

Abstract - Groupe n°44

Prévention de la consommation d'alcool chez les adolescents¹ à Mangalore

Clémentine Aubert, Bahia Diab, Joy Luster, Marie-Pauline Schäublin

Introduction

La consommation d'alcool des adolescents représente une préoccupation de santé publique reconnue par le gouvernement indien (1). La prévalence de ce phénomène a fortement augmenté ces dernières décennies tandis que les consommateurs sont toujours plus jeunes (1,2). L'adolescence est une période critique pour l'acquisition des comportements futurs de l'individu (1). Une consommation précoce augmente le risque de dépendance au cours de la vie (3) avec des répercussions familiales et socio-économiques importantes (1). Le coût social de l'alcoolisme est très élevé, or les ressources pour en assurer sa prévention sont limitées dans les pays à revenus intermédiaires tels que l'Inde (4,5). La littérature démontre une attention particulière pour les adultes dépendants, mais assez peu pour les personnes non-dépendantes consommant de l'alcool, qui représentent pourtant la majorité des consommateurs (3) et dont font partie les adolescents. Certaines études ont proposé des mesures de prévention primaire (3,4), mais peu d'articles ont fait ressortir des résultats. Ces mesures sont-elles vraiment appliquées et quelle est leur efficacité ?

Méthode

Les objectifs comprennent l'identification et la description des mesures de prévention de la consommation d'alcool par les adolescents à Mangalore, ainsi que le point de vue des professionnels impliqués auprès de ceux-ci. La présente étude est de type qualitative. Une revue de la littérature axée sur la situation en Inde a été effectuée et un entretien avec un chercheur du Service d'Alcoologie à Lausanne a permis de mettre en perspective la problématique avec la situation en Suisse. La faisabilité du projet a été validée par la commission d'éthique du Father Müller College of Medicine (Mangalore) ainsi que par les professionnels locaux du Département de Psychiatrie. 14 entretiens compréhensifs semi-directifs (6) ont été menés auprès d'un échantillon raisonné : 3 directeurs d'école (privée et publique), 2 psychiatres, 1 représentant des services de protection de l'enfance, 2 travailleurs sociaux, 1 officier de police, 3 étudiantes infirmières, 1 pédiatre et 1 infirmière en pédiatrie. Lors des entretiens, les rôles ont été répartis comme suit: deux intervieweurs et deux scribes. Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des personnes, afin d'en faciliter l'analyse. Dans une perspective compréhensive, le canevas d'entretien initial a été complété selon un processus itératif, permettant de vérifier ou contredire les propos recueillis précédemment. Après chaque entretien, un échange intersubjectif a permis de retranscrire les dires le plus fidèlement possible et de constituer un matériel fiable à analyser. Les données ont été catégorisées selon le modèle de Leininger (7). Finalement, une analyse de contenu, sur un mode inductif, a permis de construire des hypothèses de compréhension apportant quelques pistes de réponses à la question de recherche.

Résultats

Les résultats obtenus s'articulent autour de quatre axes de prévention : l'approche communautaire, les ressources médicales, les mesures éducationnelles et légales. Au sein de la **communauté** de Mangalore, des conseillers scolaires et des travailleurs sociaux s'engagent auprès des jeunes scolarisés. Les adolescents des rues bénéficient d'une «Child Helpline», ce qui traduit une inégalité d'accès aux mesures de terrain existantes en fonction du contexte socio-économique. Des organisations charitables d'obédience chrétiennes oeuvrent également dans la prise en charge des plus démunis.

Sur le plan **médical**, le psychiatre et le conseiller en santé mentale entourent l'adolescent dépendant. La prise en charge de ce dernier est limitée au domaine psychiatrique. Le service de pédiatrie n'intervient pas dans la prévention et la prise en charge des adolescents alcoolisés. Ces derniers sont directement référés à des centres de désintoxication si une dépendance est avérée. L'hospitalisation, qui dure 21 jours, est à la charge du patient. Toutefois, très peu de mineurs acceptent de se faire aider.

Selon tous les intervenants, l'**éducation** est centrale dans la prévention primaire. Des cours « Life Skills », dans le cadre de programmes de prévention scolaire sont dispensés aux adolescents. Les enseignants sont sensibilisés aux abus de substance des élèves et formés à les détecter. Cependant, le pilier majeur de l'éducation reste la famille. Elle est une figure d'exemple pour l'adolescent et se retrouve ainsi un facteur protecteur comme un facteur de risque pour la consommation d'alcool. L'hétérogénéité socio-culturelle,

¹ Selon l'OMS, l'adolescence comprend la tranche d'âge 10-19 ans.

religieuse et économique des familles de Mangalore est à la source de disparités d'accès aux mesures de prévention.

Le contexte **légal** comprend des mesures structurelles et juridiques telles que : taxes sur l'alcool, messages dissuasifs sur les bouteilles et vente d'alcool interdite aux mineurs. A Mangalore, une réglementation contraint à une distance minimale de 100 mètres entre bars et écoles. Ces lois ne sont que partiellement respectées, ce qui facilite l'accessibilité de l'alcool.

Les limites majeures de la prévention ressortant de notre étude sont le manque de professionnels spécialisés et leur rôle peu délimité, rendant la coordination de leurs actions difficile. Les ressources sont davantage consacrées aux complications de l'alcoolisation au détriment de sa prévention. De plus, l'intérêt général, à Mangalore, se porte prioritairement sur les substances illicites telles que le cannabis.

Discussion

L'enquête de terrain démontre que de nombreux facteurs font barrière à la prévention et limitent son efficacité. La prévention de la consommation d'alcool n'est pas une priorité pour les politiques, malgré l'importance du phénomène d'alcoolisation chez l'adolescent, particulièrement dans l'état du Karnataka (1).

La littérature relève un manque de recherches concernant le suivi et l'efficacité des nombreuses mesures de prévention supposées être mises en place (2,3,4,8). Globalement, la situation économique du pays pourrait expliquer le manque de ressources dédiées à la prévention de la consommation d'alcool. Une justification possible à ces lacunes serait la part importante de ressources (humaines, financières et en matière de recherche) allouée aux maladies transmissibles (5). La famille est l'élément-clé dans la prévention de la consommation d'alcool chez les adolescents et leur prise en charge (2,4,8). Or, l'hétérogénéité socio-économique, culturelle et religieuse des familles ne permet pas toujours une prévention adaptée et module l'accès aux soins. Par exemple, la consommation d'alcool dans les familles aisées symbolise le prestige social (2), et le caractère néfaste de l'alcool est négligé alors que les familles plus démunies boivent de l'alcool pour se détendre, car ils ont souvent un travail laborieux. Ces deux illustrations montrent des modèles divers d'alcoolisation ainsi qu'une difficulté à mettre en place une prévention adaptée aux différents «patterns» de consommation. Par ailleurs, la stigmatisation sociale et la fierté restent des obstacles majeurs à la prévention et retardent l'accès aux soins ; les familles préférant souvent traiter seules le problème (8). Une solution serait de mieux sensibiliser ces dernières à la problématique afin de réduire la stigmatisation des adolescents ayant un problème d'alcool.

L'adolescence est une période d'expérimentation où l'individu est curieux et facilement influencé par ses pairs. Plusieurs intervenants ainsi que la littérature avancent ces éléments comme causes d'alcoolisation à cet âge-là (8). Mangalore est une ville estudiantine, et bon nombre de jeunes y vivent sans leurs parents. L'augmentation de liberté est corrélée au début de la consommation d'alcool. De manière générale, les adolescents répondent mal aux mesures de prévention qui impliquent leur volonté et participation active. Etant donné que l'accessibilité de l'alcool a été mainte fois évoquée, une solution serait de la réduire en renforçant les mesures structurelles. De plus, un meilleur ciblage en fonction de la diversité des communautés de Mangalore pourrait accroître l'efficacité de la prévention.

Références

1. National Commission for Protection of Child Rights. Assessment of pattern, profile and correlates of substance use among children in India. 2013 [cité le 20 juin 2018]. Disponible : http://www.ncpcr.gov.in/view_file.php?fid=17
2. Park K. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine. 24th ed. Jabalpur: Bhanot; 2017. p.555-875.
3. Narayana M, Sahoo S, Christoday RJ, Pratima M, Mohan K. Prevention of Alcohol Dependence : Strategies for Selective, Indicated, and Universal Prevention. Substance Abuse. 2011; 32(3): 135-42.
4. Sood M, Chadda RK, Kallivayalil RA. Primary prevention in psychiatry in general hospitals in South Asia. Indian J Psychiatry. 2017; 59: 510-4.
5. Benegal V, Velayudhan A, Jain S. Social Costs of Alcoholism: A Karnataka Perspective. NIMHANS J. 2000; (18) (1&2) : 1-12.
6. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 2^e éd. Paris: Armand Colin; 2007.
7. Leininger M, McFarland MR, Marylin R. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
8. Sunder L, Adarsh, Pankaj. Textbook of Community Medicine: Preventive and Social Medicine. 4th ed. New Delhi: CBS publisher & distributors ; 2014. p.161-626.

Mots clés

Prévention; Alcool; Adolescents; Mangalore; Inde; Qualitatif.

Lausanne, le 2 juillet 2018

Ados alcoolisés, ados laissés de côté?

La prévention de la consommation d'alcool des adolescents à Mangalore

Clémentine Aubert, Bahia Diab, Joy Luster, Marie-Pauline Schäublin

Introduction ಪರಿಚಯ

L'augmentation de la consommation d'alcool par les adolescents est reconnue comme un problème de santé publique par le gouvernement indien (1). Le coût social de l'alcoolisme est très élevé, or les ressources pour en assurer la prévention sont limitées dans ce pays à revenu intermédiaire (2). La littérature recommande des mesures de prévention adressées aux adolescents (3). **Ces mesures sont-elles vraiment appliquées et quelle est leur efficacité?**

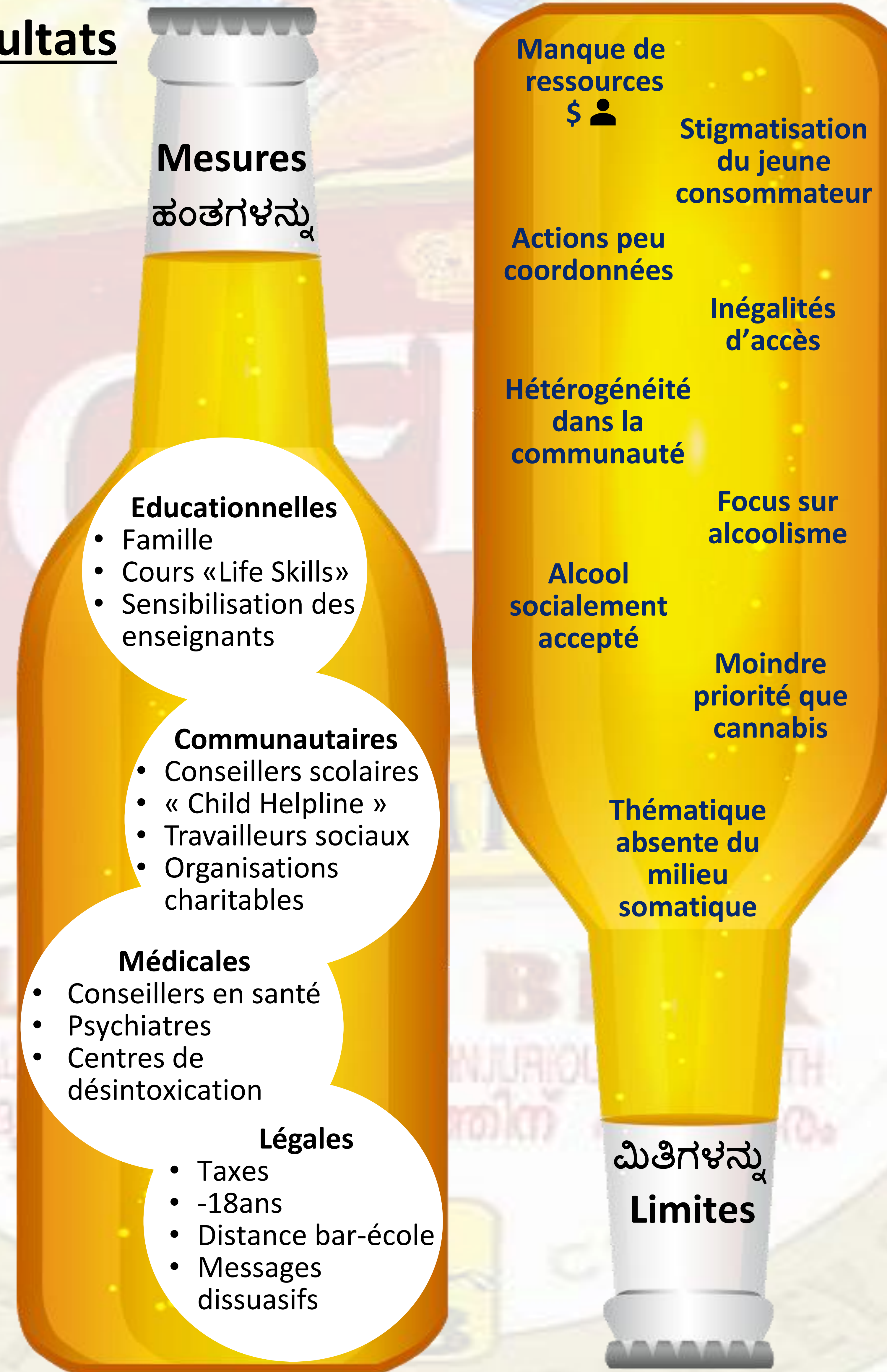
Objectifs ಗೋಲುಗಳನ್ನು

- Identification et description des mesures de prévention existantes
- Identification du point de vue des professionnels impliqués auprès des adolescents

Méthode ವಿಧಾನವನ್ನು

- Revue de littérature
- 14 entretiens semi-directifs réalisés auprès d'un échantillon raisonné :
 - 1 psychiatre
 - 1 psychiatre du centre de désintoxication
 - 3 directeurs d'écoles (privées et publiques)
 - 1 représentant des services de protection de l'enfance
 - 2 travailleurs sociaux
 - 3 étudiantes infirmières
 - 1 officier de police
 - 1 pédiatre
 - 1 infirmière en pédiatrie
- Catégorisation selon le modèle de Leininger
- Analyse de contenu inductive
- Présentation des résultats auprès du FMCN (Mangalore)

Résultats



ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

«The stigma is there, but denial is not.»

Travailleuse sociale en santé mentale

Discussion ಚರ್ಚೆಯು

Suite à une prise de conscience du phénomène par les politiques, des mesures de prévention ont été instaurées. Cependant, leur efficacité reste modeste en raison des nombreuses limites observées durant l'étude, auxquelles s'ajoute un effet de délai entre l'implémentation de mesures et leurs effets (4). Un **manque de coordination** et de supervision au niveau macro engendre des actions isolées. Il semble aussi que la prévention de la consommation d'alcool ne soit **pas une priorité** et que les ressources, déjà restreintes, soient principalement consacrées aux maladies transmissibles (2).

La **famille**, comme premier pilier de la prévention (3), mériterait d'être mieux sensibilisée à la problématique; une telle stratégie aurait aussi l'avantage de **réduire la stigmatisation** des adolescents ayant un problème d'alcool.

En conclusion, plusieurs mesures de prévention sont mises en place, mais elles n'atteignent pas les adolescents de manière égale dans une **société très hétérogène** (communautés religieuses - Hindous, Musulmans, Chrétiens, disparités socio-économiques majeures, différences culturelles). **Un meilleur ciblage en fonction de la diversité des communautés de Mangalore pourrait accroître l'efficacité de la prévention.**

Références ಉಲ್ಲೇಖಗಳು

- 1.National Commission for Protection of Child Rights. Assessment of pattern, profile and correlates of substance use among children in India. 2013 [cité le 20 juin 2018]. Disponible : http://www.ncpcr.gov.in/view_file.php?fid=17
- 2.Benegal V, Velayudhan A, Jain S. Social Costs of Alcoholism : A Karnataka Perspective. NIMHANS J. 2000; (18) (1&2) : 1-12.
- 3.Park K. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine. 24th ed. Jabalpur: Bhanot; 2017. p.555-875.
- 4.Sood M, Chadda RK, Kallivayalil RA. Primary prevention in psychiatry in general hospitals in South Asia. Indian J Psychiatry. 2017; 59: 510-4.

Remerciements ಧನ್ಯವಾದಗಳು

Nous tenons à remercier chaleureusement nos tuteurs Prof. ass. Guinchard B. (HEdS La Source) et Dre. Fauvel A. (UNIL) pour leur précieux soutien et encadrement. Un immense merci au Father Muller Charitable Institutions pour leur accueil, à Prof. ass. Binsha Pappachan C. du Father Muller College of Nursing (FMCN) pour son engagement, ainsi qu'à tous les intervenants rencontrés sur place. Nous remercions la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur (DGES) sans qui ce projet n'aurait pas eu lieu. Contact : bahia.diab@unil.ch