

SESSION 2015

---

**CAPLP  
CONCOURS EXTERNE  
ET CAFEP**

**Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES**

**ÉPREUVE DE MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE**

Durée : 5 heures

---

*L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.*

*Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.*

*De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.*

**NB : La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.**

**Tournez la page S.V.P.**

***Le phénomène de *Binge drinking* ou alcoolisation ponctuelle importante (API) des adolescents, une nouvelle priorité de santé publique ?***

*Prévenir et combattre la consommation excessive d'alcool est une préoccupation majeure du Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La sensibilisation des jeunes aux dangers de l'alcool constitue, à ce titre, une priorité de santé publique. Car en matière de santé comme d'éducation, beaucoup de choses se jouent dès le plus jeune âge.*

**Marisol Touraine** – *Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes,*

*extrait du communiqué de presse du 19 février 2014*

Boire beaucoup (plus de quatre à cinq verres en moins de deux heures) et très vite. C'est ce qu'on appelle le *binge drinking*, appellation venue d'Outre-Manche au début des années 2000. Le terme anglo-saxon souvent utilisé jusqu'ici pour désigner cette pratique a désormais son équivalent en bon français, « beuverie express », d'après un avis paru au Journal officiel en Juillet 2013. Ce terme désigne l'absorption massive d'alcool, généralement en groupe, visant à provoquer l'ivresse en un minimum de temps. Très étudié en grande Bretagne, ce phénomène qui touche en particulier les jeunes, reste mal évalué en France même si des spécialistes s'inquiètent de son expansion : plus d'un jeune de 17 ans sur deux (53%) déclare des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante au cours du mois écoulé en 2011, contre 46% en 2005. En outre, l'ivresse alcoolique est vécue par certains dès le collège.

Ces prises d'alcool semblent se faire hors des circuits traditionnels, c'est-à-dire en dehors des bars et des discothèques. Les causes de ce phénomène sont multifactorielles et les facteurs de risque conduisant à l'abus d'alcool sont à la fois individuels et liés à l'environnement. Une des difficultés premières est de pouvoir accéder à ces jeunes. Ils ne sont demandeurs de rien et n'entrent en contact avec le système de soin que lors d'un accident grave.

Vous répondrez aux questions suivantes dans une composition structurée.

Après avoir présenté l'origine métabolique de l'éthanol et de son devenir dans l'organisme (de l'ingestion à l'élimination), vous montrerez comment le phénomène de *binge drinking* expose les adolescents à des dommages sanitaires à court et à long terme et induit chez eux des comportements à risque.

Après une présentation des caractéristiques psychologiques et sociologiques des adolescents au sein desquelles les processus de construction identitaire et de socialisation prédominent, vous mènerez une réflexion sur les facteurs de risque et les motivations qui conduisent les adolescents à s'alcooliser massivement.

Vous analyserez en les classant, les réponses apportées par les politiques publiques pour limiter ce phénomène. Vous démontrerez la difficulté de mettre en œuvre des campagnes de prévention efficaces lorsqu'elles s'adressent à des adolescents et vous préciserez de quelle manière on peut espérer sensibiliser avec succès cette population.

**Liste des annexes**

**Annexe 1** : Article « Beuverie et cerveau », d'après Les dossiers de la recherche, octobre novembre 2013

**Annexe 2** : Drogues chiffres clés 5<sup>ème</sup> édition, juin 2013, observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

**Annexe 3** : Données graphiques : extraits bulletin épidémiologique hebdomadaire INVS mai 2013 et extraits Questions d'économie de la santé IRDES n°192 Novembre 2013

**Annexe 4** : Extrait de Défis et prise de risque : du « Binge Drinking » à la « Necknomination », David Mourgues, La santé en action Septembre 2014 INPES

**Annexe 5** : Effets cérébraux du Binge drinking : l'éclairage des neurosciences, Pierre Maurage, extrait du focus n°16 (4<sup>ème</sup> trimestre 2013) IREB (Institut de Recherches scientifiques sur les Boissons)

**Annexe 6** : Dispositifs d'équipes A.N.P.A.A (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) intervenant de nuit dans un espace public, guide des veilleurs de soirée, A.N.P.A.A. 44

**Annexe 7** : Extrait du dossier de presse « Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 . Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives.

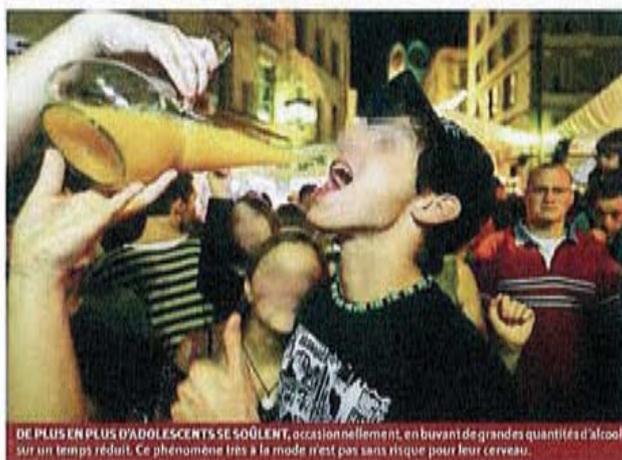
**Annexe 8** : Evaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs, communiqué de presse, 30 septembre 2013 Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies

**Annexe 9** : Métabolisation et élimination de l'alcool, d'après A. Raisonier, université Pierre et Marie Curie (Jussieu).

# Beuverie et cerveau, un mauvais cocktail

*Boire beaucoup d'alcool et très vite pour atteindre l'ivresse : le binge drinking, ou biture express, s'est banalisé chez les jeunes. Outre des risques immédiats pour la santé, il engendre de graves atteintes cérébrales.*

«Se rendre minable », « se prendre une mine ou une taule » : les expressions ne manquent pas pour évoquer une consommation excessive d'alcool, sur une courte période de temps, ce que l'on appelle dans le monde anglo-saxon le binge drinking, « biture express », en Français, ou encore alcool dénoncé. Cette pratique qui consiste à boire beaucoup et très vite n'est pas nouvelle. Mais depuis le début des années 2000, elle est en forte augmentation chez les jeunes, dès l'adolescence. En effet, elle représente pour eux un rite de passage vers l'âge adulte. Les conséquences sur leur santé sont parfois dramatiques : dans les cas les plus graves, la biture express peut entraîner un coma éthylique menant à la mort. Le plus souvent, elle induit de nombreux comportements à risque, comme la conduite en état d'ivresse ou des rapports sexuels non protégés. Mais ce n'est pas tout : selon des études récentes, le binge drinking a également de graves conséquences à long terme sur le cerveau et sur les performances cognitives. En prime, il augmenterait le risque de devenir dépendant à l'alcool. Pour étudier précisément ses effets, il faudrait savoir exactement de quoi on parle. Or le concept est encore assez flou :



DE PLUS EN PLUS D'ADOLESCENTS SE SOULENT, occasionnellement, en buvant de grandes quantités d'alcool sur un temps réduit. Ce phénomène très à la mode n'est pas sans risque pour leur cerveau.

**Mickaël Naassila, Judith André et Margaret Martinetti** travaillent dans le groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances, Inserm et université de Picardie à Amiens.

actuellement, il n'existe pas de consensus sur la quantité minimale d'alcool à partir de laquelle on peut parler de binge drinking. Selon certaines définitions, le seuil est de six à sept verres standard (soit au total de 60 à 70 grammes d'éthanol pur) consommés dans un laps de temps d'environ deux heures.

D'autres définitions avancent un taux d'alcoolémie d'au moins 0,8 gramme par litre de sang. Bien évidemment, des consommations supérieures à ces seuils sont souvent rencontrées et déclarées par les jeunes. Pour rappel, les autorités de santé françaises

recommandent de ne jamais boire plus de quatre verres d'alcool par occasion.

Le binge drinking peut finalement être défini comme une consommation massive et rapide d'alcool suivie d'une période d'abstinence. Au cours des dix dernières années, ce type de consommation s'est répandu chez les jeunes en France. Différentes études ont révélé l'ampleur du phénomène. Ainsi, une enquête française sur la santé et les consommations de drogues, baptisée Escapad, a rapporté en 2011 une augmentation notable à la fois des ivresses

répétées (au moins trois par an) et des ivresses régulières (au moins dix par an) chez les jeunes de 17 ans. Et 53,2 % des jeunes disent avoir bu au moins cinq verres en une même occasion, au cours du mois écoulé. Ce phénomène est inquiétant : de nombreux décès de jeunes, suite à des soirées trop arrosées, sont rapportées par la presse et les services d'urgence constatent une hausse des hospitalisations pour intoxication à l'alcool. Il n'est plus rare de voir arriver dans les services d'hépatologie des jeunes de 20 à 25 ans avec des atteintes au foie, ce qui traduit des consommations massives d'alcool depuis le début de l'adolescence. Pourtant, ces effets du binge drinking ne sont que la face la plus visible du phénomène. Cette pratique présente d'autres dangers, à moyen et à long terme, pour le cerveau des consommateurs.

#### **DES FONCTIONS COGNITIVES ET EXECUTIVES ALTÉRÉES**

Entre 15 et 25 ans, le cerveau n'a pas fini sa maturation. Il est donc particulièrement vulnérable à l'alcool. Les études menées sur des rongeurs montrent qu'une consommation massive d'alcool mimant le binge drinking tue deux à trois fois plus de neurones chez un animal jeune que chez un adulte. A l'adolescence, des mécanismes essentiels au développement cérébral sont encore actifs, en particulier ce que l'on appelle l'« élagage synaptique ». Il s'agit d'un processus par lequel les synapses inutiles sont éliminées et d'autres sont maintenues, renforcées ou nouvellement établies. Cet élagage rend possible un traitement plus complexe et plus efficace des informations. Or, il est perturbé par l'alcool.

C'est pourquoi le binge drinking a un effet important sur les capacités cognitives des jeunes : il altère la mémoire épisodique, la mémoire de travail, la planification ou encore le contrôle des impulsions. Plus la « gueule de bois » est intense, plus la diminution des performances d'apprentissage et de mémorisation est forte. Par ailleurs, la biture express augmente les émotions négatives et entraîne des difficultés à supporter le stress. Un état anxio-dépressif peut s'installer, allant parfois jusqu'à l'apparition d'idées suicidaires. Devenus adultes, les binge drinkers souffrent de troubles du stress et de l'humeur, ainsi que de difficultés à réguler leurs émotions.

#### **DES MODIFICATIONS CÉRÉBRALES ANATOMIQUES**

Chez l'homme, de nombreuses atteintes cérébrales anatomiques dues au binge drinking ont été mises en évidence grâce à l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Ces modifications affectent la substance grise, c'est-à-dire les corps cellulaires des neurones, et la substance blanche, les axones qui constituent le câblage des circuits neuronaux. Plusieurs équipes ont ainsi constaté une diminution du volume de l'hippocampe et de différentes aires corticales et frontales et préfrontales, liée à ces atteintes des substances grise et blanche. Or ces structures cérébrales jouent un rôle très important dans les processus d'apprentissage, de mémorisation et dans les fonctions exécutives, c'est-à-dire les capacités à juger, planifier et inhiber un comportement. Outre ces atteintes neurophysiologiques, le binge drinking est responsable d'activités

cérébrales anormales, notamment dans les régions occipitales, hippocampiques, frontales et préfrontales. Il entraîne aussi des anomalies de connectivité entre des structures corticales et limbiques impliquées dans l'addiction. C'est ce qu'ont révélé des études d'imagerie cérébrale mentales chez des binge drinkers au moyen de l'IRM à fonctionnelle ou de l'enregistrement des potentiels évoqués.

Mais les atteintes spécifiques dues au binge drinking, par rapport à celles causées par d'autres formes de consommation d'alcool, restent encore à déterminer avec plus de précision.

Malgré ces données alarmantes, la pression sociale dans le milieu étudiant prévaut sur l'influence parentale, si bien que le binge drinking se maintient comme un rite d'appartenance et de reconnaissance. Il se généralise en France, entraînant les filles à consommer autant que les garçons et à adopter des pratiques toujours plus extrêmes. Comme l'a montré notre étude AlcoBinge menée au sein d'une population d'étudiants français, les principales motivations qui poussent les jeunes au binge drinking sont la socialisation et la volonté d'appartenir au groupe : y renoncer équivaut à perdre son statut et son réseau social. Néanmoins, le plus souvent, les jeunes connaissent mal les risques auxquels ils s'exposent, ou du moins ils les sous-estiment. C'est pourquoi il est urgent d'informer la population sur les dangers de cette pratique et de mettre en place des actions de prévention\*

**LA Recherche**

## Annexe 2 : D'après Drogues, chiffres clés, 5<sup>ème</sup> édition, juin 2013, Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies, (OFDT)

Evolution de l'expérimentation de cannabis, cocaïne, tabac et ivresse alcoolique entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans (%)

	2000	2002	2003	2005	2008	2011	Tendance 2008-2011
Cannabis	45,6	50,2	50,3	49,4	42,2	41,5	→
Cocaïne	0,9	1,6	1,6	2,5	3,3	3	↘
Ivresse	56,4	56,1	55	56,6	59,8	58,5	↘
Tabac	77,6	77,2	77	72,2	70,7	68,4	↘

Evolution de l'usage régulier de cannabis, alcool et tabac entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans (%)

	2000	2002	2003	2005	2008	2011	Tendance 2008-2011
Cannabis	10,0	12,3	10,6	10,8	7,3	6,5	↘
Alcool	10,9	12,6	14,5	12	8,9	10,5	↗
Tabac	41,1	39,5	37,6	33	28,9	31,5	↗

Pour ces deux tableaux, les flèches orientées vers le haut ou vers le bas indiquent des évolutions significatives au seuil 0,05.

### Alcool : les chiffres clés

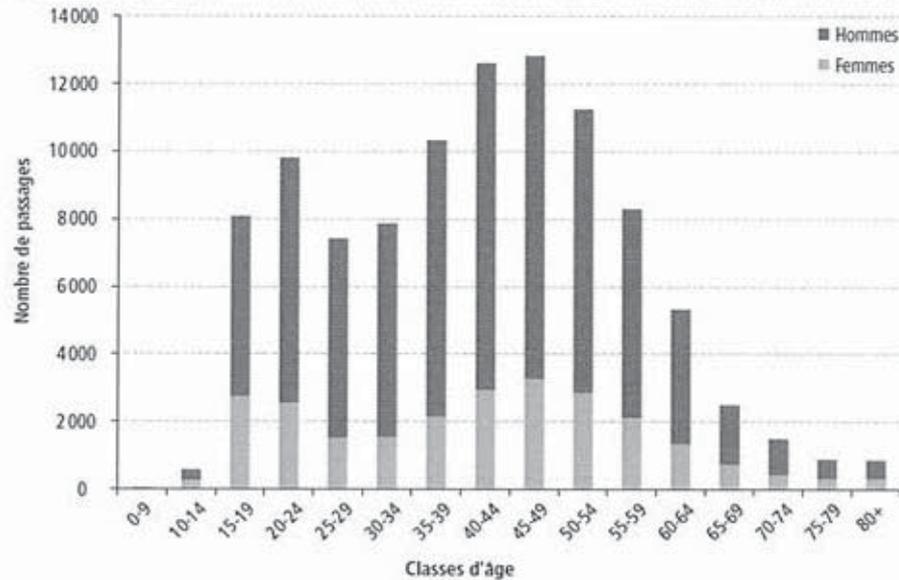
12 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus	<p><b>Ventes d'alcool (2011)</b></p> <p>Cette quantité équivaut à une moyenne d'un peu plus de 2,5 verres d'alcool par jour et par habitant de plus de 15 ans. Elle est en nette diminution depuis le début des années 1960, en raison surtout de la baisse de la consommation de vin. Les ventes sont depuis 2005 toujours orientées à la baisse, bien qu'à un rythme assez lent. Leur niveau est stable entre 2010 et 2011. La France reste cependant un des pays les plus consommateurs au monde. Elle se classait en 2008 dans une position moyenne relativement aux pays de l'Union européenne.</p>
5,97 milliards d'euros de recettes fiscales sur les boissons alcoolisées	<p><b>Droits indirects sur l'alcool (2011)</b></p> <p>Les recettes sur les boissons alcoolisées sont proportionnelles aux volumes mis en vente sur le marché intérieur. Leur montant perçu en 2011, 3,24milliards d'euros provient à 82% de la taxation des spiritueux, à 11% de la bière et à 4% du vin. En incluant la TVA sur les boissons alcoolisées (2,73 milliards), le total des recettes fiscales sur l'alcool avoisine les 6 milliards en 2011</p>
16,7 milliards d'euros de dépenses en boissons alcoolisées 11,4 milliards d'euros de boissons alcoolisées exportées	<p><b>Achats d'alcool et exportations (2011)</b></p> <p>Les Français ont dépensé 16,7 milliards d'euros en 2011 pour leurs achats de boissons alcoolisées, dont 56 % en vins, 32 % en spiritueux et 10 % en bières. Les exportations représentent 11,4 milliards d'euros en 2011 : 63 % de vins, 35 % de spiritueux et 2 % de bières. Le montant des importations est de 2,4 milliards d'euros (50 % spiritueux, 25 % vins, 19 % bières, 6 % autres alcools)</p>
10,5 % de consommateurs réguliers chez les jeunes de 17 ans et 19,9 % parmi les adultes	<p><b>Consommation régulière (2010, 2011)</b></p> <p>La proportion d'adolescents de 17 ans (10,5 %) déclarant une consommation régulière d'alcool (10 fois dans le mois) en 2011 est en hausse par rapport à 2008 (8,9 %), après une période de baisse discontinuée entamée en 2003. La consommation reste plus importante parmi les garçons (15,2 % vs 5,6% parmi les filles). En 2011, les jeunes Français âgés de 15-16 ans se situaient au 3e rang européen du point de vue de leur usage d'alcool dans le mois. En 2010, l'usage régulier de boissons alcoolisées concerne 19,9 % des adultes de 18 à 75 ans (29,5 % des hommes et 10,6 % des femmes)</p>

<p>Ivresses répétées pour <b>27,8 %</b> des jeunes de 17 ans Plus de un jeune de 17 ans sur deux (<b>53,2%</b>) déclare une API au cours du mois écoulé <b>8,0 %</b> des adultes de 18 à 75 ans déclarent des ivresses répétées</p>	<p><b>Ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes (API) (2010, 2011)</b></p> <p>Le pourcentage de jeunes de 17 ans ayant été ivres au moins trois fois dans l'année (ivresse répétée), stable entre 2005 et 2008, a nettement augmenté (de 25,6 % à 27,8 %) depuis 2008. La tendance est identique pour les ivresses régulières (10 fois ou plus dans l'année), dont la proportion croît de 8,6% à 10,5 %. En 2011, comparativement aux autres Européens, les jeunes Français âgés de 15-16 ans se situent dans la moyenne du point de vue de l'ivresse au cours des 12 derniers mois (15<sup>e</sup> position sur 35 pays). Concernant les alcoolisations ponctuelles importantes (cinq verres en une même occasion), 53,2% des jeunes de 17 ans déclarent ce comportement au cours du mois écoulé en 2011, contre 48,7% en 2008. Les jeunes Français de 15-16 ans se situent au 12<sup>e</sup> rang européen (sur 33 pays) pour l'API au cours du mois écoulé en 2011. À l'âge adulte, les épisodes d'ivresse sont nettement moins fréquents. En 2010, les ivresses répétées (3 ivresses ou plus dans l'année) concernaient 8,0 % des 18-75 ans, les hommes étant quatre fois plus nombreux que les femmes (12,9 % vs 3,3 %). Chez les 18 -75 ans, en 2010, 36,7% ont déclaré avoir bu au moins 6 verres en une seule occasion au cours du mois écoulé.</p>
<p>Pour <b>11 %</b> des 15-75 ans, l'alcool est dangereux dès son expérimentation</p>	<p><b>Opinions (2013)</b></p> <p>Entre 1999 et 2013, la proportion des 15-75 ans considérant sa consommation nocive dès l'expérimentation est passée de 6 % à 11 %.</p>
<p><b>133 000</b> consommateurs vus dans les centres spécialisés</p>	<p><b>Soins (2009, 2011)</b></p> <p>Ces 133 000 personnes ayant un problème avec l'alcool viennent consulter en ambulatoire dans les CSAPA [44], mais des usagers en difficulté sont également vus dans les hôpitaux ou en médecine de ville. Les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré plus de 147 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool en 2011 (139 200 en 2010). Les deux tiers sont liés à des intoxications aiguës (ivresses) et sont de très courte durée. Il faut également ajouter pour 2011 environ 48 800 séjours pour sevrage à l'alcool (44 300 en 2010). En incluant les séjours liés à l'alcool en diagnostic associé, 470 000 hospitalisations mentionnant un problème d'alcool ont été recensées en 2011, dont 280 000 pour des troubles liés à la dépendance [45]. Ces dernières ont concerné 180 000 patients. Ces statistiques hospitalières ne permettent pas, en revanche, d'enregistrer les personnes suivies en ambulatoire à l'hôpital. Les médecins de ville voient quant à eux environ 50 000 patients en une semaine pour un sevrage (2009).</p>
<p><b>49 000</b> décès par an attribuables à l'alcool</p>	<p><b>Mortalité (2009)</b></p> <p>Ce nombre a été actualisé à partir des dernières données disponibles en 2009 sur la mortalité et sur l'augmentation des risques d'être touché par certaines pathologies (cancers, cirrhoses) suivant les quantités d'alcool consommées. L'augmentation relativement aux données antérieures correspond à la réévaluation du rôle de l'alcool dans certaines pathologies et non à une évolution de la mortalité liée à l'alcool, qui tend à baisser. Le nombre de décès suite à un accident de la route lié à l'alcool a été évalué à 1400 pour les années 2007-2008. Pour un conducteur avec une alcoolémie non nulle, le risque d'être responsable d'un accident mortel de la circulation est multiplié par 8,5</p>
<p><b>150 556</b> condamnations pour conduite en état alcoolique</p>	<p><b>Condamnations (2011)</b></p> <p>Il s'agit de l'ensemble des peines et compositions pénales prononcées pour conduite en état alcoolique ; parmi elles, 2 348 ont été accompagnées d'atteintes involontaires à la personne (1 828 blessures involontaires par un conducteur en état alcoolique et 183 pour homicide involontaire). Ce contentieux dans les condamnations représente 24 % des condamnations pour délit, reflétant la réponse donnée par l'institution judiciaire à l'action de dépistage réalisée par la police et la gendarmerie. En 2011, près de 11,2 millions de contrôles de l'imprégnation alcoolique ont été effectués (à titre préventif dans plus de 80 % des cas) : 3,5 % de ces contrôles d'alcoolémie se sont révélés positifs</p>



Extraits «bulletin épidémiologique hebdomadaire INVS mai 2013» (fig.1,2,3)  
 et extraits «questions d'économie de la santé IRDES n°192 novembre 2013» (fig.4,5,6)

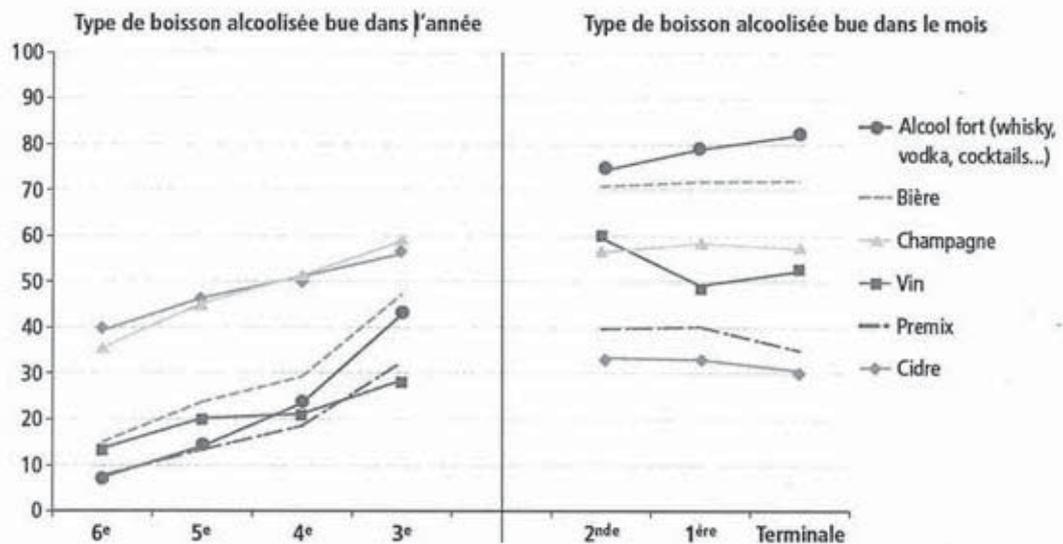
Figure 1 Répartition par âge et sexe des patients ayant eu recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France, en 2011 / *Figure 1 Distribution by age and sex of patients admitted in emergency units for acute alcohol intoxication in France, in 2011*



Source : Oscour® 2011.

Figure 1 : répartition par âge et sexe des patients ayant eu recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France, en 2011.

Figure 2 Types de boissons alcoolisées bues par les adolescents en France, selon la classe / *Figure 2 Alcohol beverages drunk by teenagers in France, by grade*

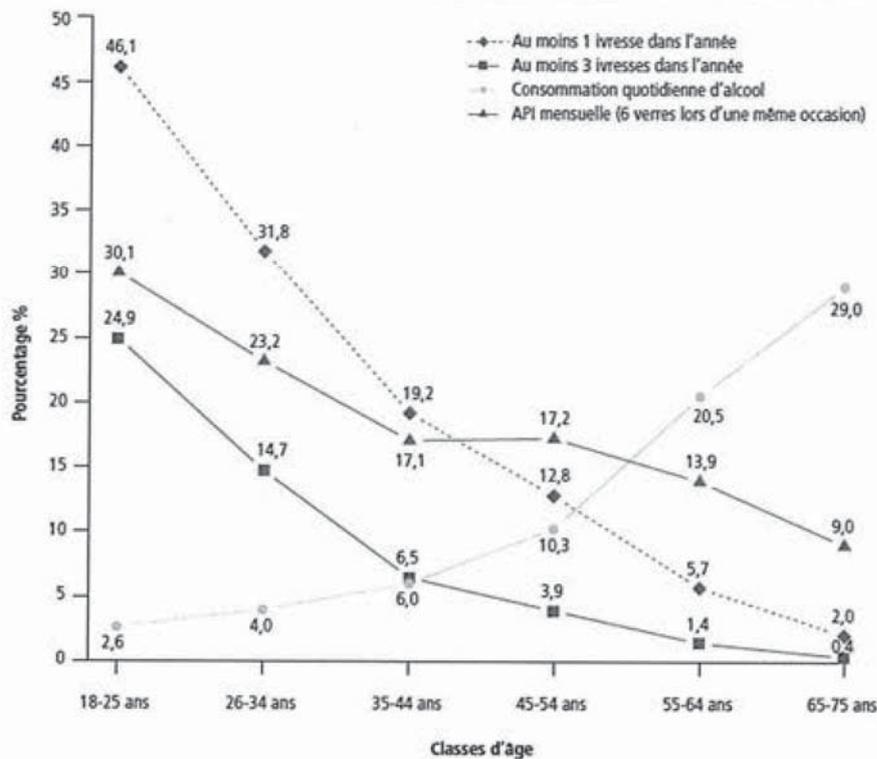


Sources : HBSC 2010 ; Espad 2011 – OFDT – Inserm

Figure 2 : Types de boissons alcoolisées bues par les adolescents en France, selon la classe

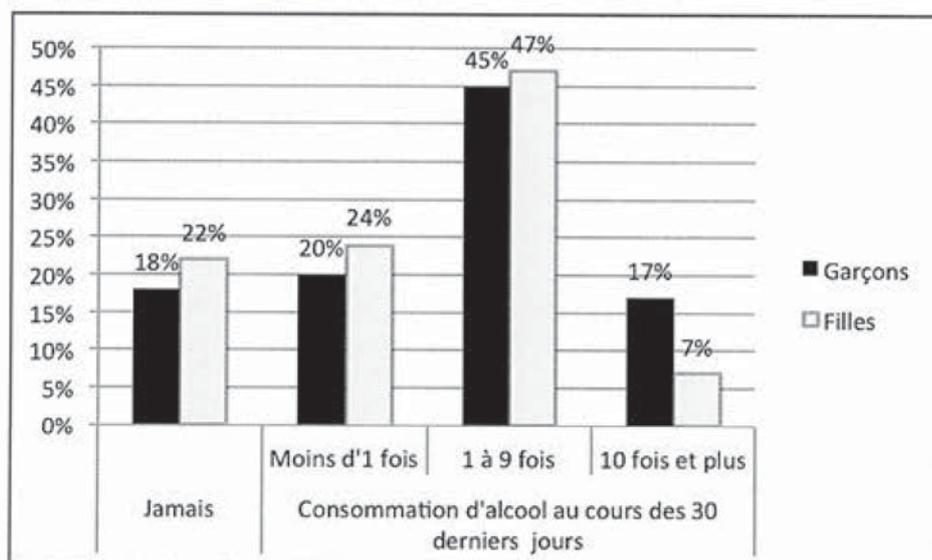
Extraits «bulletin épidémiologique hebdomadaire INVS mai 2013» (fig.1,2,3)  
 et extraits «questions d'économie de la santé IRDES n°192 novembre 2013» (fig.4,5,6)

**Figure** Évolution des ivresses, de la consommation quotidienne d'alcool et des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API) selon l'âge, France, 2010 / *Figure 1 Drunkenness, daily alcohol consumption and API (having had 6 or more drinks on one occasion) in 2010, according to age, France, 2010*



Source : Baromètre santé 2010, Inpes

**Figure 3 :** Evolution des ivresses, de la consommation quotidienne d'alcool et d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API) selon l'âge en France, 2010



**Figure 4 :** Répartition des jeunes de 13 à 24 ans selon leur fréquence de consommation d'alcool (Enquête IREB 2007)

Extraits «bulletin épidémiologique hebdomadaire INVS mai 2013» (fig.1,2,3)  
 et extraits «questions d'économie de la santé IRDES n°192 novembre 2013» (fig.4,5,6)

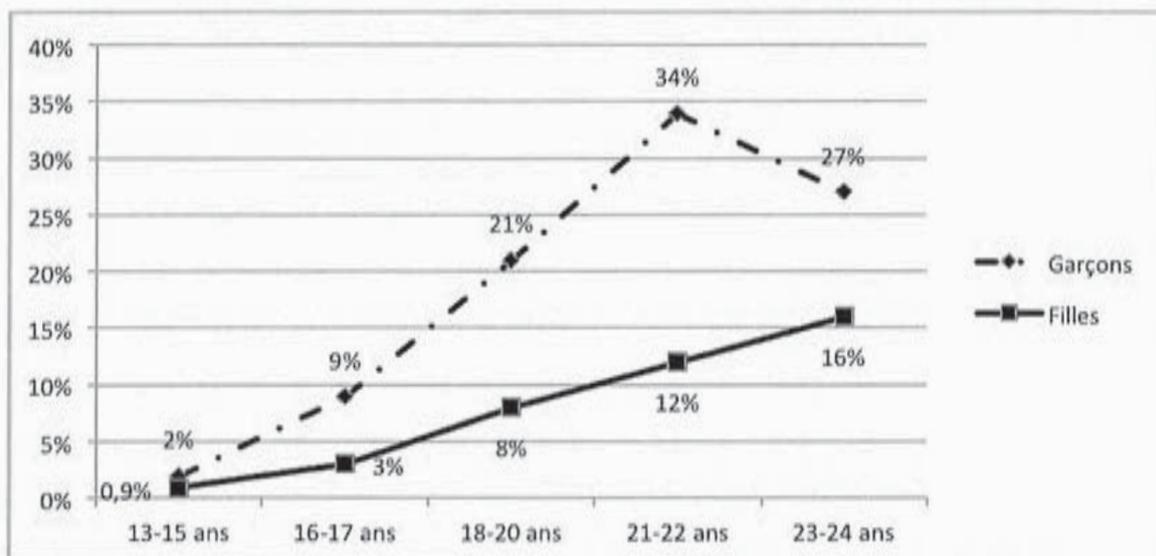


Figure 5 : Consommation d'alcool 10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours selon l'âge et le sexe (Enquête IREB 2007)

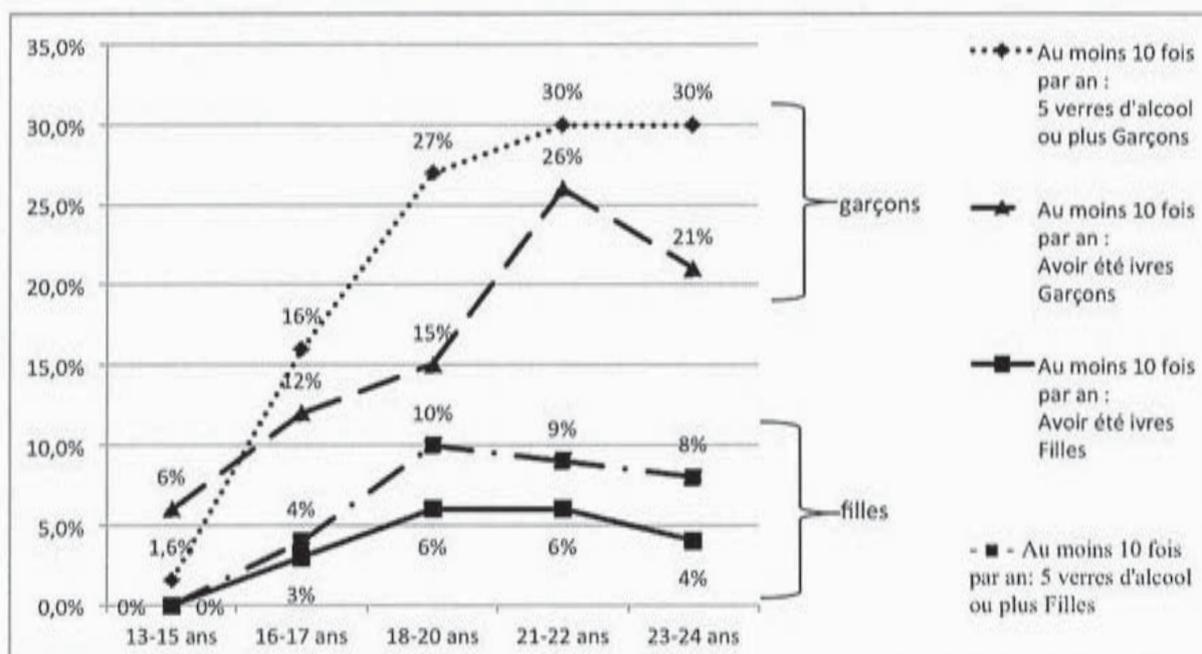


Figure 6 : Prévalences des consommations d'alcool ponctuelles importantes ( $\geq 5$  verres en une occasion) et des ivresses fréquentes déclarées au cours des douze derniers mois chez les jeunes (Enquête IREB 2007)

## Annexe 4

Extraits de Défis et prises de risque : du « *Binge Drinking* » à la « *Necknomination* », David Mourgues, anthropologue Toulouse, *La santé en action*, septembre 2014 INPES

[...]

### « *Necknomination* » de l'anglais « *to neck a drink* » (boire cul sec)

Cette pratique observée, en France, à partir des années 2010 consiste à se filmer en consommant de l'alcool, puis publier ensuite la vidéo sur Internet via les réseaux sociaux (*Facebook* en particulier) et désigner (*nomination*) deux ou trois autres personnes afin qu'elles fassent de même, sous la forme d'un « défi », pour consommer de l'alcool en quantité importante. Les jeunes peuvent s'exposer à des risques importants par une consommation excessive. Actuellement, les défis via les réseaux sociaux sont en développement, du plus futile à celui qui peut être risqué, entre jeu idiot et conduite à risques. Là encore, ce n'est pas nouveau : la série *Jackass* diffusée entre 2000 et 2002 sur MTV aux Etats-Unis en avait fait le cœur de son programme. Avec Internet, c'est le média qui change. Il est classique que les garçons se lancent des défis pour boire de l'alcool dans une soirée, une fête, voire à l'initiative des aînés dans certains contextes professionnels, quand boire et reprendre le travail contribuent à la construction de la virilité. La réponse au défi par le groupe de pairs, le réseau amical, devient prépondérante dans un lien virtuel sur le web qui trouve à se concrétiser : si tu es vraiment mon ami, fais-le. L'épreuve devient la preuve. Mondialisation des modes de consommation et des modes de vie, mais aussi des usages de substances psychoactives à travers l'ubiquité offerte par le web. Le défi à boire peut alors se dérouler partout, y compris dans la solitude de l'espace privé.[...]

### Façons de faire : les garçons et les filles

À 17 ans, 59 % des garçons et des filles ont déjà connu l'ivresse. Les alcoolisations ponctuelles importantes concernent plus les garçons que les filles (59 % contre 46 %). Les garçons sont davantage consommateurs de boissons alcoolisées que les filles, notamment dans les comportements d'excès ; cependant, les écarts se resserrent

dans une société qui prône l'égalité. Au titre de l'émancipation, les filles revendiquent des usages en miroir des garçons, et ce d'autant plus en fonction de leur position sociale. Lorsqu'ils occupent des positions plus favorables, les garçons tendent à adopter des comportements d'usages plus raisonnables, tandis qu'à l'inverse, les filles ont tendance à « masculiniser » leurs comportements. Mais le socle des comportements évolue peu : les garçons veulent être les meilleurs et les filles veulent être uniques. Les garçons sont donc plus enclins à se lancer des défis, prendre des risques « vers le monde » (risque routier, bagarre, braver les hauteurs etc.) quand les filles prennent des risques vers elles-mêmes (anorexie, boulimie, scarifications, etc.)

### « Faire la fête » : des fonctions sociales

La fête constitue un contexte d'inversion et de transgression, fondé sur la recherche de l'intensité et du plaisir, une rupture avec l'ordre du quotidien qui favorise les usages de substances psychoactives en particulier pour « faire sa jeunesse ». La fête constitue le temps propice pour « marquer un passage » vers l'indépendance, la socialisation, tester ses limites et les limites du social, expérimenter la nuit, la sexualité, mais aussi réguler les tensions sociales et les angoisses. Un temps de désordre, de « charivari » dans lequel l'usage d'alcool et le système des tournées que chacun « remet » constituent la concrétisation d'une réciprocité de l'échange (don et contre don), acte fondateur des sociétés humaines. L'excès devient la norme, comme rupture avec l'enfance, un procédé de déliaison vis-à-vis de la famille pour aller vers les autres, l'autre sexe (ou pas) vers un « lien social sexuel ». Les usages de substances psychoactives deviennent ainsi des médiateurs : inviter à prendre un verre symbolise plus que le fait de boire de l'alcool, de même pour une invitation à « prendre un dernier verre ». L'alcoolisation des jeunes repose sur une quête du plaisir, de l'ivresse, tandis que la recherche de la « défonce » est

plus rare. En revanche, les poly-consommations de différentes substances tendent à se banaliser en fonction des contextes festifs et de leurs spécificités.

### Prévenir et réduire les risques

Comme pour toute substance psychoactive, les usages favorisent des risques : coma éthylique, accidents, rapports sexuels non protégés, non désirés, déshydratation, violences, dépendance, etc. Il y aura toujours des risques, des substances, des usages, mais il s'agit de donner des repères crédibles pour prévenir et réduire les risques, renforcer les compétences psychosociales des jeunes. Donner à chacun les moyens et la capacité de réduire les risques pour continuer à « bien faire la fête » par des interventions en milieu festif (intervenants, matériels, informations), des actions et des informations plus ciblées (jeunes, filles/garçons, contextes, etc.), avec une adaptation pour le web et les smartphones. Il s'agit aussi d'impliquer, de former et de soutenir les adultes au contact des jeunes (personnels et enseignants, maîtres d'apprentissage, acteurs de l'entreprise, professionnels de la nuit, etc.) ainsi que les parents. Sans oublier, les élus des territoires urbains, péri-urbains et ruraux. Il s'agit de rendre possible et opportun, tant pour les jeunes que pour les adultes, de parler des usages de substances psychoactives afin de développer une culture de prévention et de réduction des risques qui ne soit pas de simples pièces rapportées au processus éducatif mais intégrées à celui-ci. Depuis toujours, c'est la culture qui augmente notre humanité. [...]

**Annexe 5 : Effets cérébraux du Binge drinking : l'éclairage des neurosciences**, Pierre Maurage, extrait du focus n°16 (4<sup>ème</sup> trimestre 2013) IREB (Institut de Recherches scientifiques sur les Boissons)

## **EFFETS CÉRÉBRAUX DU BINGE DRINKING : L'ÉCLAIRAGE DES NEUROSCIENCES**

Pierre MAURAGE

Chercheur au FNRS (Fonds National de la Recherche Scientifique, Belgique), professeur à l'UCL (Université Catholique de Louvain, Belgique)

**IL EST INTÉRESSANT D'ÉTUDE** les effets cérébraux du *binge drinking* avec trois approches complémentaires : la neuropsychologie, l'électrophysiologie et la neuro-imagerie. Je conclusai par une synthèse des connaissances actuelles au sujet de cette thématique, en soulignant également les aspects encore inexplorés. La neuropsychologie a pour objet d'explorer l'intégrité des fonctions cognitives sur base d'épreuves comportementales. Depuis les années 80, nous savons que l'alcoolodépendance entraîne des déficits majeurs de haut niveau (attention, mémoire et fonctions exécutives). Cependant, seulement une vingtaine d'études sont à ce jour disponibles à ce sujet dans le *binge drinking*. Les résultats généraux de ces études montrent une préservation des capacités de base, notamment motrices (ex. des tâches de temps de réaction simple) et perceptives (ex. des tâches d'exploration visuelle).

A l'inverse, nous observons des déficits pour les fonctions de haut niveau : l'attention soutenue, la mémoire à court terme et à long terme, ainsi que les fonctions exécutives (par exemple : prise de décision, planification, flexibilité). En outre, les troubles d'inhibition constituent une composante centrale dans les addictions, puisque toutes les addictions sont marquées par une difficulté à inhiber et contrôler ses comportements de consommation. Des altérations de ces capacités d'inhibition ont été montrées dans le *binge drinking* sur la base de diverses tâches comportementales (ex. tâche de Stroop).

Pour résumer ces aspects neuropsychologiques, nous observons centralement des troubles des fonctions de haut niveau, en particulier pour la mémoire et les fonctions exécutives. Ces résultats sont en outre concordants avec l'hypothèse de continuité, qui postule que le *binge drinking* et l'alcoolodépendance constituent deux phases successives d'une même pathologie et non des phénomènes distincts. En effet, le *binge drinking* conduit à une altération

des mêmes fonctions cognitives que l'alcoolodépendance (bien qu'avec une intensité moindre), ce qui suggère que *binge drinking* et alcoolodépendance se distinguent au plan quantitatif (intensité des déficits) mais pas qualitatif (type de fonctions touchées).

Une deuxième manière d'explorer les conséquences cérébrales du *binge drinking* est d'utiliser l'électrophysiologie. Cette technique consiste à placer un casque avec des électrodes sur la tête du sujet et à enregistrer l'activité électrique produite par le cerveau. L'objectif est d'observer les pics d'intensité, qui correspondent à des étapes de traitements cognitifs et se distinguent par deux caractéristiques, à savoir d'une part, l'amplitude (qui correspond à l'intensité de l'activité cérébrale et donc au nombre de neurones activés) et d'autre part, la latence (qui correspond au moment d'apparition de cette activité). Deux types de déficits peuvent donc être identifiés : une amplitude réduite marquera une réduction de l'intensité du fonctionnement cérébral alors qu'une latence allongée indexera un ralentissement de ce fonctionnement.

Nous avons interrogé et enregistré des groupes d'étudiants de première année universitaire à deux moments, en début et en fin d'année académique. En début d'année, les deux groupes d'étudiants n'avaient jamais consommé d'alcool de façon régulière. En fin d'année, nous les interrogeons sur les boissons qu'ils ont consommées dans l'année et à quel niveau d'intensité, afin de les séparer en étudiants non-buveurs et *binge drinkers*. Lors de la première session, les *binge drinkers* et les "contrôles" ont une consommation basse, de l'ordre de deux doses par semaine. Lors de la seconde session, les "contrôles" ont continué à ne pas consommer alors que d'autres sont devenus *binge drinkers*. Ces derniers ont consommé en moyenne 35 doses par semaine durant les neuf mois académiques. Nous faisons des enregistrements aux sessions une et deux. Pratiquement aucune différence sur les ondes électro-physiologiques n'est observée entre les "contrôles" et les *binge drinkers*, ce qui était attendu puisque l'ensemble des étudiants n'avaient pas consommé d'alcool régulièrement à ce moment. A l'inverse, lors de la session deux, nous notons une réduction d'amplitude et un allongement de latence des ondes électro-physiologiques chez les *binge drinkers* par rapport aux "contrôles". Concrètement, cela signifie qu'après seulement neuf mois de *binge drinking*, le fonctionnement

cérébral est ralenti et réduit. Ces résultats ont été confirmés par d'autres études qui montrent aussi un ralentissement du fonctionnement cérébral après une période courte de *binge drinking*.

Nous avons réalisé une seconde étude afin de distinguer les effets, d'un côté, de la quantité globale d'alcool consommée et, de l'autre côté, des modes de consommation avec quatre groupes différents de buveurs. L'enseignement majeur de cette seconde étude est de montrer que les buveurs quotidiens (consommant 3 doses d'alcool par jour tous les jours) ont un fonctionnement cérébral préservé par rapport aux *binge drinkers* (consommant 10 doses d'alcool deux fois par semaine) qui ont un déficit cérébral fort avec, pourtant, une consommation globale quantitativement identique.

L'électrophysiologie donne cependant peu d'indices sur les zones cérébrales altérées. C'est ce que la neuro-imagerie peut explorer. Depuis une vingtaine d'années, des lésions, des pertes neuronales et une perte d'activité dans les zones frontales et temporales sont observées chez les alcool-dépendants. Sur le plan structurel, des études ont montré une réduction du volume cérébral dans les régions frontales et dans l'hippocampe chez les *binge drinkers*. Sur le plan fonctionnel, les *binge drinkers* semblent présenter une réduction d'activation cérébrale dans diverses tâches cognitives et émotionnelles. L'influence du genre est ici déterminante, puisque les effets cérébraux du *binge drinking* semblent plus marqués chez les filles que chez les garçons.

**En conclusion**, nous savons donc aujourd'hui que le *binge drinking* conduit à des altérations cognitives (mémoire, fonctions exécutives), électro-physiologiques (réduction ou ralentissement de l'activité), structurelles et fonctionnelles (anomalies dans l'anatomie et le fonctionnement cérébral, surtout en région frontale). Il reste toutefois de nombreuses questions car le champ d'investigation est jeune et en pleine expansion depuis seulement une dizaine d'années.

## **Annexe 6:**

### **Dispositifs d'équipes A.N.P.A.A. intervenant de nuit dans l'espace public.**

*Guide des veilleurs de soirée, A.N.P.A.A. 44*

Le phénomène d'hyper alcoolisation (ou binge drinking) prend de l'ampleur en France depuis quelques années, avec une réalité particulièrement marquée dans les villes où l'offre festive est celle d'une ville universitaire, dans les établissements, lors des soirées, notamment étudiantes, mais aussi lors des soirées privées chez les particuliers. Ce phénomène s'accompagne de prises de risques pour les jeunes liés à l'alcoolisation, accidents, violences, coma éthylique, « bad trip » mais aussi relations sexuelles non souhaitées, forcées ou non protégées.

Les dispositifs A.N.P.A.A., Noz'ambule à Rennes, Tendances Alternatives Festives (TAF) à Bordeaux ou encore Fêtons plus risquons moins à Toulouse s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé. Axé sur la responsabilisation des individus, du groupe et de tous les acteurs, ces actions supposent l'acquisition d'un climat de confiance avec les jeunes comme avec l'ensemble des acteurs de la nuit.

Il s'agit d'équipes de prévention et de réduction des risques qui interviennent au plus près des jeunes à travers :

- *Des actions de terrain. Constituée de professionnels et souvent de pairs (volontaires et bénévoles), l'équipe va à la rencontre des jeunes sur l'espace public par exemple les jeudis, vendredis, et samedis de 21h à 03h aux abords des lieux festifs mais également dans le cadre d'événements festifs, en journée ou en soirée, sous la forme de stand.*
- *Un travail en réseau avec les professionnels de la nuit, les professionnels de la santé et les étudiants.*

**Objectif général :** *Prévenir et réduire les risques liés à une hyperconsommation d'alcool et/ou d'autres produits.*

#### **Où ?**

- *Dans l'espace public, aux abords des lieux festifs.*
- *L'équipe se déplace à pied dans l'hyper centre, et en véhicule pour les trajets plus longs sur les lieux festifs.*

**Comment ?** *Une équipe mobile identifiée par des blousons, des badges et des sacs avec le logo de l'A.N.P.A.A. pour transporter le matériel de prévention.*

**Pourquoi ?** Aller à la rencontre de tous les jeunes de 13 à 25 ans présents sur l'espace public, qu'ils aient consommé ou non.

#### **Une démarche de prévention et de réduction des risques et des dommages :**

- *Prise de recul vis-à-vis de sa consommation,*
- *Valorisation du jeune et/ou du groupe,*
- *Responsabilisation,*
- *Rappel du cadre légal.*

#### **L'équipe assure :**

- *Une régulation et une médiation par une présence adulte en milieu festif avec une approche rassurante, sécurisante, non jugeant et non moralisatrice.*
- *Un signalement et une orientation potentielle en évaluant les situations et en préparant le relais pour les pompiers ou la police.*
- *Une veille sanitaire en remontant des informations clés sur les pratiques festives des jeunes.*

### **Appui sur un travail en réseau**

- Avec les jeunes : bureaux des élèves et associations d'étudiants, et les organisateurs de soirée.
- Avec les acteurs de la nuit : bars, discothèques, agents de sécurité, police, pompiers, brigade nocturne.
- Avec les professionnels de l'éducation : université, éducation nationale, établissements formant des professionnels de la santé et du social, structures d'accueil des jeunes.
- Avec les professionnels de la santé: CHU, services d'addictologie, mission santé publique de la ville, CSAPA.

### **Equipe en capacité...**

- De faire preuve de réactivité afin d'ajuster son mode d'intervention aux nouvelles pratiques festives tel que les apéros géants.
- De former des relais de prévention, à travers les bénévoles, les volontaires, les stagiaires et les futurs professionnels.
- De partager son savoir faire grâce à l'expertise qu'elle développe aussi bien pour la création de projets similaires que pour l'apport d'expérience lors de colloques sur la prévention.

### **Cadre éthique**

- **Disponibilité** : L'équipe va à la rencontre de tous les jeunes sur l'espace public sans distinction de sexe ou de quelconque signe d'appartenance.
- **Confidentialité** : le contenu des échanges avec les jeunes et le recueil des données est anonyme.
- **Anonymat** : l'équipe préserve l'anonymat des jeunes qu'elle rencontre.
- **Non jugement** : l'équipe ne juge les « dire » et les comportements des jeunes, quels qu'ils soient.
- **Libre adhésion** : à aucun moment l'équipe ne doit forcer l'échange avec un jeune ou un groupe de jeunes.
- **Egalité** : Dans chaque échange, l'équipe, tout en restant professionnelle, doit se considérer d'égal à égal avec les jeunes qu'ils rencontrent. Aucun membre de l'équipe ne doit être dans une démarche de « faire la morale » par rapport aux jeunes.

### **Moyens humains**

Par exemple : coordonnateur, infirmière, intervenante de prévention.

### **Matériel distribué**

Par exemple : éthylotests, brassards, préservatifs féminins/masculins et gel, outil d'autoévaluation de sa consommation, bouchons d'oreilles, eau, plaquettes d'information

**Financement possible du dispositif** : FIPD, ville, etc.

*Source : Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool, Commission des pratiques professionnelles septembre 2012, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie,*



L'A.N.P.A.A. est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique (décret du 5 février 1880) et agréée d'éducation populaire (arrêté du 6 mai 1974).

**Priorité 1 : Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation**

**Objectif 1.**

**Progresser dans la compréhension des conduites addictives.**

Les conduites addictives résultent de l'interaction entre de multiples facteurs biologiques, psychiques, familiaux, économiques, sociaux et environnementaux. Les interventions de prévention, de soins et de réduction des risques ne peuvent se développer efficacement sans s'enrichir de connaissances renouvelées.

L'effort de recherche et le partage des connaissances au niveau international est indispensable à la bonne adéquation de la réponse apportée aux comportements addictifs en évolution constante et rapide.

Adossée à des données scientifiquement validées, la réponse publique est non seulement plus efficace mais également plus légitime

**Objectif 2.**

**Soutenir la recherche sur les nouveaux traitements médicamenteux et les stratégies thérapeutiques innovantes.**

Evaluer l'efficacité des nouveaux traitements de la dépendance à l'alcool et aux autres substances psycho-actives.  
Mener des recherches sur la cigarette électronique.

**Objectif 3.**

**Faire de la recherche un outil d'aide à la décision**

La mise en place de politiques publiques fondées sur des preuves scientifiques implique d'améliorer l'interface entre les préoccupations des décideurs et les scientifiques. Les expertises, études ou évaluations susceptibles de produire des résultats directement utiles aux décisions publiques seront encouragées.

Mettre en place une plate-forme de transfert des connaissances sur le tabac.

Etudier l'implication de la consommation d'alcool et de stupéfiants dans les faits d'atteinte à l'intégrité physique.

Evaluer des programmes de prévention, des dispositifs expérimentaux et existants d'accompagnement, de soins et de réduction des risques ainsi que les parcours des usagers (Break the cycle, Quit kit, salle de consommation à moindre risque)

**Les actions**

Comprendre les effets des substances et des pratiques excessives à l'adolescence.

Evaluer l'impact des stratégies d'influence développées par les industries du tabac et de l'alcool sur les comportements.

**Quelques dispositifs évalués, à développer ou expérimenter**

- **RPIB** pour *Repérage précoce et intervention brève*, vise la réduction de la consommation excessive d'alcool. Le repérage précoce repose sur l'administration d'un questionnaire permettant aux professionnels de santé d'évaluer les consommations de leurs patients. L'évaluation de l'intervention brève montre qu'un simple conseil dispensé en quelques minutes peut réduire d'un tiers le nombre de buveurs excessifs.

**Priorité 2 :**

Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux (1/2)

**Objectif 1.**

**Empêcher, retarder, limiter les consommations des jeunes**

Les consommations des jeunes, en particulier à l'adolescence, comptent parmi les plus préoccupantes, surtout que jusqu'à 25 ans environ, le cerveau est en maturation. En outre, le lien est établi entre ces consommations et certains comportements à risque : rapports sexuels non protégés, violence envers les autres ou envers soi-même, conduite à risque d'un véhicule, par exemple. Or, l'autorégulation existe encore moins chez l'enfant et l'adolescent.

Pour faire face à ce problème, il convient de développer des stratégies validées, conformes aux recommandations internationales, tant en termes de prévention que de soins. A tous les niveaux d'intervention, la précocité est le garant de l'efficacité.

La prévention doit être mise en œuvre le plus précocement possible, dès la petite enfance, et s'inscrire dans le cadre d'une politique de promotion globale de la santé de l'enfant. Le rappel de l'interdit et des limites inhérents aux consommations doit être intégré et non isolé du discours sanitaire pour être compris. Enfin, le développement des compétences psychosociales des jeunes et de leurs parents est indispensable. Il faut aider les premiers à dire non, les seconds à ouvrir et maintenir le dialogue et à poser un cadre.

L'accompagnement doit être engagé le plus tôt possible. A cette fin, le repérage des conduites addictives des jeunes doit être rendu possible dans toutes les situations de leur vie quotidienne : en milieu scolaire, universitaire ou professionnel, mais également dans le cadre de leurs activités de loisirs, qu'elles soient sportives ou festives... Le repérage doit permettre une orientation vers les « Consultations jeunes consommateurs » dont les missions et la visibilité seront renforcées

**Les actions**

**Prévention**

- » Renforcer la qualité et l'efficacité des actions de prévention sur l'ensemble du territoire par l'organisateur d'un module de formation national, interministériel, à l'attention de l'ensemble des acteurs de prévention qui interviennent auprès des jeunes.
- » Développer le soutien à la parentalité par la mise en place d'un service grand public (ligne téléphonique dédiée) et le développement de dispositifs ciblés sur les familles en difficulté (voir programme PANJO page précédente, et *Consultations jeunes consommateurs*).
- » Déployer, sur les réseaux sociaux notamment, des campagnes de communication recourant aux codes d'expression auxquels adhèrent les jeunes, sans porter un discours hygiéniste ou moralisateur dont il est établi qu'il est contre-productif.

- » Encourager les programmes de prévention par les pairs en établissant des formations en finançant des initiatives innovantes en matière de lutte contre le tabagisme et les alcoolisations ponctuelles importantes (API).

**Accompagnement et soin**

- » Repérer les conduites addictives des jeunes par la formation des professionnels placés à leur contact.
- » Généraliser l'intervention précoce par la formation des personnels des Consultations jeunes consommateurs.
- » Mieux rembourser les produits de sevrage tabagique pour les jeunes adultes de 20 à 25 ans.
- » Proposer une palette de réponses adaptées aux comportements de consommation de cannabis des adolescents, du programme d'aide au sevrage en ligne à la thérapie familiale multidimensionnelle

**Priorité 2 :**

Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux (2/2)

**Objectif 2.**

**Améliorer le soin et l'accompagnement des femmes**

L'inégalité entre hommes et femmes est marquée en matière de conduites addictives. Les femmes courent un risque sanitaire (développement de certaines maladies) et social (violences intrafamiliales, prostitution) accru. Lors de la grossesse, la consommation de substances psychoactives peut affecter la santé de la femme enceinte et celle de son enfant. Usagères de produits stupéfiants ou dépendantes à l'alcool, elles renoncent parfois au soin du fait de la stigmatisation de leur consommation

**Les actions**

Renforcer le repérage et l'accompagnement des conduites addictives des femmes enceintes par la formation des sages-femmes et des professionnels de PMI.  
Améliorer l'information relative aux dangers de l'alcool et du tabac pendant la grossesse.  
Développer les dispositifs de soin et d'accompagnement des femmes avec enfant.  
Adapter le soin et l'accompagnement des femmes présentant des conduites addictives par l'identification, la diffusion et la valorisation des bonnes pratiques telles que la mise en place d'horaires réservés

**Objectif 3**

**Rapprocher les dispositifs des populations les plus éloignées**

Les personnes les plus éloignées des dispositifs peuvent l'être pour des raisons géographiques ou sociales. Or cet éloignement des dispositifs de prévention, de soins et de réduction des risques accroît leur vulnérabilité. Il convient donc de mettre en œuvre des mesures adaptées pour aller au devant de ceux qui ne demandent rien

**Objectif 4.**

**Prévenir dans le monde du travail**

Certains métiers ou milieux professionnels sont associés au développement de conduites addictives. A ce titre, il convient de faire du monde du travail un lieu de prévention et de repérage de ces dernières.

Développer les services en ligne d'accompagnement au sevrage du tabac et de réduction des dommages.  
Favoriser le développement des dispositifs mobiles, notamment en milieu rural et pour les usagers de drogue

Permettre aux entreprises de mettre en place, via leur règlement intérieur, des mesures de limitation de consommation des boissons alcoolisées par la modification du code du travail.  
Sensibiliser les professionnels des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) aux conduites addictives par la formation.  
Communiquer sur les conduites addictives en milieu professionnel

**Les Consultations jeunes consommateurs, au cœur de l'intervention précoce des jeunes**

Depuis 2005, les CJC accueillent les jeunes de moins de 25 ans qui consomment des substances psychoactives, ainsi que leurs familles. Ces consultations sont proposées par des professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes. Elles permettent d'effectuer un bilan des consommations, d'apporter information et conseils, d'aider en quelques séances à arrêter la consommation ou d'orienter, lorsque cela est nécessaire, vers des soins au long cours. Elles sont gratuites, anonymes, ouvertes aux jeunes et à leurs familles qui peuvent s'y présenter seuls ou séparément. Le plan prévoit de positionner les CJC comme structures pivot de la mise en œuvre de l'intervention précoce en :

- formant massivement les professionnels qui y exercent
- définissant et diffusant un référentiel de bonnes pratiques
- constituant une base en ligne d'expérience de partenariat avec le tissu institutionnel et associatif local (établissements scolaires, missions locales pour l'emploi, établissements et services de la protection judiciaire de la jeunesse...)



*Communiqué de presse*

*30 septembre 2013*

## ÉVALUATION DE L'INTERDICTION DE VENTE D'ALCOOL ET DE TABAC AUX MINEURS

*Une étude confiée par la Direction générale de la santé à l'OFDT pointe les faibles répercussions de la mesure en termes d'usage chez les adolescents et une application encore imparfaite de la part des débitants*

La loi portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009 a interdit la vente d'alcool et de tabac aux mineurs de moins de 18 ans. Afin d'appréhender l'application de cette interdiction, la Direction générale de la santé a confié en 2012 une évaluation à l'OFDT. Les résultats de différentes enquêtes, dont celles de consommation menées auprès des jeunes – ESCAPAD à 17 ans et ESPAD à 16 ans –, ont été mobilisés. Deux études ad hoc ont également été menées : l'une quantitative auprès des débitants d'alcool, l'autre qualitative auprès de mineurs. Enfin, une revue de la littérature a identifié dans les expériences étrangères les interventions les plus efficaces en ce domaine. Les résultats sont présentés dans la publication *Tendances* et un rapport accessibles sur le site de l'OFDT<sup>1</sup>. Les principaux éléments sont repris ici.

### ➤ Usages stables ou en hausse, accès aux produits toujours important

En 2011, deux ans après l'entrée en vigueur de la loi HPST, les usages de tabac et d'alcool n'ont pas reculé chez les jeunes de 16 et 17 ans. Les indicateurs – usage quotidien de tabac, usage régulier d'alcool, ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes – sont stables ou en légère augmentation. Par ailleurs, l'accès aux deux produits reste élevé pour les jeunes de 16 ans. Près d'un tiers des jeunes consommateurs d'alcool dans le mois (30 %) ont pu acheter de la bière ou des alcools forts tandis que plus de 9 jeunes fumeurs sur 10 (93 %) se sont procurés au moins une fois du tabac chez un buraliste.

### ➤ Une interdiction de vente imparfaitement appliquée et aisément contournée

Le respect de la mesure d'interdiction de vente de tabac et d'alcool a progressé mais demeure encore peu satisfaisant. En 2012 seuls 60 % des débitants d'alcool refusent systématiquement de vendre de l'alcool à un mineur contre 45 % en 2005. Pour le tabac, le chiffre est de 40 % en 2011, contre 25 % en 2006. Parmi les débitants d'alcool, un tiers déclarent ne jamais contrôler l'âge des jeunes clients. De leur côté, les mineurs interviewés en 2012 relatent le peu de difficulté qu'ils ont à contourner la loi, soit en recevant l'appui d'un tiers (ami et/ou personne majeure), soit en se rendant chez des débitants ne respectant pas la loi.

<sup>1</sup> Cristina Díaz Gómez, Aurélie Lermenier et Maitena Milhet, L'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux moins de 18 ans. *Tendances* n° 87, 2013. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcdta.pdf>  
Cristina Díaz Gómez, Aurélie Lermenier et Maitena Milhet, *Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs*, Saint-Denis, OFDT, 2013. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdda.pdf>

➤ **Principales conditions pour améliorer l'application de la loi**

Même si, en 2012, 9 Français sur 10 déclarent approuver les interdictions de vente aux mineurs, il paraît indispensable d'assortir ces mesures d'un véritable dispositif de contrôle afin de limiter l'accès réel à l'alcool et au tabac. Ces contrôles doivent être fréquents, réguliers et répartis sur l'ensemble du territoire. Il apparaît également essentiel d'accompagner les débitants en les formant concrètement au refus de vente à un mineur. Ces mesures doivent s'inscrire dans la durée en étant complétées par d'autres instruments, notamment les hausses de prix.

*Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives rendu public le 19 septembre 2013 prévoit des mesures de contrôle renforcées en associant les polices municipales aux contrôles et à la verbalisation relatifs à l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs et en intégrant l'alcool dans les plans de contrôle des préfets de département. Il indique par ailleurs que les débitants seront sensibilisés aux enjeux de santé publique et informés régulièrement sur les règles juridiques à l'occasion de leur formation. Il mentionne enfin des hausses de prix régulières de l'ensemble des produits du tabac<sup>2</sup>.*

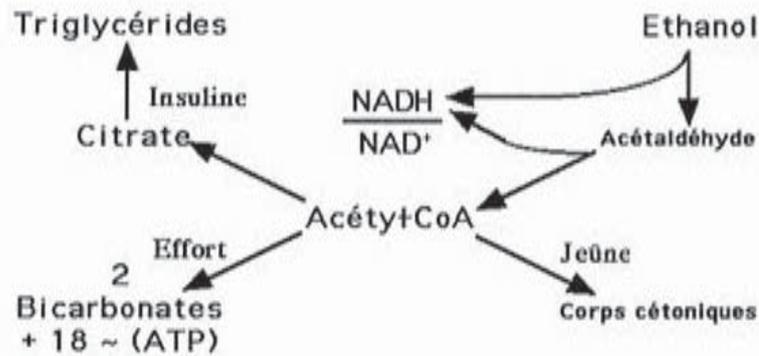
Contact presse : Julie-Emilie Adès - [com@ofdt.fr](mailto:com@ofdt.fr) - 01 41 62 77 46

---

<sup>2</sup> [http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user\\_upload/site-pro/03\\_plan\\_gouv/01\\_plan\\_gouv\\_2013-2017/pdf/plan\\_lutte\\_drogue\\_2013-2017\\_mildt\\_v2.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_lutte_drogue_2013-2017_mildt_v2.pdf)

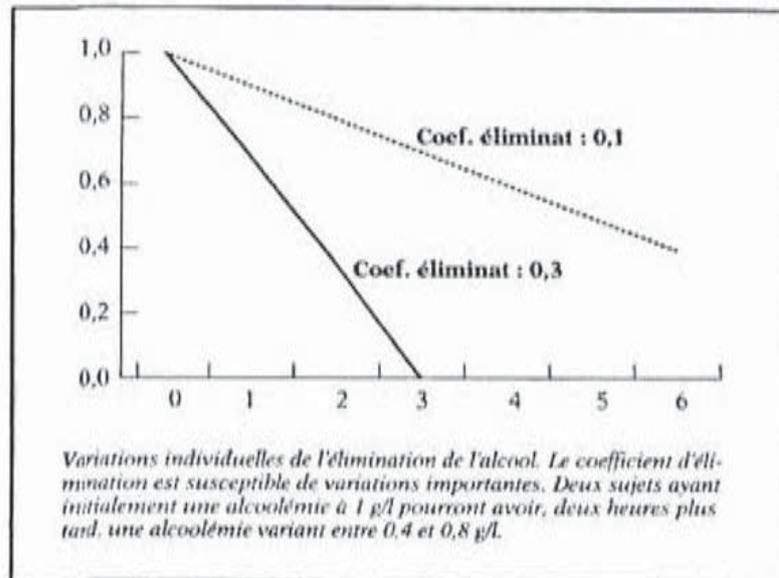
**Annexe 9 : Métabolisation et élimination de l'alcool, d'après A. Raisonnier, université Pierre et Marie Curie (Jussieu)**

**Document 1 : Métabolisme hépatique de l'éthanol**

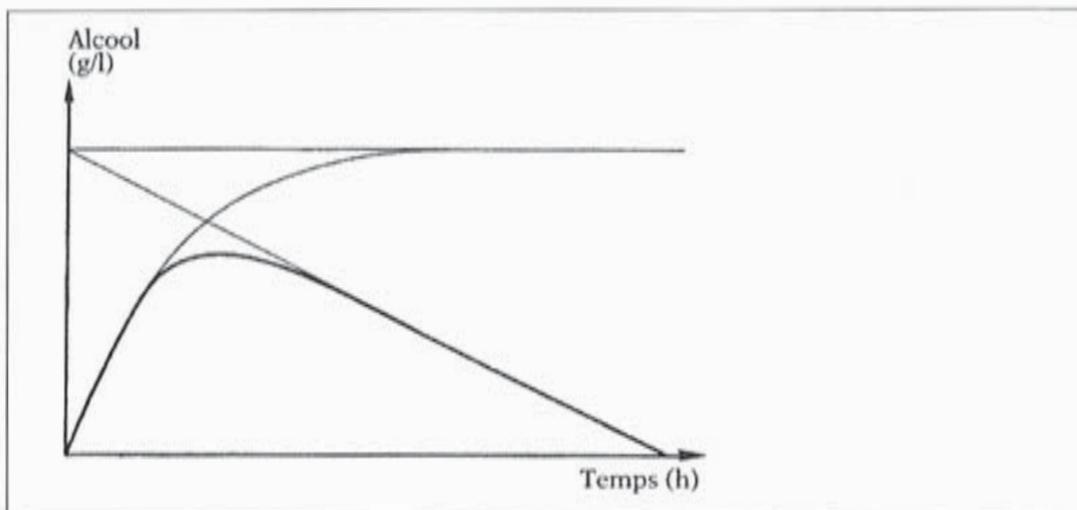


**Document 2 : Variations individuelles de l'élimination de l'alcool**

Variation de la vitesse d'élimination.



**Document 3 :** Etude des variations de l'alcoolémie dans le temps après une consommation unique d'alcool



**Document 4 :** Différence du taux d'alcoolémie en fonction du sexe et du poids des consommateurs

Cons	Femmes					Hommes				
	1 verre	2 verres	3 verres	4 verres	5 verres	1 verres	2 verres	3 verres	4 verres	5 verres
45 kg	0,2	0,5	0,8	1,0	1,3					
50 kg	0,2	0,5	0,7	0,9	1,2	0,2	0,4	0,5	0,8	1,0
60 kg	0,2	0,4	0,5	0,8	1,0	0,1	0,3	0,5	0,7	0,9
70 kg	0,1	0,3	0,5	0,7	0,9	0,1	0,3	0,5	0,6	0,8
80 kg	0,1	0,3	0,5	0,7	0,8	0,1	0,3	0,4	0,5	0,7
90 kg						0,1	0,2	0,4	0,5	0,6
100 kg						0,1	0,2	0,3	0,4	0,5

**Document 5 :** Les effets de l'alcool sur la vigilance chez un sujet non intoxiqué chronique.  
D'après Kiritze-Topor P., Benard J.-Y. Le malade alcoolique. Paris : Masson, coll. Consulter prescrire, 2001

De 0 à 0,15 g/l	Pas d'effet
De 0,15 à 0,3g/l	Début des troubles de la vision, troubles du sens de l'équilibre
De 0,3 à 0,5 g/l	Troubles visuels avec réduction de la vision des distances et du champ latéral
De 0,5 à 0,8 g/l	Diminution de l'attention et de la vigilance, perte du sens critique, surestimation de soi, agressivité
De 0,8 à 1,5 g/l	Début d'ivresse, chute de la vigilance, ralentissement des réactions complexes et augmentation des temps de réaction, manque de maîtrise de soi
De 1,5 à 3,0 g/l	Ivresse manifeste, diplopie, forte altération de la vigilance et de l'éveil Surestimation de ses propres aptitudes et sous estimation des risques, agressivité.
De 3,0 à 5,0 g/l	Incoordination psychomotrice, somnolence progressive
Au-delà de 5,0 g/l	Passage progressif au coma voire à la mort