



Les admissions de jeunes de moins de 25 ans dans les services d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux de Bretagne pour un motif lié à une intoxication éthylique aiguë sont une préoccupation des professionnels chargés de leur prise en charge : le nombre d'admission est en effet important dans certains SAU.

Afin de recueillir des informations sur les pratiques des professionnels des urgences et des données statistiques sur le profil socio-démographique des jeunes admis, une étude qualitative a été menée auprès de 13 services d'accueil des urgences dans les quatre départements bretons, de janvier à octobre 2011. Les acteurs de la prise en charge de ces jeunes en amont (pompiers, forces de l'ordre) et en aval (structures ambulatoires en addictologie) ont également été interrogés afin de mieux comprendre le déroulement d'une prise en charge globale.

Cette étude pointe l'absence d'une véritable chaîne de prise en charge des jeunes, notamment dans l'espace public, jusqu'à leur éventuel suivi post-urgence afin de prévenir la réitération des consommations abusives. De même, les jeunes interpellés pour ivresse sur la voie publique et pour lesquels les médecins peuvent délivrer un certificat de non hospitalisation conformément à la réglementation ne bénéficient pas d'une prise en charge de prévention secondaire adaptée.

Cette note est une synthèse du rapport remis à l'Agence Régionale de Santé qui a financé cette étude avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies, le conseil régional de Bretagne, la mission d'animation du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (MAFEJ) et la Ville de Rennes.

JEUNES ALCOOLISÉS AUX URGENCES

EN BRETAGNE

Rédacteurs
Nathalie Le Garjean
Guillaume PAVIC

Réalisation graphique
Marie-George Léonard

Cette note s'articule en trois points :

- 1 Introduction
- 2 Méthode
- 3 Résultats

1 INTRODUCTION



d'informations

Source : Enquête ESCAPAD-OFDT (2008).
Pour une synthèse complète voir la note
« L'alcool et les jeunes en Bretagne » (Juin
2011)

[CIRDD Bretagne](#)

La région Bretagne connaît des prévalences d'ivresse et de comportements à risque particulièrement élevés chez les jeunes, en particulier chez les garçons.

- ▶ Ainsi, à 17 ans, 39% des jeunes en Bretagne déclarent des ivresses répétées (≥ 3 fois dans l'année) contre 25,6% pour le reste de la France.
- ▶ Le même constat est relevé concernant les ivresses régulières (≥ 10 fois dans l'année), avec un niveau atteignant 16% en Bretagne contre 8,5% pour la France.
- ▶ Enfin, le niveau des épisodes répétés ponctuels d'usage d'alcool sévère (5 verres et plus au moins en une seule occasion ≥ 3 fois par mois) est lui aussi supérieur en Bretagne : 26% *vs* 19,7%.
- ▶ Les jeunes en Bretagne sont également plus nombreux à déclarer des prises de risques (tels que la conduite d'un deux roues, par exemple) en état d'ébriété.

Ces consommations d'alcool sont intimement liées aux pratiques festives.

- ▶ 80% des répondants précisent avoir recours à l'alcool dans l'optique de « faire la fête ». Mais cette spécificité bretonne n'est pas l'exclusivité des jeunes; elle se retrouve également chez les 15-75 ans.

Face à l'ampleur des conséquences à court et long termes

que peuvent entraîner les alcoolisations excessives à l'échelle de l'individu (accidents, violence, rapports sexuels non désirés, décrochage scolaire, tensions familiales, risques de dépendance, cancers...) mais aussi à l'échelle de la société (nuisances sur l'espace public, interpellations policières, implication judiciaire, impacts sur le système de soins...), la prévention des alcoolisations des jeunes publics figure parmi les priorités de nombreuses politiques publiques.

Une estimation montre que plusieurs milliers de jeunes de moins de 25 ans sont admis chaque année dans les services d'accueil des urgences des hôpitaux de Bretagne (estimation réalisée à partir des données recueillies dans les SAU à l'occasion de cette étude).

Ces jeunes sont amenés par les proches, les pompiers ou les forces de l'ordre s'il s'agit d'une interpellation pour ivresse sur la voie publique. Ils sont pris en charge par les professionnels des services d'urgences et des services hospitaliers d'addictologie ou de psychiatrie. Ils peuvent aussi être amenés à rencontrer des personnels soignants ou des chargés de prévention de structures ambulatoires en alcoologie et en addictologie.

2 METHODE



d'informations

Service d'Accueil des Urgences (SAU) : CH de Morlaix, HIA de Brest, CH de Quimper, CHBS Lorient, CH Quimperlé, CH Ploërmel, CHBA Vannes, CHU Rennes, CH Paimpol, CH Saint-Brieuc, CH Guingamp, CH Pontivy

Structures « amont » : Gendarmerie de Pontivy, DDSP des Côtes d'Armor, Hôtel de Police de Rennes, SDIS du Morbihan, SDIS des Côtes d'Armor, Pompier de Rennes

Structures « aval » : CSAPA Douarnez Lorient/Vannes, Service d'addictologie du CHBS à Lorient, CSAPA de Quimperlé, CMPS de Pontivy, ANPAA/CSAPA des Côtes d'Armor, Unité d'addictologie de Brest

Une étude qualitative a été menée auprès de **13 services d'accueil des urgences** en Bretagne, de 8 services de prise en charge « amont » (pompiers, forces de l'ordre) et de 8 structures de prise en charge « en aval ». Un questionnaire leur a été proposé et a été analysé selon la méthode d'analyse des contenus par thèmes récurrents (Bardin, 1977). Ce recueil des pratiques professionnelles a été complété par des données épidémiologiques issues des services d'accueil des urgences et des structures rencontrées ainsi que par la base de données du Programme de médicalisation des systèmes de Santé (PMSI).

Une revue de littérature a été effectuée sur la question des admissions de jeunes dans les services d'urgences en utilisant les principaux moteurs de recherche médicaux (Base de données en santé publique (BDSP), Pubmed, Sciencedirect). Les recommandations officielles de prise en charge lors d'une ivresse aiguë publiées par les autorités de santé (conférence de consensus de la société française de médecine d'urgence¹, recommandations de la Haute Autorité de Santé²) ont également été analysées. Une soixantaine d'articles ont ainsi été repérés et étudiés.

1 Société Francophone d'Urgences médicales (SFUM). Deuxième conférence de consensus en médecine d'urgence : l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgence; Saint-Etienne (1992).

2 Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Recommandations pour la pratique clinique. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandations (2001)

3 RESULTATS

Données épidémiologiques disponibles (éléments de cadrage)

Les passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë

Tous les services d'urgences des hôpitaux publics de Bretagne ne sont pas informatisés. Certains le sont partiellement, selon les diagnostics posés, d'autres vont être prochainement dotés d'un outil informatique mais l'informatisation d'autres services d'urgences n'est pas encore à l'ordre du jour. Le fait qu'il n'y ait pas d'informatisation systématique au sein des SAU pose un réel problème pour objectiver de manière exhaustive les informations qualitatives recueillies. Il a été possible de

recueillir des données sur les admissions des jeunes de moins de 25 ans dans 6 services d'urgences informatisés. Ces données sont présentées ci-après.

Les informations recueillies lors de cette étude au sein des différents SAU doivent être relativisées en raison d'importants biais de codage liés au caractère très ambigu de la notion d'Intoxication Ethylique Aigüe (IEA), et plus largement de la notion « d'ivresse », source de difficultés de diagnostic pour le praticien.

Les données d'hospitalisation

La base du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) permet de mesurer l'activité des établissements en recueillant et en traitant systématiquement les informations médico-administratives.

Concernant les intoxications éthyliques aiguës, en 2010 en France, on relève 84017 séjours (tous âges confondus) ; 6 818 séjours à l'échelle de la Bretagne (augmentation de 2,6% par rapport à 2009). **Les séjours bretons représentent 8% de l'ensemble des séjours français¹.**

Un simple passage aux urgences qui n'aboutit pas à une hospitalisation ne sera pas comptabilisé dans la base. Aussi, les chiffres affichés dans le PMSI ne reflètent que la « partie

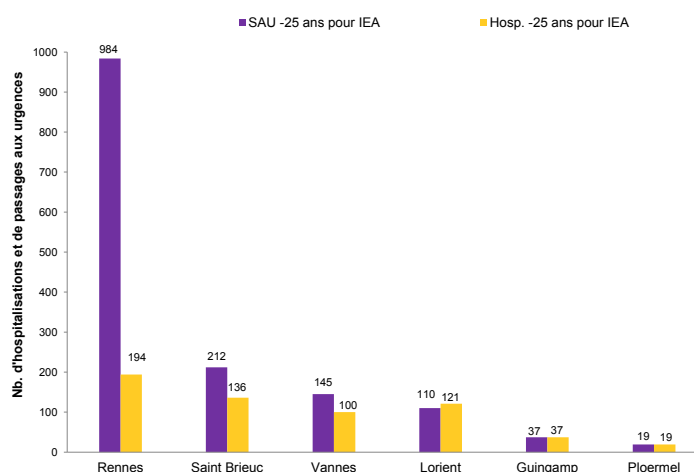
visible de l'iceberg » puisqu'ils ne prennent pas en compte la totalité des passages aux urgences, mais uniquement ceux qui sont suivis d'une hospitalisation dans un des services de l'hôpital. Or, toutes les personnes en IEA ne sont pas hospitalisées, puisqu'un nombre important d'entre elles quittent l'hôpital, souvent dans la nuit, et pour différentes raisons (interpellations policières, refus de soin, manque de lits...), après avoir reçu les premiers soins nécessaires lors de leur consultation aux urgences.

Les informations fournies par cette base doivent aussi comme celle des SAU être relativisées pour les mêmes raisons. C'est pourquoi il est fondamental de souligner que si ces chiffres apportent un éclairage intéressant sur la situation épidémiologique, ils doivent cependant être interprétés avec une extrême prudence.

¹ Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Les données des SAU de Bretagne

Comparaison des passages aux urgences et des hospitalisations chez les moins de 25 ans en 2010

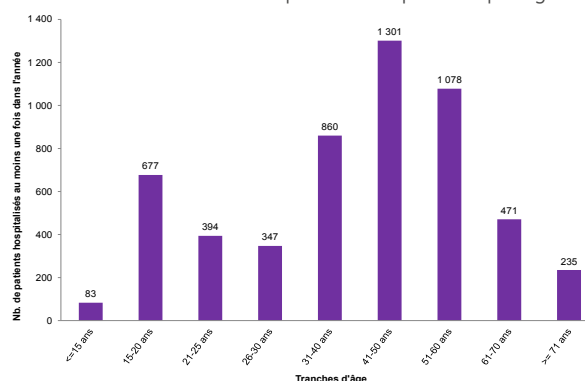


(source : SAU- Exploitation CIRDD Bretagne)

Hormis la situation du CHU de Rennes, le volume représenté par les passages aux urgences pour IEA des moins de 25 ans dans les différents SAU de Bretagne ne se situe pas dans des proportions très importantes (allant de 212 passages au CH de Saint Briec à 19 pour le CH de Ploërmel). La situation « rennaise » est étroitement liée à la forte concentration d'étudiants dans la ville.

Les hospitalisations pour IEA

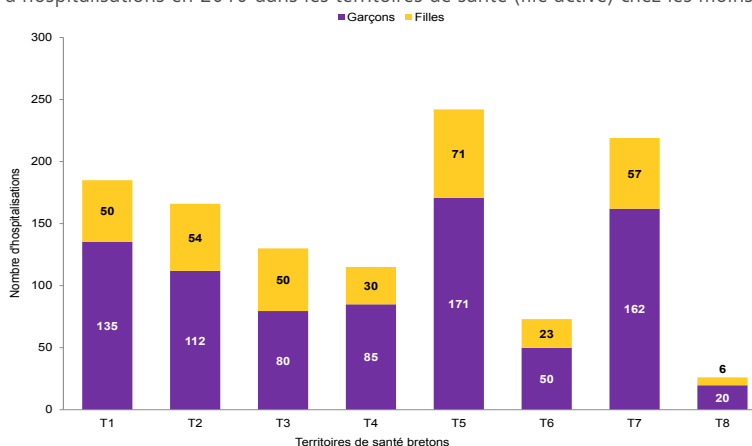
Répartition de la file active des hospitalisations pour IEA par âge en 2010



(Source : ARS Bretagne - PMSI (2010) - Exploitation CIRDD Bretagne)

La répartition de la file active concernant les hospitalisations pour IEA en 2010 pour la région Bretagne est fluctuante selon les classes d'âge. On remarque en effet une forte concentration des hospitalisations pour les classes d'âge allant de 31 à 60 ans, la classe d'âge des 41-50 ans étant celle où il y a le plus grand nombre d'hospitalisations (n = 1301 en 2010). Les 15-20 ans constituent la quatrième tranche en termes d'importances d'effectifs (n = 677 en 2010). Les effectifs des classes d'âge suivantes (21-25 ans et 26-30 ans) présentent des effectifs nettement moins importants. Le « pic » observé sur la tranche 15-20 ans s'explique par une hospitalisation quasi systématique des mineurs.

Nombre d'hospitalisations en 2010 dans les territoires de santé (file active) chez les moins de 25 ans



(Source : ARS Bretagne - PMSI (2010) - Exploitation CIRDD Bretagne)

Les hospitalisations pour IEA sont davantage masculines. La proportion des filles hospitalisées varie selon les territoires de 24 à 38%. D'autre part, on remarque d'importantes différences entre les territoires de santé, différence cohérente avec la densité de population des territoires de

santé¹. Les deux territoires qui concentrent le plus d'hospitalisation sont les n°5 (Rennes) et n°7 (St Briec).

1 La répartition du nombre d'individus par territoires de santé par tranche d'âge n'est pas disponible. De plus des habitants d'un territoire de santé peuvent se faire hospitaliser dans un autre territoire.

Pratiques professionnelles

En amont

La prise en charge en amont des jeunes en intoxication éthylique aiguë peut poser problème aux pompiers et représentants des forces de l'ordre.

Les recommandations de prise en charge restent générales pour **les pompiers** qui doivent porter « secours et assistance aux personnes en danger » dans les situations de détresse vitale.

Les procédures dans les cas d'ivresse publique manifeste

pour les représentants des **forces de l'ordre** relèvent de la mise à l'abri de la personne, pour sa propre protection et pour celle des autres.

Pourtant, décider sur le terrain de la prise en charge qui sera faite n'est pas toujours simple et ce, d'autant plus si les prises en charge sont nombreuses. Elle aura pourtant des conséquences très différentes, notamment en termes d'accès aux soins de prévention secondaire

« post ivresse ». En effet, être pris en charge par les pompiers signifie être admis aux urgences pour une surveillance et des soins adaptés. Dans les situations où les forces de l'ordre interpellent un jeune pour une ivresse publique manifeste, le jeune est conduit au commissariat dans une cellule de dégrisement, après avoir rencontré un médecin qui délivre le plus souvent un certificat de non

hospitalisation. Aucun conseil de prévention n'est délivré au commissariat.

Les proches ont la possibilité d'appeler le 15 pour obtenir un avis médical. Mais les appels aux pompiers (18) semblent plus nombreux pour cette question d'ivresse aiguë.

Dans les services d'accueil des urgences

Les modalités de prise en charge dans les services des urgences des hôpitaux de Bretagne sont **variables**. Elles dépendent notamment du contexte des services des urgences : l'organisation des locaux, le nombre de personnels présents, l'affluence, l'existence et le nombre de lits disponibles en unité d'hospitalisation de courte durée...

Les informations recueillies ne sont révélatrices que des pratiques des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude. Ces pratiques sont en effet largement « personne dépendante » ou « médecin dépendant ».

Enfin, rappelons que les services sont peu informatisés et que le manque de données statistiques rend difficile l'objectivation des informations recueillies.

► Le mode d'arrivée aux urgences

Tous les jeunes ivres ne sont pas admis aux urgences, seules **les situations les plus inquiétantes**, ou celles liées à un traumatisme font l'objet d'une prise en charge. Les services d'accueil des urgences ont également indiqué que les jeunes de moins de 25 ans étaient amenés dans la grande majorité par les pompiers. Les forces de l'ordre ne sont impliquées que lorsqu'il s'agit d'une « ivresse publique manifeste » avec la nécessité d'obtenir un certificat de non hospitalisation, pour être autorisés à conduire la personne en cellule de dégrisement au commissariat

► Le suivi médical dans les SAU

La prise en charge est réalisée par les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) quand elles existent dans le service, par les urgentistes séniors et les internes. A cet effet, une « check-list » de paramètres à vérifier est parfois utilisée, pour être certain de ne pas passer à côté d'une pathologie plus grave, comme par exemple un hématome sous dural.

► Le dépistage de l'alcoolémie

Le dépistage de l'alcoolémie est souvent réalisé mais pas systématiquement (il n'est pas obligatoirement recommandé par la conférence de consensus). Il s'effectue par une prise de sang ou avec un éthylomètre. Ce dépistage permet de confirmer le diagnostic en complément de l'examen clinique. La mesure du taux d'alcoolémie peut aussi être utile pour lutter contre le déni de consommation d'alcool de certains patients au moment de leur admission.

► La surveillance

Dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHTCD) ou dans les « box », en zones de soins, la surveillance médicale, paramédicale, régulière est consignée par écrit, et notamment dans des logiciels dédiés (Rés'Urgences, URQUAL) utilisés aux urgences. Elle consiste en une prise des constantes (surveillance des paramètres vitaux : conscience,

motricité, pouls, pupilles, tension artérielle, respiration...). Pour les IEA simples, aucune thérapeutique n'est nécessaire, éventuellement une réhydratation. S'il s'agit d'une IEA avec agitation, une sédation verbale ou une contention physique et chimique peut être pratiquée si nécessaire. Certains personnels des services d'urgences réclament une formation spécifique pour mieux prendre en charge l'agressivité de certains patients.

La surveillance est maintenue jusqu'au rétablissement des fonctions relationnelles.

► La durée de séjour aux urgences

La durée de séjour aux urgences varie en moyenne de quelques heures à 24 heures en « box », « lit porte » ou (UHTCD) si elle existe et si des places sont disponibles. Les jeunes en IEA ne sont en effet pas prioritaires pour être hospitalisés en UHTCD par rapport aux personnes âgées dont la gestion représente aussi un problème majeur aux urgences.

Les patients admis pour un traumatisme léger avec alcool peuvent rester peu de temps aux urgences. Ils repartent alors généralement sans prise en charge alcoologique particulière si les unités d'alcoologie de liaison ne peuvent se rendre disponibles ou si elles ne sont pas présentes à ce moment là.

► L'information des parents

Les parents des mineurs, (ou un adulte référent), sont systématiquement prévenus pour venir chercher le jeune et signer les autorisations de soins si nécessaire. Quand les jeunes sont majeurs, les parents ne sont prévenus qu'avec l'autorisation du patient. Les réactions des parents sont variables : affolement, sentiment de se sentir dépassés ou au contraire, souhait de ne pas vouloir s'occuper de ce problème et de se décharger sur le personnel médical.

Les parents sont très rarement associés à la prise en charge, au-delà de leur présence pour venir chercher leur enfant et d'une rapide discussion le cas échéant avec un urgentiste, un psychiatre (UMP), un infirmier en alcoologie.

Les urgences pédiatriques du CHU de Rennes ont signé une convention avec une structure de prévention (l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie - ANPAA) pour proposer un entretien avec les jeunes et leurs parents quelques jours après l'admission d'un jeune de moins de 16 ans aux urgences pour une ivresse aiguë.

► Le rôle des équipes de liaison en alcoologie

Lorsque le patient est en mesure de dialoguer, un infirmier de liaison en alcoologie rencontre le patient sauf s'il a quitté les urgences avant l'arrivée des équipes le matin et/ou le week-end. Les équipes d'alcoologie de liaison fonctionnent en effet le plus souvent uniquement en semaine. Quand elles n'existent pas ou ne sont pas disponibles, ce sont les



d'informations

Les recommandations officielles de prise en charge :

La Société Francophone de Médecine d'Urgence et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) ont édité des recommandations pour la pratique clinique : « orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins ». La prise en charge somatique des jeunes doit être adaptée en fonction de la nature de l'intoxication éthylique aiguë (IEA isolée non compliquée, IEA avec agitation psychomotrice et IEA avec troubles de la vigilance). Les professionnels des urgences sont incités à hospitaliser les adolescents 72h afin de réaliser une évaluation globale de la situation du jeune, dans ses dimensions biologiques, psychologiques, sociales, partant du principe que cette admission témoigne d'un mésusage, voire d'une alcoolo-dépendance, et ne doit pas être banalisée. Le cas échéant, une orientation adaptée aux jeunes doit être proposée



d'informations

Depuis début 2012, une procédure de prise en charge approfondie est proposée aux urgences pédiatriques du CHU de Rennes

équipes de psychiatrie, présentes le plus souvent 24h/24 et 7j/7 qui peuvent réaliser cet entretien, là encore quand la situation le nécessite, **car les ivresses simples ne sont pas toujours du ressort de la psychiatrie.**

Les équipes de liaison en alcoologie et addictologie contribuent à décharger les urgentistes des questions « alcool » (à l'instar des questions « psy » pour les équipes de psychiatrie de liaison), qui se concentrent alors sur les questions somatiques. Cependant, les équipes d'alcoologie de liaison ne sont pas présentes systématiquement les nuits et les week-ends, alors que les admissions pour IEA ont lieu principalement à ces moments là. Et certains personnels des urgences ne se sentent pas assez bien formés pour prendre en charge correctement ce type de public. De même, les équipes de psychiatrie estiment être parfois sollicités en excès, et sans réel motif psychiatrique quand les équipes d'alcoologie de liaison sont indisponibles.

► L'entretien de prévention

Les questionnaires de repérage de mésusage d'alcool ou d'alcoolodépendance sont connus mais pas systématiquement utilisés par les équipes de liaison en alcoologie. Les entretiens durent une quinzaine de minutes, parfois moins quand le patient est réticent, parfois plus. Ils portent sur le principe de l'intervention brève, de la réduction des risques, en particulier pour les publics jeunes. La situation personnelle, familiale, le contexte de l'alcoolisation, le taux d'alcoolisation et les conduites à risque sont abordés. En fin d'entretien, une documentation est toujours remise par les équipes de liaison en alcoologie : elle consiste en une plaquette d'information générale sur les problèmes d'alcool et une liste d'adresses de consultations locales. Parfois des outils de réduction des risques sont proposés (réglettes d'alcoolémie par exemple).

Consécutivement à cet entretien, un suivi peut être proposé en consultation ambulatoire auprès d'un médecin addictologue ou d'un psychiatre, ou une cure peut être organisée. Mais, en dehors de trois SAU¹ repérés dans cette étude, il n'y a pas de suivi des orientations proposées vers des structures ambulatoires une fois que le patient a quitté les urgences.

Un résumé de l'entretien est consigné par écrit et peut être adressé par courrier au médecin traitant si le patient a donné son accord.

1 A Brest (CH La Cavale Blanche), à Saint-Brieuc (CH Le Foll), à Rennes (Hôpital Sud)

► Le mode de sortie

Dans les situations optimales, la sortie du patient est décidée après discussion entre les urgentistes et l'alcoologie de liaison à l'issue de l'entretien. Une mesure de l'alcoolémie peut être effectuée un peu avant la sortie et le taux d'alcool ne doit pas dépasser 0.5g/l. Les jeunes repartent seuls ou accompagnés par un proche ou leurs parents. Une assistante sociale peut aussi rencontrer certains patients selon les situations et ses possibilités.

Les médecins traitants sont informés en recevant directement un courrier émanant des urgences à la condition que le patient ait été hospitalisé au moins en UHTCD, et qu'il accepte de donner le nom de son médecin traitant. Parfois ce courrier est remis au patient, charge à lui de le lui remettre. Ce courrier peut aussi être adressé au dispensaire local qui gère les soins des populations en errance. Aucun retour de la part des médecins traitants vers les urgences n'est formalisé.

► Le cas particulier de la prise en charge des ivresses publiques manifestes (IPM) dans les SAU

L'ensemble des SAU est confronté à une prise en charge pour IPM, à plus ou moins grande échelle. Pour certains, elles sont rares, voire inexistantes pour la population des moins de 25 ans, en milieu rural par exemple. En revanche, les SAU des villes importantes enregistrent des nombres élevés d'admissions pour IPM. La mise en place d'une procédure très cadrée (fiche d'admission comportant de nombreux items à cocher obligatoirement) peut se révéler très utile pour vérifier l'absence de pathologies sous jacentes.

Si l'organisation de leurs locaux le permet, des SAU ont organisé des circuits distincts qui permettent aux patients en IPM, souvent agités, de ne pas être en contact avec les autres patients.

La prise en charge médicale ne diffère pas de l'admission classique pour IEA. La vigilance est accrue pour repérer des hématomes sous durax en cas de chute, de bagarre avec perte de connaissance. C'est aussi parfois l'occasion de réaliser d'autres bilans chez les populations précaires.

Les certificats de non hospitalisation sont délivrés en majorité (dans 75 à 99% des cas selon les SAU).

Aucun document d'information sur les questions d'alcool et les ressources locales n'est remis aux jeunes qui repartent avec les forces de l'ordre. Une telle remise de document est considérée par les équipes d'urgences (comme par les représentants des forces de l'ordre) comme inefficace à ce moment là.

En aval

Après la phase aiguë, la question qui se pose est de savoir quels seraient le lieu et les interlocuteurs les plus appropriés pour assurer une prise en charge globale des jeunes admis pour IEA. D'un côté, les durées d'hospitalisation sont souvent trop courtes pour une prise en charge globale et de l'autre, les délais de prises en charge dans les structures « aval » peuvent être longs, selon l'offre proposée sur un territoire.

Cette réalité d'organisation liée aux contraintes économiques de chacune des structures est un frein à l'application de la prise en charge globale souhaitée.

Or, le constat de cette enquête de terrain est que la liaison entre les urgences et l'environnement médico-social « aval » est très faible. Les structures peuvent se connaître mais seul le partage de salariés entre ces structures apporte un lien plus étroit dans la prise en charge.

L'organisation d'une véritable prise en charge globale du jeune admis aux urgences en ivresse aiguë avec ces structures est donc encore à construire.

Une des hypothèses pourrait être de permettre aux équipes d'alcoologie de liaison, qui ont eu un contact avec le jeune avant sa sortie de l'hôpital, de réaliser un suivi « post-urgences » et si nécessaire de l'orienter à l'issue de ce suivi vers une structure « d'aval ».

Un second entretien «post-urgences»

Un second entretien de réévaluation à froid recommandé par certains auteurs est déjà une pratique courante à Saint-Brieuc et Brest. A Saint-Brieuc, un médecin addictologue réalise ce second entretien au sein de l'Unité médico-psychologique. A Brest, l'unité d'alcoologie de liaison effectue le suivi (jusqu'à 4 entretiens) des patients admis aux urgences pour ivresse aiguë. La psychiatre addictologue de cette unité d'alcoologie rencontre « à distance » (dans les jours qui suivent) les patients qui lui sont adressés par l'infirmière d'alcoologie de liaison. Des orientations vers des CSAPA qui organisent des groupes d'expression d'adolescents peuvent aussi être proposées.

A Rennes, les urgences pédiatriques et adultes du CHU de Rennes expérimentent actuellement des entretiens approfondis dans deux lieux, quelques jours après la phase aiguë, au sein des urgences et dans une association de prévention. Les choix ont été faits en raison de l'âge des jeunes rencontrés : à l'extérieur pour les moins de 16 ans et aux urgences pour les 16/25 ans.

Les professionnels qui réalisent ces entretiens ont des profils différents (travailleur social et psychologue), mais les modalités d'entretien sont les mêmes. L'entretien proposé permet de faire un point général sur chaque situation au-delà des seules consommations d'alcool et d'autres produits : l'histoire personnelle des jeunes, leur scolarité ou leur emploi, leur réseau social et familial, leurs loisirs sont abordés afin de repérer d'éventuelles difficultés sous-jacentes qui pourraient nécessiter une orientation vers une structure spécialisée, un CSAPA ou une unité d'hospitalisation. Dans la mesure du possible, ces professionnels rencontrent également les familles.

L'efficacité de ces entretiens pour diminuer les consommations d'alcool et les prises de risques associées est actuellement évaluée aux urgences adultes du CHU de Rennes (Pontchaillou). Les résultats ne seront connus qu'à la fin de l'année 2012, mais ils semblent cependant déjà répondre de manière pragmatique à la difficulté de faire un point global lors de l'admission aux urgences.

CONCLUSION

Les interlocuteurs qui interviennent dans la chaîne de prise en charge des jeunes de 11 à 25 ans en ivresse aiguë sont nombreux : les proches, les pompiers, les représentants des forces de l'ordre, les personnels médicaux et paramédicaux des services d'accueil pédiatriques ou adultes des urgences, les unités d'alcoologie de liaison, les unités de psychiatrie (UMP), les structures de prise en charge des comportements addictifs des jeunes (CSAPA, consultations jeunes consommateurs, point d'accueil et d'écoute, associations de prévention...). Coordonner l'action de l'ensemble de ces intervenants n'est pas simple. Chacun possède ses propres missions prioritaires et ses propres contraintes. Pourtant, tous souhaitent pouvoir appliquer un protocole simple et clair.

La littérature scientifique¹ recommande de réaliser une évaluation globale de la situation du jeune admis, dans ses dimensions biologiques, psychologiques, sociales, partant du principe qu'une admission aux urgences n'est jamais anodine. Le cas échéant une orientation adaptée pour ce type de

public de jeunes doit être proposée.

Dans la pratique, les professionnels suivent ces recommandations dans la mesure de leurs possibilités organisationnelles qui varient selon la présence de personnels spécialisés (alcoologie de liaison, psychiatrie), le nombre de lits d'hospitalisation, l'adaptation des locaux, les relations entre les services impliqués dans la prise en charge...

Les points de difficulté repérés dans la littérature scientifique sont confirmés par cette enquête de terrain : importance des questions d'alcoolisation aux urgences, difficulté de mettre en place un bilan global pour le jeune (à la fois en termes de personnels spécialisés disponibles et de locaux adaptés), insuffisance de formation des personnels des urgences, manque d'implication des médecins traitants dans la prise en charge, absence de suivi des personnes interpellées pour des ivresses publiques manifestes.

Les phases de diagnostic et de suivi médical de l'IEA effectués dans les services d'urgences rencontrés répondent globalement aux recommandations. Les difficultés d'application de ces recommandations

¹ conférence de consensus de médecine d'urgence, recommandations de l'ANAES, cf. biblio

portent sur la durée d'hospitalisation. Les 72 heures recommandées ne sont pas réalistes, selon l'ensemble des SAU. La durée maximale d'hospitalisation systématique semble être de 24 heures, exceptionnellement de 48 heures.

Conséquence de cette impossibilité d'hospitaliser 72 heures, le bilan alcoologique, psychologique et social qui doit être effectué à l'occasion d'un premier entretien pour toute admission pour ivresse aiguë des moins de 25 ans, peut poser problème. Les équipes d'alcoologie de liaison, de psychiatrie/psychiatrie, de service social n'interviennent pas toutes systématiquement pour chaque jeune admis mais en fonction des besoins repérés par les médecins urgentistes, ou par l'alcoologie de liaison, et surtout en fonction de leurs possibilités matérielles d'intervention pendant la durée d'hospitalisation, qui n'est parfois que de quelques heures.

En effet, à la différence des équipes de psychiatrie qui fonctionnent 24h/24 et 7j/7, les horaires des équipes d'alcoologie de liaison varient de 5 jours par semaine avec une activité en journée, jusqu'à une activité de 7 jours sur 7, mais pas 24h/24. L'indisponibilité des professionnels dans le temps limité de l'hospitalisation est donc un frein à l'application de ces recommandations. Pourtant leur intervention, et à minima celle de l'alcoologie de liaison, est indispensable.

Dans le cadre de cette chaîne de prise en charge, les équipes de liaison pourraient jouer un rôle encore plus important pour renforcer ou développer les partenariats extrahospitaliers avec des structures diverses : Centres de soins et d'accompagnement de prévention en addictologie (CSAPA), unité d'alcoologie, centres de cure bien sûr, mais aussi Maisons des adolescents, associations de prévention...

Autres acteurs utiles dans ce chaînage, les consultations jeunes consommateurs, rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, alcool, drogues de synthèse, cocaïne, polyconsommations). Gratuites, anonymes, elles peuvent aussi accueillir les familles, sans leur enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter.

L'enjeu aujourd'hui est de parvenir à proposer aux jeunes de moins de 25 ans cette prise en charge globale au cours ou à l'issue de leur admission aux urgences, en particulier dans les SAU fortement concernés par les admissions de jeunes en ivresse aiguë.

Éléments bibliographiques

Articles

Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins.

Recommandations

Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) - Paris, 2001.

« Deuxième conférence de consensus en médecine d'urgence : l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgence »

Société Francophone d'Urgences Médicales (SFUM) - Saint Etienne, 1992

« Actualisation des conférences de consensus – les crises convulsives aux urgences (1991) – l'ivresse éthylique aiguë aux urgences (1992);

Société Francophone d'Urgences Médicales (SFUM) - Paris, 2003

« Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences » Commission de Veille Scientifique,

Sureau C., Charpentier S., Philippe J.M., Perrier C., Trinh-Duc A., Fougeras O., Charpentier, S., Raphaele V., Miranda J. & Le Gall C. - 2006

« Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence », David C., Negaret G., Deze F., Galle E. & Bouget, J. - Médecine Thérapeutique 11(1), 56-63;2005

«Les conduites à risque chez l'adolescent. Propositions de prise en charge dans un service d'urgence », Michel G. & Guillery X. - Alcoologie et Addictologie, 28(1), 51-57, 2006

« Guide des bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie » Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2003

«Evaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste (IPM), Paris : Inspection générale des affaires sociales» Bertrand Y., Le Gallou J.Y., Roussille B., Thomas F., Riou P., Marion M. & Podevin H.; 2008

Autres ressources

D'autres références bibliographiques sont présentées dans le rapport complet en ligne sur notre [site Internet](#)



d'informations

LE CIRDD

► Le Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances apporte un appui technique aux chefs de projet de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les dépendances, représentés dans les départements bretons par les directeurs de cabinet des Préfectures.

► Le CIRDD est aussi un centre de ressources et d'appuis aux institutionnels concernés par ces questions.

► Dans les domaines de la prévention, du soin et de l'application de la loi, il assure des missions d'observation (données épidémiologiques et statistiques), de conseils méthodologiques pour les porteurs de projets et de relais d'information sur ces questions.