus group. ThD Médecine Générale. Université Claude Bernard Lyon 1. 2008
- 81 Huet-Rouyer A. Prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Étude
du vécu et du ressenti de médecins généralistes par la méthode du Focus Group. Th D
Médecine Générale. Université de Nantes. 2009.
- 82 Inpes. Alcool, plus d'info pour moins d'intox.
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1123.pdf, consulté le 2 mars 2011
- 83 L'évaluation de la campagne « boire trop » Alcool Actualités, août 2009, n° 46, page 8

- 84 David H. « Alcool et jeunes : les grands principes de toute intervention de prévention ». La santé de l'homme. Novembre-décembre 2008. N° 398, p.22-24
- 85 Picard V., Gerbaud L., Perthus I., Laquet A., Clement G., Glanddier PY et coll. Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif d'alcool. La revue du praticien- Médecine Générale. Mai 2002, tome 16, N°573, p.699-703
- 86 Bègue L., Subra B. Alcohol and aggression : perspectives on controlled and uncontrolled social information processing. Social and personality psychology compass ; 2008, 2, 511-538.
- 87 Picard V., Gerbaud L., Perthus I., Laquet A., Clement G., Glanddier PY et coll. Étude de la consommation d'alcool en milieu scolaire. La revue du praticien- Médecine Générale. Mai 2002, tome 16, N°574, p.743-747
- 88 Prévention des consommations de substances psychoactives chez les jeunes de 14 à 25 ans : Étude ROC-ADO « Repérer, Orienter, Conseiller les ADOlescents consommateurs à risque d'alcool et de substances psychoactives ». www.ippsa.asso.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=55, consulté le 17 avril 2010
- 89 Lecallier D., Michaud P. « L'entretien motivationnel auprès des adolescents et des jeunes adultes consommateurs à risque. » Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. www.entretienmotivationnel.org/L_EM_aupres_des_adolescents_et_des_jeunes_adultes.html, consulté le 17 avril 2010
- 90 « L'entretien motivationnel : qu'est-ce que c'est ? » Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. www.entretienmotivationnel.org/entretien.html, consulté le 17 décembre 2010
- 91 Binder P., Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation à l'usage d'un référentiel. La revue du praticien - Médecine générale, n° 710-711, pages 1307-1313.
- 92 Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research : a case of the tail wagging the dog ? BMJ 2001 ; 322 : 1115-1117
- 93 Barbour RS. The role of qualitative research in broadening the 'evidence base' for clinical practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice 6, 2, 155-163.
- 94 Clark D. et coll. What is qualitative research and what can it contribute to palliative care ? Palliative Médecine 1997 ; 11 : 159-166.
- 95 Mays N. Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ 2000 ;320 : 50-2

- 96 Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan
- 97 Coté L. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale* 2002 ;3 : 81-90
- 98 Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995 ;311 : 251-3
- 99 Pelier A. Prévalence du Mésusage de l'alcool chez les internes de médecine, enquête dans 2 facultés, Angers et Lyon. 2011.
- 100 Haut-Commissariat à la Jeunesse. EPE. Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive. Les 16-21 ans. No-Nos limit(es) !
www.jeunesviolencesecoute.fr/images/stories/PDF/Rapport-Binge-Drinking-par-Thierry-Morel.pdf, consulté le 21 Août 2011.
- 101 Reynaud M., Parquet P. J., Lagrue. G. Les pratiques addictives 2000
- 102 Hamant C., Focus sur les produits psychoactifs pour le département de l'Ardèche, CIRDD Rhône-Alpes . 2008.
- 103 Picard V. Les adolescents et l'alcool : le médecin de famille a-t-il une place dans la prévention ? Th D Médecine générale. Université de Clermont Ferrand. 2001.
- 104 Karila L., Legleye S., Beck F., Corruble E., Falissard B., Reynaud M. 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*. Avril 2007, tome 36-n° 4, p.582-589.

ANNEXES

Annexe 1	: Les articles concernant la protection des mineurs.....	203
Annexe 2	: Les études et organismes.....	204
Annexe 3	: Questionnaire DETA (Diminuer Entourage Trop d'Alcool) / CAGE	208
Annexe 4	: Questionnaire FACE	209
Annexe 5	: Questionnaire Audit et Audit-C	211
Annexe 6	: Questionnaires CRAFFT.....	215
Annexe 7	: Questionnaire DEP-ADO.....	217
Annexe 8	: Guide d'entretien des médecins	220
Annexe 9	: Guide d'entretien des jeunes	223
Annexe 10	: Tableaux des participants.....	227
Annexe 11	: Retranscription des entretiens	229

Annexe 1 : Les articles concernant la protection des mineurs

« La vente de boissons alcooliques à des mineurs est interdite. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité ». Article L3342-1

« Il est interdit de recevoir dans les débits de boissons des mineurs de moins de seize ans qui ne sont pas accompagnés de leur père, mère, tuteur ou toute autre personne de plus de dix-huit ans en ayant la charge ou la surveillance. Toutefois, les mineurs de plus de treize ans, même non accompagnés, peuvent être reçus dans les débits de boissons assortis d'une licence de 1ère catégorie ». Article L3342-3

« Il est interdit de remettre, distribuer ou envoyer à des mineurs des prospectus, buvards, protège-cahiers ou objets quelconques nommant une boisson alcoolique, ou en vantant les mérites ou portant la marque ou le nom du fabricant d'une telle boisson ». Article L3323-5

Annexe 2 : Les études et organismes

ESCAPAD : (8), (7)

L'enquête ESCAPAD permet de faire le point sur les niveaux d'usages de substances psychoactives des jeunes Français à la fin de l'adolescence. Mise en place par l'OFDT, en partenariat avec la direction du Service National, elle a lieu depuis l'année 2000, au cours de la journée d'appel et de préparation à la défense (JAPD), qui remplace désormais le service national. Elle est centrée sur la santé, les usages de substances psychoactives et les modes de vies des jeunes de 17 ans.

Dans toute la France, les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré et strictement anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives, licites ou non.

ESPAD : (53), (54)

L'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) étudie la consommation de substances psychoactives chez les jeunes européens. Elle cible les jeunes de 16 ans. Elle a lieu tous les quatre ans depuis 1995 et en France depuis 1999. Elle est pilotée par la Suède.

En 2007, il s'agissait d'un questionnaire commun à tous les pays participants. Chaque échantillon national devait être composé de 2400 élèves de 16 ans pour permettre une meilleure comparaison des jeunes européens. En France, elle est réalisée sous la responsabilité de l'OFDT et de l'équipe « santé de l'adolescent » de l'INSERM, en partenariat avec le Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche (MEJENR), du Ministère de l'Agriculture et de la Pêche et du Secrétariat général de l'enseignement catholique.

L'enquête HBSC (55)

L'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) est pilotée par l'OMS Europe. Elle est réalisée tous les 4 ans depuis 1983 et en France depuis 1993. Elle concerne des élèves de 11 à 15 ans, elles visent à appréhender leur santé, leurs comportements de santé, le contexte dans lequel ils évoluent. La dernière enquête a été réalisée en 2006 par 42 pays.

L'enquête consiste en un auto-questionnaire anonyme rempli en classe sous la responsabilité d'un enquêteur (médecin ou infirmière scolaire).

Elle a été réalisée par le service médical du rectorat de Toulouse en collaboration avec l'Inserm (unité U558) et en partenariat avec l'Education Nationale, l'Enseignement supérieur et de la recherche et l'association pour le développement d'HBSC.

Son but est de révéler les inégalités entre les pays, d'influencer les politiques de santé et ainsi de contribuer à améliorer la santé des jeunes.

Le baromètre de la santé (49), (4), (5)

Les baromètres de la santé, mis en place depuis 1990, sont coordonnés par l'INPES en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, dont l'OFDT. Les jeunes sont inclus dans ces études depuis 2000. Il s'agit de séries d'enquêtes qui abordent les comportements de santé des Français. Les enquêtes sont téléphoniques, anonymes et confidentielles. L'enquête de 2005 concerne 30514 individus âgés de 12 à 75 ans.

L'enquête VAMM (74)

L'enquête épidémiologique Violence Alcool Multi-Méthodes (VAMM) est une enquête française qui a pour but de décrire de manière approfondie en France l'association entre les consommations d'alcool et les violences agies et subies.

Elle a été menée auprès d'un échantillon de 2019 personnes représentatives de la population des 18-65 ans d'Ile de France et du Nord en juin, juillet, et août 2006 selon la méthode des quotas. L'étude, rémunérée, était présentée aux participants comme une "Grande enquête nationale. Modes de vie et comportements sociaux des 18-65 ans". Les réponses, confidentielles, ont été recueillies sur la voie publique au moyen de la Méthode API (Auto-Passation Informatisée) sur sites mobiles (trois fourgons).

Cette méthodologie innovante a été employée afin de garantir une plus grande fiabilité des réponses aux questions sensibles et de favoriser l'accès à un échantillon diversifié.

Elle a permis de mettre en évidence un lien important entre les consommations d'alcool et les violences subies ou agies.

L'enquête SAGE : Susceptibilité à l'alcool, génétique et environnement

Il s'agit d'une enquête organisée par l'Inserm en 2007, réalisée auprès de 3000 jeunes scolarisés dans une vingtaine d'établissements de Champagne-Ardenne de 18 à 22 ans sur la consommation de substances psychoactives. Elle a pour but d'analyser les facteurs impliqués dans la vulnérabilité aux problèmes d'addiction et de dépendance.

L'étude comprend un questionnaire anonyme et un prélèvement buccal d'ADN. Les jeunes interrogés pouvaient, s'ils le souhaitaient, laisser leurs noms et coordonnées dans une enveloppe fermée pour être contactés à nouveau dans trois ans. L'idée étant d'observer si les résultats initiaux se vérifieront quelques années plus tard.

Les enquêtes de l'IREB

L'IREB (Institut de Recherches scientifiques sur les boissons) a été fondé en 1971 à l'initiative des sociétés productrices et distributrices de boissons alcoolisées. Il a pour mission de contribuer à la recherche en alcoologie, à la fois par les études que l'institut conduit pour son nom propre (observatoire « les français et l'alcool », enquête « jeunes et alcool ») et par les travaux qu'il subventionne. Dans le cadre de sa mission, l'IREB entend être à la fois un organisme de recherche, une source de documentation et un lieu d'information sur l'alcool. On peut malgré tout se poser la question de la validité et de l'impartialité des conclusions au vu du financement des études par les alcooliers (tels Pernod-Ricard et Heineken)...

- « Les jeunes et l'alcool » (56), (57), (58)

5 enquêtes ont été réalisées auprès des jeunes (initialement les garçons de 13-18 ans, puis les garçons et filles de 13 à 20 ans). La première étude était longitudinale de 1985 à 1995 puis les études suivantes (tous les 5 ans) ont été transversales. Elles ont pour objectif de constituer un outil d'analyse pour mieux cerner les attitudes et les comportements des jeunes à l'égard des boissons alcoolisées.

La dernière a été réalisée en novembre 2007 auprès de 1815 jeunes âgés de 13 à 24 ans, vivant au sein d'un ménage ordinaire (c'est-à-dire hors institution), quelle que soit leur situation (personne vivant au domicile parental ou seul, actif ou non...) et résidant en 2007 en France métropolitaine hors Corse.

La méthode utilisée pour la constitution de l'échantillon est celle des quotas. Cette méthode consiste à construire un échantillon dont la structure correspond à celle de la population toute entière selon certains critères que l'on a préalablement choisis. Elle permet ainsi d'obtenir un échantillon représentatif de la population selon ces critères. Des comparaisons ont été en outre établies avec les données de recensement de l'INSEE concernant les jeunes du même âge (13 à 24 ans).

Le questionnaire, fait au domicile de l'interviewé, était anonyme et composé de deux parties : une partie question faite avec un enquêteur, une partie faite seule pour les questions plus intimes (consommation de drogues...)

- « Les français et l'alcool » (59)

Ces études sont menées chaque année depuis 2006, auprès d'un échantillon de 2000 sujets âgés de 18 ans et plus. Elles visent à dresser un état actualisé des connaissances, des opinions et attitudes des français vis-à-vis de l'alcool et à en mesurer l'évolution.

OFDT :

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies est un groupement d'intérêt public regroupant des représentants de l'état (différents ministères : Emploi et Solidarité, Santé, Ville, Justice, Défense, Intérieur, Jeunesse et Sports, Education Nationale...) et des personnes morales de droit public et privé (Toxibase : réseau national d'information et de documentation et FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé)

L'OFDT remplit plusieurs missions : veille et amélioration des indicateurs, surveillance des tendances, évaluation des politiques publiques, diffusion et valorisation de l'information.

Mildt : Mission interministérielle de Lutte contre la drogue et la toxicomanie

« La Mildt a été créée en 1982 et placée sous l'autorité du premier ministre, elle est chargée de coordonner les actions du gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Elle veille à la cohérence des différentes approches qu'elles soient préventives, sanitaires ou répressives. La Mildt élabore des plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances et mobilise les ministères concernés autour des objectifs arrêtés dans ses plans. » (25)

Elle finance l'OFDT qui assure la fonction d'observation des consommations et de diffusion des informations.

Annexe 3 : Questionnaire DETA (Diminuer Entourage Trop d'Alcool) / CAGE

Il se compose de 4 questions portant sur la vie entière :

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

Le risque de problème passé ou présent consécutif à la consommation d'alcool est jugé élevé dès l'obtention de deux réponses positives.

Il s'agit d'explorer brièvement les conséquences psychosociales de l'usage de l'alcool et leur perception par le buveur, et non de décrire la consommation du patient (en terme de volume ou de fréquence).

Un des défauts de ce test est qu'il propose comme référence temporelle la vie entière et peut de ce fait repérer d'anciens usagers à risques qui n'ont, au moment de l'enquête, plus de problème avec l'alcool.

Annexe 4 : Questionnaire FACE

Il évalue la consommation d'alcool à travers 5 questions.

Il permet de définir la consommation du patient comme étant : sans risque, excessive ou signant une dépendance probable.

À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois au moins	1
Deux à quatre fois par mois	2
Deux à quatre fois par semaine	3
Quatre fois par semaine ou plus	4

Combien de verres standards, buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?

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

Votre entourage vous a-t'il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non	0
Oui	4

Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non	0
Oui	4

Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non	0
Oui	4

Interprétation des résultats :

Hommes :

- Score inférieur à 5 : risque faible ou nul
- De 5 à 8 : consommation excessive probable
- Supérieur à 8 : dépendance probable

Femmes :

- Score inférieur à 4 : risque faible ou nul
- De 4 à 8 : consommation excessive probable
- Supérieur à 8 : dépendance probable

Annexe 5 : Questionnaire Audit et Audit-C

Il a été mis au point par l'OMS pour dépister les consommations d'alcool à risques, nocives ou massives. Il est validé dans de nombreux pays. Il est chez les adultes le meilleur outil de repérage

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

1. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?				
<input type="checkbox"/> 0 Jamais	<input type="checkbox"/> 1 Une fois par mois au moins	<input type="checkbox"/> 2 2 à 4 fois par mois	<input type="checkbox"/> 3 2 à 3 fois par semaine	<input type="checkbox"/> 4 4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?				
<input type="checkbox"/> 0 Un ou deux	<input type="checkbox"/> 1 Trois ou quatre	<input type="checkbox"/> 2 Cinq ou six	<input type="checkbox"/> 3 Sept à neuf	<input type="checkbox"/> 4 Dix ou plus
3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?				
<input type="checkbox"/> 0 Jamais	<input type="checkbox"/> 1 Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> 2 Une fois par mois	<input type="checkbox"/> 3 Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> 4 Chaque jour ou presque
4. Pendant l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire ?				
<input type="checkbox"/> 0 Jamais	<input type="checkbox"/> 1 Moins d'une fois	<input type="checkbox"/> 2 Une fois par	<input type="checkbox"/> 3 Une fois par	<input type="checkbox"/> 4 Chaque jour ou

	par mois	mois	semaine	presque
5. Pendant l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait de vous ?				
<input type="checkbox"/> 0 Jamais	<input type="checkbox"/> 1 Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> 2 Une fois par mois	<input type="checkbox"/> 3 Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> 4 Chaque jour ou presque
6. Pendant l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?				
<input type="checkbox"/> 0 Jamais	<input type="checkbox"/> 1 Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> 2 Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> 3 Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> 4 Chaque jour ou presque
7. Pendant l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?				
<input type="checkbox"/> 0 Jamais	<input type="checkbox"/> 1 Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> 2 Une fois par mois	<input type="checkbox"/> 3 Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> 4 Chaque jour ou presque
8. Pendant l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?				
<input type="checkbox"/> 0 Jamais	<input type="checkbox"/> 1 Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> 2 Une fois par mois	<input type="checkbox"/> 3 Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> 4 Chaque jour ou presque
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?				

<input type="checkbox"/> 0 Non	<input type="checkbox"/> 2 Oui, mais pas au cours De l'année passée	<input type="checkbox"/> 4 Oui, au cours de L'année dernière
10. Est-ce qu'un ami, ou un médecin, ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de diminuer ?		
<input type="checkbox"/> 0 Non	<input type="checkbox"/> 2 Oui, mais pas au cours De l'année passée	<input type="checkbox"/> 4 Oui, au cours de L'année dernière

Interprétation :

- Moins de 6 pour une femme et moins de 7 pour un homme correspondent à un risque « faible » ou à un risque « anodin ».
- Entre 6 et 12 pour une femme et 7 et 12 pour un homme, on est en présence d'une consommation à risque ou à problème.
- Au-delà de 13, l'alcoolisme peut-être soupçonné.

En pratique, ce test en dix questions s'avère souvent trop long, que ce soit dans le cadre d'une administration au cours d'une intervention brève ou dans celui d'une enquête en population générale.

Une version courte est donc parfois proposée afin de soulager les individus les moins concernés : l'Audit-C, se résumant aux trois premières questions :

Questionnaire Audit-C

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- (0) Jamais
- (1) 1 fois par mois ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) Au moins 4 fois par semaine

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7 à 9
- (4) 10 ou plus

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

- (0) Jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Une fois par mois
- (3) Une fois par semaine
- (4) Tous les jours ou presque

En principe, un score de 3 ou plus est signe d'une forte probabilité de consommation excessive, abusive, ou de dépendance, quel que soit le sexe.

Le questionnaire Audit complet pourra alors être réalisé aux hommes ayant un score supérieur ou égal à 5 et aux femmes ayant un score supérieur ou égal à 4.

Annexe 6 : Questionnaires CRAFFT« CRAFFT » test : version originale

- Have you ever ridden in a **C**ar driven by someone (including yourself) who was high or had been using alcohol or drugs ?
- Do you ever use alcohol or drugs to **R**elax, feel better about yourself, or feel in ?
- Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself (**A**lone) ?
- Do you ever **F**orget things you did while you were using alcohol or drugs ?
- Have you ever gotten into **T**rouble while you were using alcohol or drugs ?
- Do your **F**amily or friends ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use ?
- Les réponses se font en oui/non.

« CRAFFT » version française, modifiée :

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

Les réponses se font en souvent/parfois/jamais.

Version française sans la septième question : ADOSPA :

Acronyme correspondant à :

- Auto (question 1)
- Détente (question 2)
- Oublie (question 4)
- Seul (question 3)
- Problème (question 5)
- Ami (question 6)

Le questionnaire CRAFFT a été construit et validé aux États-Unis. Il s'agit d'un outil performant dans le repérage des consommations nocives des jeunes.

L'étude ADOTECNO (104) (ADOlescents : Techniques d'Évaluation des Consommations Nocives) a permis de valider deux niveaux de risque du CRAFFT-ADOSPA pour le repérage de l'usage nocif de l'alcool, du cannabis et d'autres drogues :

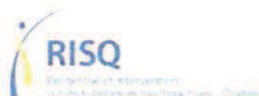
- un risque modéré avec un score supérieur ou égal à 2
- un risque élevé avec un score supérieur ou égal à 3.

Annexe 7 : Questionnaire DEP-ADO

9317644813

DEP-ADO

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES
Version 3.2 - septembre 2007



--	--	--	--	--

No. dossier

Date :

--	--	--	--

 Année

--	--

 Mois

--	--

 Jour

Nom : (facultatif) Prénom :

Âge :

--	--

 Sexe : Garçon Fille

Quel est ton niveau scolaire actuel?

- Secondaire I
- Secondaire II
- Secondaire III
- Secondaire IV
- Secondaire V
- Autre niveau

préciser

1. Au cours des **12 derniers mois**, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)

Réservé à l'usage de l'intervenant

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colle/solvant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Héroïne (ex.: smack)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphétamines/speed (ex.: upper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Facteur 1 = alcool et cannabis	Facteur 2 = autres drogues	Facteur 3 = conséquences
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]

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

2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? Oui ➡ Passez à 2b Non ➡ Passez à 3
(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement.....de l'alcool?

--	--

 Ans

.....une ou des drogues?

--	--

 Ans

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

Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés, ➡ passe à la question 7.

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

Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J. (2007). DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes. Version 3.2, septembre 2007. Recherche et intervention sur les substances psychoactives -Québec (RISQ)



DEP-ADO
Version 3.2 - septembre 2007

--	--	--	--	--

No. dossier

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris:

a) Garçons

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

--	--

Fois

ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

--	--

Fois

b) Filles

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

--	--

Fois

Réservé à l'usage de l'intervenant

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

a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.).....

Oui

Non

b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.).....

c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille.....

d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse.....

e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.).....

f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue.....

g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.).....

h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.).....

i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi.....

j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant.....

7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ? (noircir une seule réponse)

Pas consommé

À l'occasion

Une fois par mois environ

La fin de semaine ou une à deux fois par semaine

3 fois et + par semaine mais pas tous les jours

Tous les jours

SCORES BRUTS FACTORIELS

--	--	--	--

SCORE TOTAL

--	--

Signature de l'intervenant(e)

Entourez le FEU correspondant

V J R

GRILLE DE COTATION DEP-ADO Version 3.2 – septembre 2007¹

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

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

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

2. b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement ?

Alcool	< 12 ans	= 3	Drogue(s)	< 14 ans	= 3
	12 à 15 ans	= 2		14 à 15 ans	= 2
	16 ans ou +	= 1		16 ans ou +	= 1

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

Oui = 8 Non = 0

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

Oui = 2 Non = 0

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

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

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

Oui = 2 Non = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

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

¹ Cette grille de cotation se rattache à la DEP-ADO version 3.2, septembre 2007. La grille de cotation est conservée telle quelle depuis octobre 2003 puisqu'aucune modification n'a été requise

Annexe 8 : Guide d'entretien des médecins

Il s'agit d'une trame d'entretien. Tous les thèmes doivent être abordés, mais les questions ne seront pas forcément posées telles quelles si les idées sont soulevées. De même, les entretiens ne suivront pas forcément l'ordre suivant.

Présentation du travail et de l'enquête :

Enquêteur : Interne en médecine générale en sixième semestre, en cours de réalisation d'une thèse.

Thème général : les consommations d'alcool chez les jeunes.

Déroulement de la thèse : entretiens avec des jeunes de 16 à 19 ans et des médecins généralistes. Entretiens de 20 à 40 minutes, en général.

« Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin de retranscrire le plus fidèlement possible vos propos. Cet entretien est confidentiel et anonyme. Vos noms, prénoms et coordonnées ne seront pas enregistrés. »

Questions d'ouverture :

- Quelle image avez-vous de votre métier ? / Que pensez-vous de votre métier ?
- Quel est selon vous le (ou les) rôle du médecin généraliste ?
- Gardez-vous cette idée dans la prise en charge des adolescents ?

L'alcool dans la société française

- Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, en quelle quantité ? Dans quelles conditions : avec des amis, seul(e), tous les jours... ?
- À quel âge avez-vous bu pour la première fois ?
- Quelle a été l'influence des études de médecine dans votre consommation d'alcool ou votre considération de l'alcool ?
- Quelle place pensez-vous que l'alcool ait dans la société française ?
- Connaissez-vous les nouveaux textes de lois concernant l'alcool et les jeunes ? (s'ils sont non connus, ils seront présentés) Qu'en pensez-vous ?

Les consommations d'alcool chez les adultes

- Selon vous, qu'est-ce qu'un consommateur à risque ?
- Combien de patients estimez-vous à risque dans votre patientèle ?
- Parlez-vous facilement d'alcool avec vos patients adultes ?
- Connaissez-vous des questionnaires de dépistage ? Les utilisez-vous avec vos patients ? Vous semblent-ils intéressants ?
- Quels sont d'après vous les risques liés à la consommation d'alcool ?
- Vous sentez-vous efficace dans vos messages de prévention ?

La particularité de l'adolescence

- Comment définiriez-vous l'adolescence ?
- Rencontrez-vous des difficultés lors des consultations avec les adolescents ? Si oui, lesquelles et pourquoi ?
- Avez-vous un ressenti différent des consultations (par rapport aux plus jeunes enfants et aux adultes) ? Pourquoi ? /Êtes-vous aussi à l'aise avec les adolescents qu'avec les adultes ou les jeunes enfants ?
- Comment envisagez-vous les discussions avec les adolescents ?
- Quels problèmes abordez-vous lorsque vous recevez des jeunes en consultation ? Les abordez-vous systématiquement ?
- Parlez-vous de la sexualité, de souffrance, de drogues ? Quels problèmes vous semblent les plus importants à évoquer avec les jeunes ?
- Quelle place pensez-vous avoir dans ces discussions ?

Les consommations d'alcool chez les adolescents

- Avez-vous des enfants ? Quels âges ont-ils ? Savez-vous s'ils consomment de l'alcool ?
- Parlez-vous facilement de l'alcool et de ses dangers avec vos enfants ?
- Que pensez-vous de la consommation d'alcool chez les adolescents ?
- Pouvez-vous nous parler de votre perception du rapport actuel entre les jeunes et l'alcool ? Fréquence, quantité, gravité, risque, évolution dans le temps ?
- Qu'est-ce qui motive la prise d'alcool chez les jeunes d'après vous ?

- Que savez-vous du binge drinking ? (si les termes sont inconnus, ils seront définis par l'enquêtrice)
- Qu'est-ce qui motive ces conduites d'après vous ?

La prévention, la prise en charge, la place du médecin généraliste

- Suivez-vous des jeunes patients qui ont des problèmes d'alcool ? Si oui, cela a-t-il modifié votre pratique auprès des autres adolescents ?
- Évoquez-vous systématiquement les problèmes d'alcool avec les jeunes vus en consultation ?
- Quels obstacles rencontrez-vous lors des discussions avec les jeunes ?
- Utilisez-vous le questionnaire CRAFFT ? Le connaissez-vous ? En connaissez-vous d'autres ? Les utilisez-vous ?
- Si vous utilisez ces questionnaires, comment cela se passe ? Qu'en pensez-vous ?
- Trouvez-vous que ces outils aient un intérêt ?
- Avez-vous déjà vu des vidéos sur les risques de l'alcool ? Qu'en avez-vous pensé ? Pensez-vous qu'elles modifient les comportements des adolescents ?
- Pensez-vous que vous auriez besoin d'une formation pour envisager la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent ?
- La prévention de l'alcool vous paraît-elle importante chez les jeunes ?
- Trouvez-vous que les médecins généralistes ont leur place dans ce genre de prise en charge ?
- Quel rôle attribuez-vous au médecin traitant dans le dépistage, la prévention et la prise en charge de l'alcoolisation des jeunes ?
- Pensez-vous que ce rôle appartient plutôt aux parents ?

Présentation de l'enquête à recueillir :

- Age
- Sexe
- Nombre d'années d'installation et d'exercice
- Mode d'exercice (rural...), type de population

Annexe 9 : Guide d'entretien des jeunes

Il s'agit d'une trame d'entretien. Tous les thèmes doivent être abordés, mais les questions ne seront pas forcément posées telles-elles si les idées sont soulevées. De même, les entretiens ne suivront pas forcément l'ordre suivant.

Présentation du travail et de l'enquêté :

Enquêteur : Interne en médecine générale en sixième semestre, en cours de réalisation d'une thèse.

Thème général : les consommations d'alcool chez les jeunes.

Déroulement de la thèse : entretiens avec des jeunes de 15 à 19 ans et des médecins généralistes de 20 à 40 minutes.

« Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin de retranscrire le plus fidèlement possible vos propos. Cet entretien est confidentiel et anonyme. Vos noms, prénoms et coordonnées ne seront pas enregistrés. »

Questions d'ouverture :

- Que voulez-vous faire plus tard ?
- Age
- Sexe
- Cursus scolaire ou professionnel
- Zone d'habitation
- Catégorie socioprofessionnelle des parents
- Nombre de frères ou sœurs

L'alcool dans la société française

- Quelle est d'après vous la place de l'alcool dans la société française ?
 - au niveau économique ?
 - au niveau culturel, social ?
 - au niveau politique ?
 - au niveau gastronomique ?

- au niveau mondial ?
 - au niveau légal ?
 - le vin par exemple ? L'apéritif ?
- Quels sont pour vous les risques de l'alcool ?

Les consommations d'alcool chez les adultes

- Que pensez-vous de la consommation d'alcool des adultes ? (Quantité, fréquence...)
- Est-ce que vos parents, grands-parents boivent de l'alcool ? Que pensez-vous de leurs consommations ? Quels sont les risques pour eux ?

Les particularités de l'adolescence

- Quels sont vos rapports avec vos parents ? Parlez-vous ensemble ? De quoi ? De vos problèmes ? De vos soirées ?
- Que pensent vos parents des soirées avec de l'alcool ? Du fait que vous pourriez boire de l'alcool ? Vous en avez déjà parlé ? Qu'est-ce que vos parents vous disent à ce sujet ?
- Pensez-vous qu'ils pourraient comprendre votre conduite ?

Les consommations d'alcool chez les adolescents

- Pouvez-vous me parler de votre perception du rapport actuel entre les jeunes et l'alcool ? (Que pensez-vous de la consommation d'alcool chez les jeunes ?)
Fréquence, gravité, risque, évolution ?
- Est-ce que cela vous arrive de boire ? À quelle occasion ? Avec qui ?
- Vous souvenez-vous de la première fois où vous avez goûté de l'alcool ? Avec qui ? À quel âge ?
- Et la première fois où vous avez été ivre ? Avec qui et à quel âge ? Comment estimez-vous votre consommation ? Par rapport aux autres jeunes ?
- Que représente pour vous la consommation d'alcool ? Qu'est-ce que la consommation d'alcool vous apporte ?
- Qu'est-ce que le « binge drinking » ?
- Quels sont les risques de l'alcool pour les jeunes ?
- Quel regard portez-vous sur ces conduites ? Qu'en attendent les jeunes ?
- Quelle est la différence de consommation entre une jeune fille et un garçon ?

- Que savez-vous des « prémix » ? Avez-vous déjà goûté de la Smirnoff Ice ou du Bacardi Martini ?

La prévention, la prise en charge, la place du médecin généraliste

- Avez-vous déjà rempli un questionnaire de dépistage ? Si oui dans quelles conditions ? Aviez-vous été sincère sur vos consommations ?
- Avez-vous déjà parlé avec votre médecin traitant de vos consommations d'alcool ? Si oui comment cela s'est-il passé ? Est-ce le médecin qui vous a posé des questions ? Avez-vous été gêné(e) ?
- Vous confiez-vous facilement à votre médecin traitant ? Pourquoi ? Si la réponse est non, qu'est-ce qui vous retient ?
- Avec un autre adulte ? Qu'avez-vous pensé de ces discussions ? Cela vous a-t-il fait changer ?
- Vous m'avez parlé tout à l'heure des risques de l'alcool. Comment les connaissez-vous ?
- Avez-vous un médecin traitant ? Pourquoi allez-vous le voir ? De quoi parlez-vous ? Comment se déroule la consultation ?
- Vous trouvez-vous en confiance avec lui ? Quelle place lui accordez-vous ?
- Parlez-vous de vos problèmes ? Pourquoi ?
- Que penseriez-vous s'il faisait sortir vos parents un moment pendant le rendez-vous ?
- Que lui demanderiez-vous de plus ? Je ne sais pas, des questions sur la sexualité, l'alcool, vos doutes ?
- Pensez-vous que si vous avez des problèmes, il le dira à vos parents sans vous en parler ?
- Comment faites-vous pour vous informer sur un sujet qui vous interroge ?
- Avez-vous déjà consulté un site internet d'information sur l'alcool et ses risques ? Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous déjà vu des vidéos sur les risques de l'alcool ? Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous déjà lu des affiches ou brochures sur les risques de l'alcool ? Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous entendu parler de « Sam » ? Est-ce que cela a modifié votre comportement ?

- Qu'attendez-vous des adultes et du médecin traitant en particulier par rapport à vos consommations d'alcool ?
- Si votre médecin vous parlait des pièges et des risques de l'alcool, qu'en penseriez-vous ? (en présence ou non des parents ?) Qu'est ce que ça changerait pour vous ? Sur votre consommation ?

Présentation de l'enquête à recueillir

- Âge
- Niveau d'études
- Catégorie socioprofessionnelle des parents
- Sexe
- Lieu d'habitation

Annexe 10 : Tableaux des participants**Médecins :**

Médecins	Lieu d'exercice	Type de patientèle	Nombre d'années d'exercice de la médecine	Nombre d'années d'installation	Âgé	Sexe	Temps d'entretien (en minutes)
M1	Urbain	Mixte	30	22	55	M	30
M2	Semi-rural	Favorisée	32	28	59	M	16
M3	Semi-rural	Mixte	26.5	24.5	52	M	22
M4	Semi-rural	Favorisée	35	33	60	M	28
M5	Semi-rural	Favorisée	5	3	33	F	31
M6	Urbain	Mixte		32	59	F	33
M7	Semi-rural	Mixte	9	7	38	F	51
M8	Urbain	Défavorisée	17	13	43	F	19
M9	Urbain	Mixte	7	2	35	F	30
M10	Rural	Favorisée	6	3	34	F	16
M11	Semi-rural	Mixte	32	29	57	M	16

Jeunes :

Jeune	Études en cours	Catégorie socioprofessionnelle (selon l'INSEE) du père/ de la mère (0 si décédé ou inconnu)	Lieu d'habitation (département)	Âge	Sexe	Temps d'entretien (min)	Interrogé au cabinet (C) ou au lycée (L)
J1	CAP carrosserie	Artisan/employée	Rural (69)	16	M	15	C
J2	Seconde	0/employée	Urbain (69)	16	F	10	C
J3	1 ^{ère} scientifique	0/cadre	Semi-rural (69)	16	M	25	C
J4	Terminale littéraire	Cadre/profession intermédiaire	Urbain (69)	18	F	16	L
J5	1 ^{ère} technologique	0/commerçante	Urbain (69)	17	M	36	L
J6	Terminale littéraire	Ouvrier/sans activité	Rural (69)	19	F	16	L
J7	Seconde	Ouvrier/sans activité	Urbain (69)	15	M	14	L
J8	Terminale professionnelle	Artisan/employée	Urbain (69)	17	M	16	L
J9	1 ^{ère} professionnelle	Artisan/employée	Urbain(69)	16	M	19	L
J10	1 ^{ère} professionnelle	Commerçant/commerçant	Urbain (69)	17	M	19	L
J11	1 ^{ère} littéraire	Intermédiaire/employée	Semi-rural (07)	17	F	30	L
J12	Terminale littéraire	Cadre/employée	Rural (07)	17	F	42	L
J13	1 ^{ère} technologique	Chef d'entreprise / sans activité	Rural (26)	17	F	46	L
J14	Terminale littéraire	Agriculteur/employée	Rural (07)	17	F	39	L
J15	1 ^{ère} technologique	Employé/employée	Rural (26)	17	M	45	L

Annexe 11 : Retranscription des entretiens

La totalité des entretiens avec les médecins et les adolescents a été retranscrite au format PDF dans le CD-ROM joint :

- *Médecin 1. pdf* à *Médecin 11. pdf* pour les médecins
- *Jeune 1. pdf* à *Jeune 15. pdf* pour les adolescents

