CIRDD
CENTRE
D'INFORMATION
REGIONAL
SUR LES DROGUES
ET LES DÉPENDANCES
www.cirdd-bretagne.fr
CIRDD BRETAGNE

Les alcoolisations aiguës des jeunes admis dans les services d'urgences de Bretagne

Pour une amélioration de la chaîne de prise en charge des intoxications éthyliques des moins de 25 ans

Mars 2012

Auteurs
Nathalie Le Garjean
Guillaume Pavic

Sommaire

1- Méthodologie 3
1.1. Pourquoi cette étude ? 3
1.2. Territoires de santé concernés 3
1.3. Services d'urgences rencontrés 3
1.4. Structures « amont » des urgences rencontrées 4
1.5. Structures « aval » des urgences rencontrées 4
1.6. Déroulement des entretiens 4
1.7. Principaux points abordés 4
Dans les structures « aval » 5
1.8. Les 8 territoires de santé en Bretagne 5
1.9. La cartographie des SAU en Bretagne en 2009 6
2- Contexte régional en Bretagne 6
2.1. Consommations et pratiques de consommations d'alcool des jeunes 6
2.2. Problématiques de santé publique en Bretagne 7
2.3. Interrogations institutionnelles 7
3. Etat de la question en France et à l'international 8
3.1. Synthèse de la littérature scientifique sur la place des adolescents en ivresse aiguë aux urgences 8
3.2. Les conférences de consensus et les recommandations pour la pratique clinique en France 11
3.2.1 - La prise de charge de l'intoxication éthylique aiguë (IEA) 11
3.2.2 - Des facteurs de risque associés : suicide et alcoolodéfonce 11
3.2.3 - L'intoxication éthylique aiguë chez l'adolescent 12
3.2.4 - Surveiller l'intoxication éthylique aiguë 12
3.2.5 - Après la phase aiguë : évaluer la situation 12
3.3 - Le cas particulier de la prise en charge pour les Ivresses Publiques Manifestes (IPM) par les personnels des urgences et les forces de l'ordre 13
3.3.1 - L'examen médical 13
3.3.2 - Les coûts de la procédure 14
4. Les niveaux d'admissions pour ivresse aiguë dans les SAU des hôpitaux de Bretagne 15
4.1. Le codage des intoxications éthyliques aiguës et les statistiques qui en découlent 15
4.2. Analyse des données PMSI pour la région Bretagne : des chiffres à prendre avec précaution 15
5. Etat des lieux des pratiques professionnelles en Bretagne 25
5.1. Les services d'accueil des urgences : principales données recueillies 25
5.1.1 - Le déroulement de la prise en charge 25
5.1.1.1 - Le mode d'arrivée aux urgences 25
5.1.1.2 - Le suivi médical dans les SAU 26
5.1.1.3 - Le dépistage de l'alcoolémie 26
5.1.1.4 - La surveillance 26
5.1.1.5 - La durée de séjour aux urgences 27
5.1.1.6 - L'information des parents 27
5.1.1.7 - Le rôle des équipes de liaison en alcoologie 27
5.1.1.8 - Le mode de sortie 28
5.1.1.9 – Les entretiens post-urgences 30
5.1.2 - Le cas particulier de la prise en charge des ivresses publiques manifestes (IPM) dans les SAU 29
5.2. Les modalités de prise en charge par les pompiers, police, gendarmerie, SOS médecins 30
5.2.1 - Les pompiers 31
5.2.2 - Les forces de l'ordre (police nationale et gendarmerie) 32
5.2.3 - SOS médecins 32
5.3. Les modalités de prise en charge par les structures « aval » 33
5.4. Expérimentations en cours 34
6 - Synthèse: quelles recommandations pour une chaîne de prise en charge globale et optimale ? 37
Bibliographie 43
Annexes 47
Annexe I : fiches descriptives des SAU rencontrés 48
Annexe II Tableaux récapitulatifs des analyses dans les SAU 61
Annexe III : Tableau récapitulatif des données recueillies dans les structures « Amont » 65
Annexe IV : Tableau récapitulatif des données recueillies dans les structures « aval » 66
Annexe V Questionnaires pour les structures interviewées 67
Annexe VI : Questionnaires d'évaluation des consommations d'alcool 69
Glossaire des sigles 70

1- Méthodologie

1.1. Pourquoi cette étude ?

En 2009 et 2010, dans le cadre de l'animation d'un comité scientifique Alcool et Jeunes en Bretagne[1], une enquête exploratoire a été menée aux urgences du CHU de Rennes sur les admissions de jeunes de moins de 25 ans pour une consommation excessive d'alcool. Des données ont également été recueillies auprès des structures rennaises qui prennent en charge ces jeunes pour les amener aux urgences (pompiers, forces de l'ordre) et sur les autres structures de prise en charge (prévention et soins) de cette population. L'objectif était de retracer la chaîne de prise en charge des jeunes de moins de 25 ans à Rennes.
Parallèlement, une revue de littérature a été effectuée à partir de l'analyse d'articles et de documents portant sur la population des moins de 25 ans admis aux urgences, en France et à l'étranger, pour une intoxication aiguë.
L'Agence régionale de Santé de Bretagne et des Préfectures des départements de Bretagne (chefs de projet MILDT) ont alors missionné le CIRDD Bretagne pour réaliser une étude sur la chaîne de prise en charge des jeunes de moins de 25 ans admis aux urgences pour une intoxication éthylique aiguë en Bretagne. Il s'agit d'approfondir cette question en France et de réaliser un état des lieux des modalités d'admission de ce public dans des services d'accueil des urgences en Bretagne.
Cette étude vise à apporter des informations étayées, à travers une analyse comparative de la situation épidémiologique en Bretagne, une capitalisation et une mutualisation des initiatives menées dans les quatre départements.
Les résultats de cette étude devraient permettre de mobiliser les acteurs de la région concernés par cette problématique afin de construire en commun les grandes lignes de ce qui pourrait devenir une solution globale et multi-disciplinaire.
L'ambition est enfin d'améliorer et/ou de compléter les dispositifs de prévention et de prise en charge déjà existants de manière à répondre aux besoins spécifiques d'un public particulièrement vulnérable.
La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies, l'Agence régionale de santé de Bretagne, la ville de Rennes, le Conseil régional de Bretagne et le Ministère de l'Education nationale, de la jeunesse et de la vie associative (financement dans le cadre d'un appel à projet MAFEJ) soutiennent cette initiative.
Deux réunions de lancement pour les services d'accueil et d'urgences des hôpitaux ont été organisées dans les départements du Morbihan et des Côtes d'Armor et un courrier d'information sur cette étude a été adressée aux hôpitaux du Finistère. Il s'agissait de présenter la démarche avant d'organiser les rencontres sur le terrain.

1.2. Territoires de santé concernés

Tous les territoires de santé de Bretagne (territoires de 1 à 8), et donc les quatre départements (Côtes d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine et Morbihan) sont concernés par cette étude.

1.3. Services d'urgences rencontrés

Cette étude s'intéresse aux jeunes entre 11 et 25 ans. Compte-tenu de leur âge, ces jeunes peuvent être orientés vers les urgences pédiatriques ou les urgences adultes. L'âge qui permet de choisir une orientation oscille entre 15 et 16 ans, selon les services d'accueil des urgences (SAU). Mais tous les centres hospitaliers rencontrés ne disposent pas d'un service d'urgences pédiatriques. De plus, compte tenu du motif d'admission, certains services d'accueil des urgences pédiatriques réorientent vers le SAU adulte. Aussi, la grande majorité des services d'accueil rencontrés dans le cadre de cette étude sont les services d'urgences adultes.

[1] Comité régional pluridisciplinaire animé par le CIRDD Bretagne

SAU Rencontrés pour l'étude

Territoire de santé	Hôpital
1	CHU de Brest
	Hôpital des armées de Brest
	CH de Morlaix
	CHIC de Quimper Concarneau
3	CH de Quimperlé
	CHBS Lorient Hennebont
4	CHBA Vannes Auray
	CH de Ploërmel
5	CHRU de Rennes
7	CH de Saint Brieuc
	CH de Guingamp
	CH de Paimpol
8	CH de Pontivy Centre Bretagne

1.4. Structures « amont » des urgences rencontrées

- Direction Départementale de la Sécurité Publique des Côtes d'Armor,
- Service Départemental d'Incendie et de Secours des Côtes d'Armor,
- Groupement de gendarmerie du Morbihan (Brigade de Pontivy),
- Service Départemental d'Incendie et de Secours d'Ille-et-Vilaine,
- Police de Rennes,
- Pompiers de Rennes
- SOS médecins à Rennes,
- Service Départemental d'Incendie et de Secours du Morbihan.

1.5. Structures « aval » des urgences rencontrées

- Association Nationale de Prévention en Addiction et Alcoologie des Côtes d'Armor,
- Centre Hospitalier Spécialisé de Plouguernevel,
- Centre Médico Psychologique de Saint Brieuc,
- Centre Médico Psychologique Spécialisé de Pontivy
- Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) du Morbihan (Douar Nevez),
- Service Addictologie du CH de Lorient,
- Service Gastroentérologie du CH de Vannes
- Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Quimperlé

1.6. Déroulement des entretiens

Les trois questionnaires spécifiques selon les types de structure (amont, urgences, aval) étaient adressés avant la rencontre si la structure le souhaitait. Ils sont présentés dans l'annexe IV.
Les entretiens se déroulaient sur site (dans les Services d'accueil des urgences) ou par téléphone (en particulier pour les structures « amont » et « aval »).

1.7. Principaux points abordés

Dans les services d'accueil des urgences :

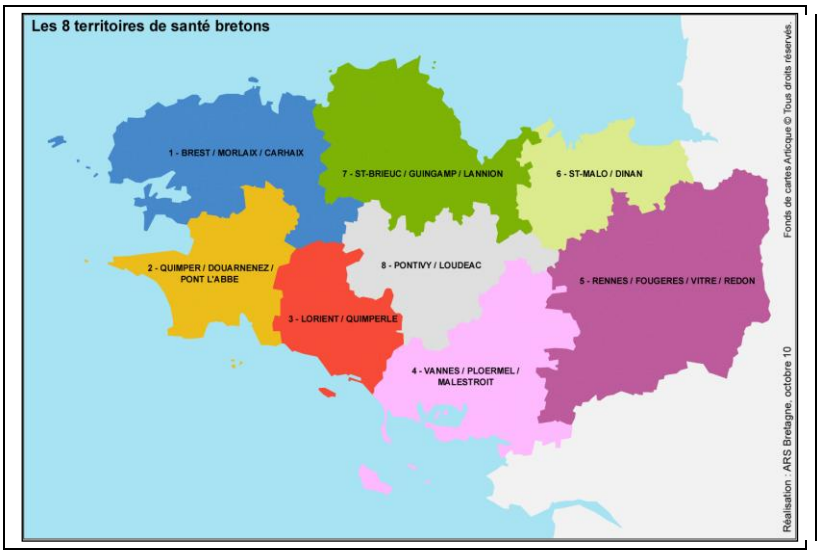
- Les conditions d'entrée aux urgences
- Le dépistage de l'alcoolémie (oui, non, éthylomètre ou prise de sang)
- Les durées et lieu de l'hospitalisation
- La rencontre avec une équipe de liaison ou de psychiatrie (modalités d'entretien, utilisation de questionnaires validés, remise de documentation)
- L'orientation consécutivement à cette rencontre
- Les conditions de sortie des urgences et les modalités (courriers de suivi, information du médecin traitant)

- L'informatisation de ces données
- Les modalités d'admission particulières pour les Ivresses Publiques Manifestes
- Les modalités d'information des parents, mineurs ou non
- L'existence d'un réseau de prise en charge interne ou externe
- L'existence de données chiffrées

Dans les structures « amont »
- Le déroulement d'une intervention de prise en charge
- L'organisation de la prise en charge/suivi avec les urgences
- La procédure pour les Ivresses publiques manifestes (forces de l'ordre)
- Les souhaits d'amélioration des procédures

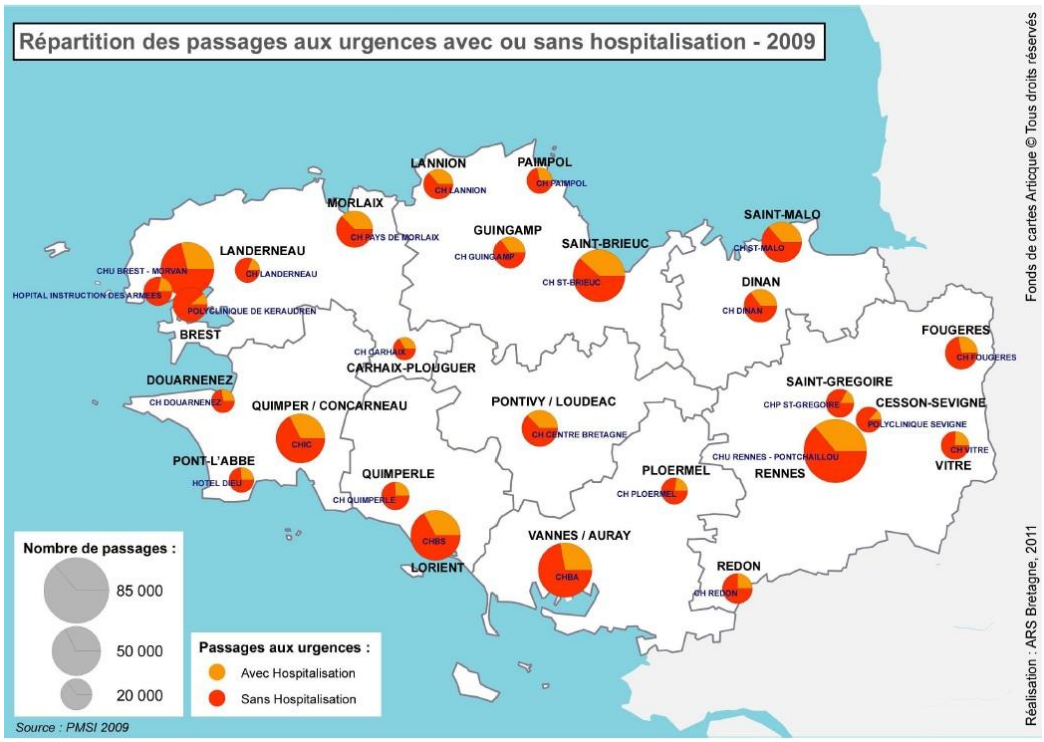
Dans les structures « aval »
- L'accueil d'une population de jeunes de moins de 25 ans après une admission aux urgences
- La prise en charge spécifique de cette population des moins de 25 ans
- L'existence de données socio-psychologiques sur cette population
- L'existence de partenariats sur cette thématique
- Les souhaits d'améliorations

1.8. Les 8 territoires de santé en Bretagne



Source : ARS Bretagne, 2011

1.9. La cartographie des SAU en Bretagne en 2009



Source : ARS Bretagne (exploitation PMSI 2009)

Cette carte permet de localiser l'ensemble des SAU de Bretagne avec une prise en compte de l'importance du volume de l'activité (toutes pathologies confondues) et la distinction des passages débouchant ou pas sur une hospitalisation. Les plus importants services d'urgences en termes de passage (avec ou sans hospitalisation) sont Rennes, Brest, Saint Brieuc, Quimper, Lorient et Vannes.

2- Contexte régional en Bretagne

2.1. Consommations et pratiques de consommations d'alcool des jeunes

En termes de pratique de consommation d'alcool, la Bretagne présente une particularité. Elle concerne les consommations à risque, c'est-à-dire les consommations ponctuelles excessives et les ivresses. Ces pratiques sont plus élevées dans notre région. Les pratiques festives, en particulier les sorties dans les bars et chez des amis sont aussi plus répandues. Depuis quelques années, les professionnels bretons en contact avec ce public se montrent particulièrement préoccupés par l'augmentation du phénomène d'alcoolisation massive chez les jeunes publics, qualifié par certains de « Binge Drinking » (ou, selon ESPAD, de « Heavy episodic drinking », qui se mesure par 5 verres ou plus « d'un seul coup » ou en une occasion).

Les données épidémiologiques, notamment celle de la dernière enquête ESCAPAD[2] (2008), montrent que contrairement à l'indicateur d'usage régulier d'alcool, pour lequel il n'y a pas de distinction entre la Bretagne et la métropole, la Bretagne tend à se distinguer très nettement de la moyenne nationale concernant les différents types d'ivresses.
En effet, la région connaît des prévalences d'ivresse et de comportements à risque particulièrement élevés chez les jeunes, avec une prévalence davantage masculine. Ainsi, à 17 ans, 39% des jeunes bretons 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

[2] Enquête déclarative par questionnaire proposée lors de la journée d'appel de préparation à la défense pour les jeunes de 17 ans. Cette enquête renseigne sur les niveaux d'usage et les évolutions en termes de produits et de modalités de consommation. Après les enquêtes de 2001, 2003 et 2005, la dernière s'est déroulée en 2008.

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 Bretons sont également plus nombreux à déclarer des prises de risques (tels que la conduite d'un deux roues, par exemple) en état d'ébriété.
Il convient cependant de préciser que ces consommations d'alcool sont intimement liées à des pratiques festives. En effet, 80% des répondants précisent avoir recours à l'alcool dans l'optique de « faire la fête ». Deux autres précisions sont également à apporter. Tout d'abord, si ces différents niveaux d'ivresse en Bretagne sont plus élevés que dans les autres régions, ces indicateurs sont orientés à la baisse comparativement à l'enquête ESCAPAD de 2005. D'autre part, cette spécificité bretonne n'est pas l'exclusivité des jeunes, mais se retrouve également en population générale (chez les 15-75 ans, cf. Baromètre santé 2005).
Pour une revue de question plus complète, voir la note du CIRDD Bretagne « L'alcool et les jeunes en Bretagne », juin 2011[3].

2.2. Problématiques de santé publique en Bretagne

La mortalité prématurée de la population bretonne (avant 65 ans) est supérieure à la moyenne française, notamment en raison des cancers des voies aérodigestives, des cirrhoses alcooliques et des accidents corporels impliquant l'alcool. Cette mortalité prématurée pourrait être évitable car elle est liée aux comportements à risque, parmi lesquels les consommations d'alcool excessives.
A court terme, la consommation excessive d'alcool entraîne également des dommages sanitaires et psycho-sociaux pour les jeunes publics, mais aussi pour les plus âgés : comas, violence, accidents, rapports sexuels non désirés et non protégés, interpellations par les forces de l'ordre, risques sanitaires et de dépendance, difficultés scolaires, sociales, familiales…

2.3. Interrogations institutionnelles

Face à l'ampleur des conséquences 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…) 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 massives des jeunes publics figure parmi les priorités de nombreuses politiques publiques.
Ainsi, à l'instar du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, l'ensemble des plans départementaux MILDT bretons mentionnent parmi leurs priorités « la prévention des conduites d'alcoolisations des jeunes publics ».
Pour l'Agence régionale de santé de Bretagne, la Préfecture de Région et les Préfectures de département, l'Education nationale, l'Hôpital, les collectivités locales, cette situation interroge et doit être mieux comprise afin d'engager des politiques efficaces de lutte contre ces phénomènes d'alcoolisation.
Les acteurs de la chaîne de prise en charge (pompiers, forces de l'ordre) se disent lassés de prendre en charge ce type de public, les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Alcoologie et les autres structures d'accueil et d'écoute de jeunes ont le sentiment que des actions pourraient être menées spécifiquement pour ce type de public et que les moyens manquent pour proposer des solutions adaptées.
Si le coût pour la collectivité des conséquences de ces abus est très élevé (soins, lutte contre les troubles de la tranquillité et de la sécurité publique), l'état des connaissances et des recherches sur cette question est actuellement insuffisant compte tenu des enjeux de santé publique posés par l'alcool.

[3] http://www.cirdd-bretagne.fr/fileadmin/documents/alcool-jeunes/CIRDD-Note-alcool-Juin2011.pdf

3. Etat de la question en France et à l'international

Les services d'accueil des urgences sont des lieux particulièrement concernés par les problèmes d'alcool. C'est en effet à l'hôpital que se révèlent les conséquences les plus graves de certaines alcoolisations : accidents, blessures, agressions, comas éthyliques…
Pour autant, il n'existe que peu d'éléments sur ce thème dans la littérature scientifique et professionnelle, en particulier concernant les moins de 25 ans, tout comme il n'existe aucun système d'observation épidémiologique à l'échelle nationale ou européenne.
Mais, en dépit d'un manque de données chiffrées, force est de constater qu'un nombre important de professionnels de terrain exprime une préoccupation pour ce phénomène. En effet, de nombreux professionnels concernés estiment qu'il existe à l'heure actuelle une augmentation des admissions aux urgences suite à une consommation excessive d'alcool. Pour autant, il ne s'agit que de constats empiriques, sans réelle objectivation par le biais d'éléments quantitatifs.
Un autre constat relayé par ces mêmes professionnels concerne le rajeunissement et la féminisation de la population admise aux urgences pour une ivresse aiguë, c'est notamment le cas au SAU de Rennes (cf CIRDD Bretagne, « Prise en charge de l'alcoolisation aiguë des moins de 25 ans aux urgences », septembre 2011)[4].

La revue de littérature effectuée en 2009/2010 a permis de repérer une soixantaine d'articles scientifiques et une dizaine de documents, parmi lesquelles les conférences de consensus, les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (devenue la Haute Autorité de Santé) et celles de la Société Française de Médecine d'Urgence. Les ouvrages de médecins et/ou chercheurs : psychiatres, addictologues, neurologues ont également été étudiés.
Un rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous mains de justice publié par l'Assemblée nationale et un rapport d'évaluation de la procédure d'Ivresse Publique Manifeste (IPM) corédigé par plusieurs inspections générales ont permis de clarifier les aspects réglementaires de cette prise en charge.
Sur ces documents, seule une vingtaine d'articles comporte spécifiquement des données sur la prise en charge aux urgences des adolescents ou jeunes adultes en ivresse aiguë.
Au-delà des éléments qui sont synthétisés ci-après, il ressort globalement que l'ivresse aiguë « dérange ». Le poids des représentations culturelles et sociales est très fort sur ce thème et les milieux professionnels n'y échappent pas.

3.1. Brève synthèse de la littérature scientifique sur la place des adolescents en ivresse aiguë aux urgences

La revue de littérature effectuée pour cette analyse n'est certes pas exhaustive, mais des tendances ont été clairement identifiées. Tous les articles et documents étudiés montrent ainsi que le passage d'un jeune au service des urgences suite à une consommation excessive d'alcool n'est jamais un événement anodin et que « *le recours des adolescents au service d'accueil et d'urgences est déjà à lui-seul un facteur de gravité* ».
L'admission aux urgences représente aussi pour certains l'unique accès au dispositif de soins. Il peut s'agir là d'un moment clef sur lequel s'appuyer pour inviter le jeune et son entourage à s'interroger en vue de limiter les conduites à risques et leur réitération. Ménecier et ses collaborateurs (2009)[5] font ainsi remarquer que « *l'intoxication éthylique aiguë (IEA) aux urgences n'est ni banale, ni conjoncturelle. C'est une urgence médicale ou psychiatrique à part entière… Elle est la partie visible*

[4] http://www.cirdd-bretagne.fr/fileadmin/documents/alcool-jeunes/CIRDD-enquete-urgences.pdf

[5] MENECIER, A., GIRARD, A., BADIL, P., ROTHEVAL, L., LEFRANC, D. & MENECIER-OSSIA, L. (2009). L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. Etude prospective sur un an en hôpital général. *La revue de médecine interne, 30,* 316-321.

d'une situation de mésusage d'alcool qui arrive devant une équipe soignante… C'est une opportunité d'échange, d'information et d'éducation pour la santé… ». David et al., (2005)[6] indiquent que « *les IEA d'adolescents, trop souvent considérées comme festives et initiatiques, sont pourtant bien souvent révélatrices de perturbations psychosociales* ».

La consommation d'alcool chez un jeune peut en effet parfois être le reflet d'une souffrance sous-jacente nécessitant une prise en charge adaptée. Les consommations peuvent également faire écho à un besoin, à l'adolescence, de s'affirmer, de flirter avec le risque, de dépasser les limites… Certains jeunes peuvent, à travers leurs consommations, mettre en danger leur vie ou celle de leur entourage. Il est aussi aujourd'hui démontré que, plus les consommations d'alcool sont précoces, plus le risque de voir s'installer une dépendance à l'âge adulte, est élevé.

Il est donc nécessaire de mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour répondre au besoin de repérage et d'orientation des jeunes admis aux urgences pour intoxication éthylique aiguë, de manière à leur permettre d'accéder à l'ensemble des ressources dont ils peuvent avoir besoin. Il s'agit de s'assurer qu'une réponse adaptée est apportée à chaque jeune, et ce dans le but de diminuer la réitération et les prises de risque. C'est le sens de la création des équipes d'alcoologie de liaison en 1996, dont certaines ont mis en place des consultations spécialisées pour adolescents (par exemple à Chambéry).

Il ressort également de cette analyse d'articles que les jeunes devraient aussi pouvoir bénéficier, quelques jours après leur passage aux urgences, une fois la tension retombée, d'une rencontre avec un professionnel compétent qui sera en mesure d'évaluer la situation et de leur apporter les informations et le soutien dont ils ont besoin.
Lors de leur admission aux urgences, ils sont en effet confrontés aux conséquences négatives de leur consommation et ils peuvent peut-être plus facilement remettre en question leurs habitudes de consommation (Ménécier & al., 2009).
Cette expertise à distance de l'épisode aigu est souvent complexe à mettre en œuvre par manque de temps et de personnel spécialisé, pourtant elle permet de verbaliser l'épisode de la crise qui a nécessité une hospitalisation. Le patient peut analyser le mécanisme, la prise de risque induite et les conséquences de ses actes (Michel & Guillery, 2006)[7]. Si besoin, cet entretien, à froid, peut être suivi par une orientation vers une structure de soins spécialisées en alcoologie.

La littérature scientifique montre que les entretiens de type « repérage précoce, intervention brève » (RPIB) effectués avec une approche motivationnelle ont fait la preuve de leur efficacité dans le domaine de l'addictologie. Elles peuvent être utilisées en cas d'usage nocif. En effet, ces interventions individualisées, proposées au bon moment et bien menées, permettent de diminuer les prises de risque ultérieures. Elles sont organisées sous forme d'entretiens avec ou non des questionnaires de repérages (AUDIT, DETA, CRAFT/ADOSPA[8]). L'acronyme FRAMES résume les modalités de déroulement de ces entretiens : Feed-back (restitution au patient de l'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool ; Responsability (la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patients) ; Advice (un conseil de modération est clairement donné au patient) ; Menu (un choix d'option de changement de consommation est donné au patient) ; Empathy (le thérapeute fait preuve d'empathie) : Self-efficacy (les ressources personnelles du patient pour changer de comportement sont renforcées par le thérapeute).

Au besoin, l'entretien peut être prolongé par un accompagnement plus spécifique dans une structure adaptée. En effet, certains auteurs, notamment Picherot et al., (2005)[9] aux urgences pédiatriques de

[6] DAVID, C., NEGARET, G., DEZE, F., GALLE, E. & BOUGET, J. (2005). Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence. *Médecine Thérapeutique, 11*(1), 56-63.

[7] MICHEL, G. & GUILLERY, X. (2006). Les conduites à risque chez l'adolescent. Propositions de prise en charge dans un service d'urgence. *Alcoologie et Addictologie, 28(1), 51-57.*

[8] Ces questionnaires sont présentés en fin de document.

[9] PICHEROT, G., LE BERRE, S., HAZART, I., MUZLACK, M., SARTHOU, L., RAMOS, E. (2005). Place des adolescents dans l'urgence hospitalière. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie, 8*(2), 81-85.

Nantes posent la question de la pertinence d'un entretien aux urgences. Les services d'urgences sont-ils des lieux appropriés pour proposer des entretiens approfondis ?
Pourtant des initiatives existent. Depuis 2002, les intervenants de l'espace Santé jeunes de l'hôpital Hôtel Dieu à Paris rencontrent des adolescents (moins de 21 ans) admis aux urgences adultes pour différents motifs. Ces jeunes sont repérés à partir des réponses à 15 questions proposées par les médecins urgentistes qui alertent alors l'équipe de l'espace Santé Jeunes (Sthéneur & Vernant cités par Picherot, 2005). Cette prise en charge est concomitante à celle des urgentistes.
Dès 2001, Boudaillez, chef du service de pédiatrie du CHU d'Amiens propose une consultation en médecine de l'adolescence avec un référent médical qui effectue une prise en charge globale évitant le découpage somatique/psychique/social (Boudaillez & al., 2001)[10].
Dans tous les cas, selon la littérature, les services d'urgence devraient pouvoir mettre à disposition des adolescents une structure « calme et performante » pour permettre une prise en charge globale.

Les déficiences d'orientation en aval témoignent souvent du défaut d'une liaison efficace entre services d'urgences et environnement médico-social, parfois due à l'insuffisance ou à la saturation des structures aval (Alvin & al., 2002)[11]. Pourtant, en 2005, des « consultations Jeunes usagers » ont été mises en place sur l'ensemble du territoire français, associées à des thérapies brèves. Elles semblent être insuffisamment connues et insuffisamment implantées dans les territoires. La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT) préconise l'augmentation de l'utilisation de ces consultations (Picherot, 2010)[12].

Dans certains cas, et notamment pour les mineurs, il peut être demandé aux parents de participer à un entretien avec le professionnel. Une méta-analyse publiée par le National Institute for Health Research (Smit & al., 2008)[13] a conclu à une efficacité globale faible des interventions familiales, mais pouvant être durable au moins 4 ans.

Plusieurs articles indiquent également qu'il est nécessaire de mieux former les équipes d'urgentistes et de mieux les outiller de façon à leur permettre d'évaluer rapidement la situation des patients alcoolisés et de pouvoir les orienter facilement vers la réponse la plus adaptée. Cette professionnalisation en alcoologie doit permettre de contrer les attitudes liées aux tabous et représentations des personnels soignants qui vont de l'ironie, au rejet en passant par la complaisance… (Rotheval & al., 2008)[14].

La Haute Autorité de Santé, dans son rapport de recommandations de la commission d'audition sur les « abus, dépendances et polyconsommations : stratégie de soins »[15], préconise pour les adolescents le recours aux thérapies familiales, aux interventions brèves avec une formation des professionnels qui les prennent en charge dans ces deux domaines. L'utilisation des auto-questionnaires CRAFT- ADOSPA[16] est recommandée pour le repérage et la prise de conscience des abus de consommations.

Pour parvenir à améliorer la question des alcoolisations excessives des jeunes, l'objectif est bien d'organiser un véritable réseau de prise en charge globale médico psychosociale des adolescents et de former les personnels des urgences à l'accueil de ce public.

---

10 BOUDAILLIEZ, B., PERRIN, I. & ALVIN, P. (2001). Les adolescents aux urgences hospitalières : usage et messages. Archives de Pédiatrie, 8(2), 476-478.

11 ALVIN, P., GASQUET, I., de TOURNEMIRE, R., NOUYRIGAT, V. & SPERANZA, M. (2002). Les adolescents aux urgences hospitalières. A propos d'une enquête menée à l'AP-HP. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 50, 571-576.

12 PICHEROT, G. (2010). L'alcoolisation des adolescents : une précocité inquiétante ? Archives de Pédiatrie, 17(5), 583-587.

13 SMIT, E., VERDURMEN, J., MONSHOUWER, K. & SMIT, F. (2008). Family interventions and their effects on adolescent alcohol use in general populations : a meta-analysis of randomized controlled trials. National Institute for Health Research.

14 ROTHEVAL, L., POILLOT, A., LEFRANC, D., PELLISSIER-PLATIER, S., BADILA, P. & MENECIER, P. (2008). La rencontre clinique après l'ivresse : la place de l'entretien. Le courrier des addictions, 10(4), 27-29.

15 HAUTE AUTORITE DE SANTE (2007). Abus, dépendances et poly consommations : stratégies de soins, Recommandations de la commission d'audition.

16 Ces questionnaires sont présentés en annexe.

3.2. Les conférences de consensus et les recommandations pour la pratique clinique en France

En 1992, la Société Francophone de Médecine d'Urgence a élaboré une conférence de consensus sur « l'ivresse éthylique dans les services d'accueil des urgences ». Cette conférence de consensus a été réactualisée en 2003 et 2006. En 2001, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a 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* ».
Les recommandations de l'actualisation en 2006, la plus récente, de la conférence de consensus de 1992 sont présentées ci-après.

3.2.1 - La prise de charge de l'intoxication éthylique aiguë (IEA)

La notion d'intoxication éthylique aiguë (IEA) est une notion médicale faisant référence à une ingestion excessive d'alcool par un sujet.
Ce diagnostic est le résultat « *d'un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques qui permettent d'en apprécier la gravité* », *sachant que « la corrélation entre l'alcoolémie, les signes cliniques et la gravité est médiocre et d'autant plus faible que le patient est un éthylique chronique* ».
De nombreux facteurs influent sur les manifestations de l'alcoolisme : gènes, sexe, âge, poids, pathologies associées, chronicité, consommation d'autres substances psychoactives. Les caractéristiques de la prise d'alcool comptent aussi : type d'alcool, dose ingérée, rapidité d'ingestion, température de la boisson, ingestion simultanée de nourriture. Il n'existe donc pas de corrélation fiable entre les signes cliniques observés et les taux d'alcool ingérés par une personne. Il n'est donc pas systématiquement facile pour un praticien de poser un diagnostic d'IEA : « *L'ivresse est une grande mystificatrice : elle peut mimer des syndromes psychiatriques et masquer des syndromes neurologiques* » (Batel, 2009)[17]. La manière d'appréhender l'alcool et l'ivresse peut aussi différer d'un praticien à l'autre, en fonction de l'expérience et des représentations propres à chacun.
Les conséquences médicales d'une IEA peuvent être plus ou moins graves, allant du simple sentiment d'ébriété à la diminution des fonctions cognitives et des capacités psychomotrices, à la perte de contrôle, au coma éthylique…
Les conférences de consensus distinguent l'IEA isolée non compliquée, l'IEA avec agitation psychomotrice et l'IEA avec des troubles de la vigilance. Il peut exister une relative confusion auprès des non soignants, entre l'IEA et le coma éthylique qui en est la forme la plus extrême et peut entraîner la mort dans certains cas (étouffement par vomissement).
La mesure de l'alcoolémie dans le sang (éthanolémie) ou dans l'air expiré (éthylométrie) reste la meilleure méthode pour estimer l'imprégnation éthylique au niveau cérébral. Elle est recommandée, en particulier en cas de doute diagnostic. Elle est aussi considérée comme un moyen de lutter contre le déni de la part du patient et d'amorcer la prise en charge.

3.2.2 - Des facteurs de risque associés : suicide et alcoolodéfonce

L'actualisation 2006 de la conférence de consensus met l'accent sur la consommation d'alcool comme facteur de risque de suicide. « *Devant toute IEA, le praticien doit rechercher les motivations du patient qui l'ont amené à consommer de l'alcool. Il est impératif de connaître la gravité actuelle ou potentielle* ».
Cette réactualisation intègre aussi l'intoxication de type « Binge-drinking » ou « alcoolodéfonce », avec la prise, lors d'une même occasion, d'au moins 5 verres d'alcool chez l'homme ou de 4 verres chez la femme. Ce type de consommation est clairement identifié comme « une conduite addictive à haut risque, sur le plan traumatologique (accident de la voie publique, rixe…) et sur le plan social (désinhibition avec majoration de l'agressivité et des comportements violents)».

[17] BATEL, P. (2009). Que sait-on de l'ivresse. *Recherche et Alcoologie, lettre d'information de l'IREB, 36*, 1-2.

3.2.3 - L'intoxication éthylique aiguë chez l'adolescent

L'actualisation 2006 approfondit l'IEA chez l'adolescent. Car si les risques somatiques sont les mêmes que chez l'adulte, « les enfants et adolescents qui se présentent aux urgences en IEA ne sont que la partie visible de l'iceberg, schématisant la consommation d'alcool chez les jeunes » (Woolfenden et al., 2002)[18]. « Chez les enfants et adolescents se présentant avec une IEA, les facteurs de risque de consommation pathologique d'alcool (abus ou dépendance) et de suicide doivent être recherchés : tentative de suicide, maltraitance et abus sexuel, antécédent familiaux de troubles psychiatriques et/ou abus de substances psychoactives. L'association IEA et intoxication par d'autres substances psychoactives doit être systématiquement recherchée »… La consultation aux urgences est déjà à elle seule un facteur de gravité et doit inciter à proposer une prise en charge systématique comparable à celles des tentatives de suicide de l'adolescent ».

Les adolescents constituent ainsi une population particulièrement à risque et une hospitalisation minimum de 72 h est recommandée avec une évaluation psychiatrique et sociale systématique, en prenant soin de ne pas « fixer la pathologie », à cette période de développement de l'adolescent. Un suivi en centre médico-psychologique peut être proposé (ANAES, 2001).

En termes de prévention, une prise en charge globale non culpabilisante et non simplificatrice de l'adolescent est préconisée. L'implication de l'entourage permet de prévenir les récidives. La revalorisation parentale, le rétablissement de la confiance dans l'avenir social peut diminuer les prises de risque (ANAES, 2001).

3.2.4 - Surveiller l'intoxication éthylique aiguë

Toujours selon cette réactualisation, les stratégies de surveillance relèvent des bonnes pratiques cliniques :

- le patient doit être hospitalisé en unité d'hospitalisation de courte durée ou à défaut dans la structure d'accueil (SAU). La surveillance est médicale et paramédicale (niveau de vigilance, pupilles, fréquence respiratoire et cardiaque, pression artérielle). Elle se déroule toutes les heures jusqu'au rétablissement des fonctions relationnelles du patient. Le patient présentant des signes de gravité avec détresse vitale devra être orienté vers une structure de réanimation. En cas d'accident de la voie publique, l'examen doit être complet et la surveillance attentive.

« Un état d'agitation peut nécessiter une contention physique. L'utilisation d'une contention chimique et de médicaments sédatifs doit accroitre la surveillance du fait du risque de potentialisation de l'effet sédatif »…

3.2.5 - Après la phase aiguë : évaluer la situation

La réactualisation de 2006 indique que les modalités de sortie se font sur prescription médicale, après examen clinique et rétablissement des fonctions relationnelles avec, si possible, un accompagnement par un membre de son entourage.

« *L'ivresse aiguë témoigne d'un mésusage voire d'une alcoolo-dépendance, elle ne doit pas être banalisée. Une évaluation de la consommation d'alcool doit être réalisée après dégrisement. L'équipe soignante doit avoir reçue une formation au préalable afin de diagnostiquer un mésusage, de rechercher d'éventuelles complications ainsi qu'une alcoolo-dépendance. La prise en charge alcoologique aux urgences permet d'améliorer la connaissance et les pratiques de l'équipe soignante et semble diminuer les réhospitalisations. Cette évaluation est essentielle et doit être réalisée au mieux à l'UHCD par le médecin urgentiste ou le personnel formé* ».

Pour effectuer ces évaluations, les questionnaires DETA (CAGE) en 4 questions ou AUDIT en 12 questions ont été validés et permettent de détecter les mésusages et l'alcoolo-dépendance.

En cas de mésusage, un entretien par l'équipe soignante des urgences est réalisé sur le mode d'une intervention ultrabrève.

En cas de facteurs aggravants ou de comorbidité, une intervention spécialisée sera réalisée par les équipes d'addictologie, d'alcoologie, de psychiatrie ou des urgences formées en addictologie. « Cette intervention respecte les modalités d'entretiens de motivation.

[18] WOOLFENDEN, S., DOSSETOR, D. WILLIAMS, K. (2002). Children and adolescents with acute alcohol intoxication/self poisoning presenting to emergency department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156*(4), 34-58

En cas d'usage nocif, un suivi sera proposé au patient dans un centre d'alcoologie. Des troubles psychiatriques doivent conduire à une évaluation et une prise en charge par le psychiatre ».
L'information du médecin traitant doit être systématique, tout en respectant la volonté du patient. Elle peut se faire « s*ous la forme d'un courrier avec un rappel des structures de proximité* »…
Tout refus de prise en charge ou toute sortie prématurée doit s'accompagner d'une remise de livret et/ou de l'envoi d'un courrier rappelant l'admission aux urgences avec une liste de structures de proximité et la proposition de prendre contact avec le médecin traitant.

3.3 - Le cas particulier de la prise en charge pour les Ivresses Publiques Manifestes (IPM) par les personnels des urgences et les forces de l'ordre

La procédure pour Ivresse publique manifeste date de 1873. Son objectif est d'assurer la protection des personnes et la sécurité publique. Aujourd'hui encore, cette procédure garde toute son actualité et un rapport d'information récent émis par l'Assemblée nationale en juillet 2009[19] sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice, indique que 80 à 90 % des IPM sont à relier à des pathologies chroniques de l'alcool. Bien souvent, l'IPM s'accompagne d'infractions connexes plus ou moins graves (tapage, rébellion, violences). Elle représente donc un enjeu majeur en termes de prévention de la délinquance.
Depuis cette loi de 1873, l'IPM est devenue une infraction régie aujourd'hui par le code de la santé publique. L'article L 3341-1 indique que « *une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison* ». L'article R 3353-1 indique aussi que le fait de se trouver en état d'ivresse manifeste (dans les lieux mentionnés ci-dessus) est puni de l'amende prévue pour les contraventions de 2ème classe (150 euros maximum, art 131-13 du code pénal).

3.3.1 - L'examen médical

Avant ce placement et consécutivement aux indications de deux circulaires du ministère de la santé publique de 1973 et 1975[20] la personne ivre doit être conduite par les agents devant un médecin du centre hospitalier le plus proche « *pour établir le bilan médical exact de son état* ». Si le placement de la personne ivre n'est pas possible, la personne sera hospitalisée ; dans le cas contraire, le médecin délivre un certificat de non hospitalisation, qui autorise les forces de police à placer la personne ivre dans une cellule de dégrisement.
Concernant la délivrance de ce certificat de non hospitalisation, obligatoire pour tout patient amené par les forces de l'ordre dans le cadre d'une ivresse publique manifeste, « *le critère minimal de surveillance est le maintien de la permanence des fonctions relationnelles* ».

Dans l'actualisation de 2003 de la conférence de consensus, il était déploré le manque de suivi des personnes retenues dans les locaux des forces de l'ordre pour IPM dans le cadre d'une prise en charge complète de leur problème alcoologique. La conférence de consensus proposait qu'au minimum une consultation médicale ait lieu dans les services de police afin d'organiser un projet de soins ultérieurs avec les généralistes ou les centres spécialisés.
Reynaud & Parquet, (1999), estimaient nécessaire de sensibiliser les forces de l'ordre à la prise en charge alcoologique de ces sujets, par le biais d'une formation adéquate.

19 Assemblée nationale N°1811 – Rapport d'information par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous mains de justice – 8 juillet 2009.
20 Circulaires DGS du 16 juillet 1973 et du 9 octobre 1975 (cité par le rapport d'évaluation de la procédure d'ivresse publique manifeste d'avril 2008 en ligne sur www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_IPM_20080219.pdf - dernière consultation le 21 août 2011)

En 2009, un rapport d'information[21] émis par l'Assemblée nationale indiquait encore que l'orientation de la personne après l'IPM vers des prises en charge dans le cadre d'un CSAPA apparaissait comme une mesure adaptée.
La rédaction de 4 protocoles en matière d'ivresse éthylique et d'agitation était déjà évoquée par Boussiron (1998). Selon lui, il apparaissait utile de fixer des règles pour faire appel au psychiatre de garde, prendre en charge le patient agité et présumé ivre, définir un protocole pour l'ivresse publique manifeste, élaborer une fiche de liaison police/urgence.
Toutes ces questions restent encore aujourd'hui d'actualité.

3.3.2 - Les coûts de la procédure

Un rapport d'évaluation des IPM réalisé en 2008 par les inspections générales[22] (gendarmerie, administration, affaires sociales, services judiciaires) a conclu après une analyse socio-économique poussée que l'architecture globale du dispositif actuel de l'IPM peut être conservée tout en améliorant la cohérence de la triple prise en charge par la police, la justice et le secteur sanitaire. Vingt recommandations ont été préconisées. Ces mesures permettent des gains en équivalent temps plein, dans les services de police, de gendarmerie et les services judiciaires. Elles devraient aussi permettre d'améliorer l'efficacité des réponses pénales et une meilleure prise en compte de l'aspect sanitaire de l'IPM.
70 000 personnes sont impliquées environ chaque année. Au delà du coût social (alcoolisation et santé publique) et sociétal (troubles à l'ordre et à la tranquillité publique), ce rapport évalue le coût analytique complet de l'IPM.
Actuellement deux modalités de prise en charge co-existent. Si la personne interpellée en IPM est amenée aux urgences, ce coût est de 225 € (coûts médicaux : 25 euros ; coût policier : 170 euros ; coût judiciaire : 30 euros). Au commissariat, le coût d'intervention s'élèverait en moyenne à 90 € pour la police, le coût de l'intervention médicale sur place à 80 euros, le coût judiciaire resterait inchangé à 30 euros, soit 200€ au total. La mission d'évaluation reconnaît que les coûts médicaux aux urgences sont vraisemblablement sous estimés car elle n'a pu avoir accès à une comptabilité analytique permettant de chiffrer le coût réel des actes réalisés.
Elle recommande de privilégier la consultation médicale dans les locaux de la police ou de la gendarmerie. En effet, selon le rapport, *« la visite du médecin sur le lieu de rétention est plus efficiente que le transport de la personne interpellée par les forces de sécurité aux urgences »… « De plus, le passage dans les services d'urgence hospitalière présente des inconvénients en termes d'image de la procédure pour l'hôpital et pour la police ou la gendarmerie ».*
Une note du 25 mars 2004 du directeur de l'administration de la police nationale rappelle également que *« les frais médicaux d'obtention du certificat de non hospitalisation incombent aux services de police, sauf à prendre une disposition législative prévoyant la prise en charge des frais en cause par le contrevenant ».*
Cette question de la prise en charge des ivresses publiques manifestes mériterait d'être approfondie. Il pourrait ainsi être utile d'affiner cette étude de coût économique de l'IPM en Bretagne.

[21] Assemblée nationale N°1811 – Rapport d'information par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous mains de justice – 8 juillet 2009.
[22] Evaluation de la procédure d'ivresse publique manifeste (IMP) – Inspection de la gendarmerie nationale ; inspection générale de l'administration ; inspection générale des affaires sociales ; inspection générale des services judiciaires – 09/04/2008.

4. Les niveaux d'admissions pour ivresse aiguë dans les SAU des hôpitaux de Bretagne

4.1. Le codage des intoxications éthyliques aiguës et les statistiques qui en découlent

Avant de présenter les résultats épidémiologiques en Bretagne, une brève explication sur les modalités de saisie des motifs d'admission dans les services d'accueil des urgences est nécessaire.
L'admission d'une personne aux urgences pour une intoxication éthylique aiguë est objectivée par un diagnostic posé par le médecin qui l'examine, dont le code spécifique est F10. Cependant, un patient peut présenter plusieurs pathologies concomitantes. Par exemple, le dossier d'un patient alcoolisé présentant une fracture de l'arcade sourcilière pourra comporter deux diagnostics : F10 (IEA) et S00 (liaison traumatique), charge au médecin de déterminer lequel de ces deux diagnostics est le « diagnostic principal ».
Or, d'un point de vue épidémiologique, les bases de données sont interrogées à partir du codage « F10 » dans les dossiers des patients. Les biais de codage peuvent donc interférer dans la validité des données.

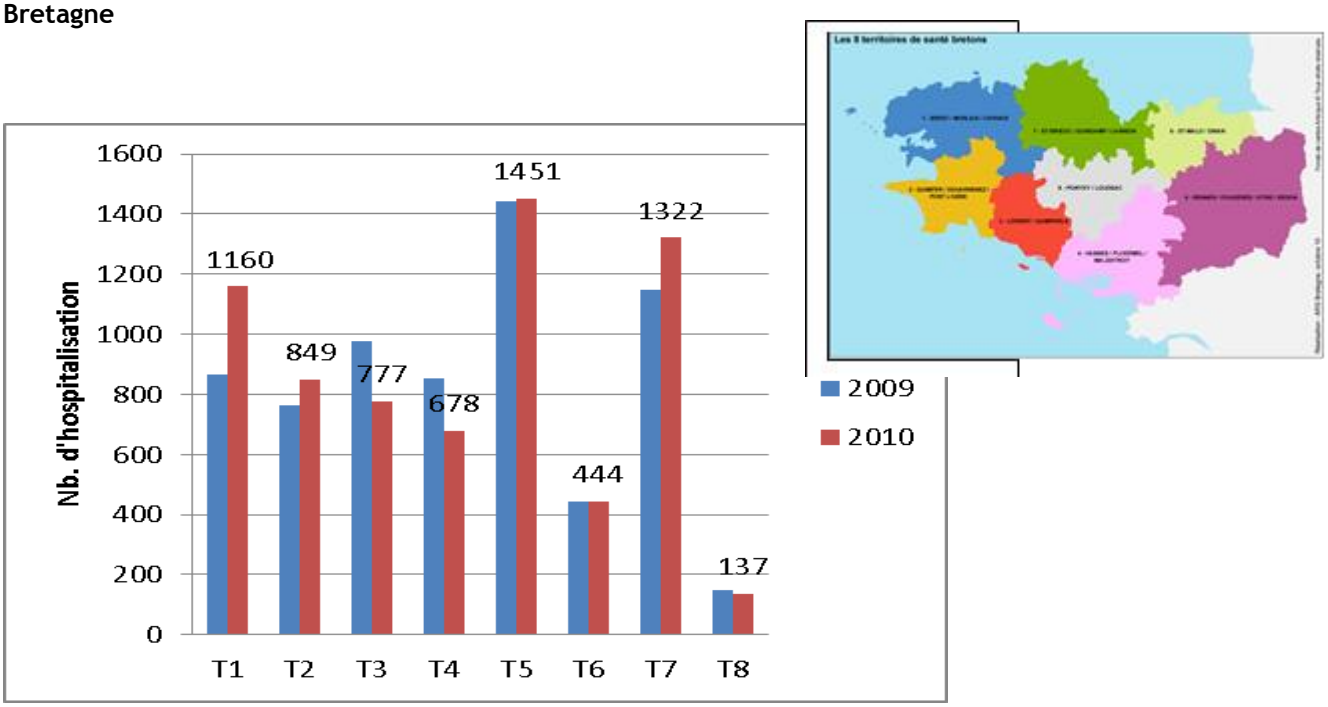
Cette information médicale concernant le patient (l'IEA) est saisie dans la base de données du service (tous les SAU ne sont pas équipés d'un système informatique). En Bretagne les systèmes Res'Urgences et URQUAL sont les plus utilisés par les médecins urgentistes. Par la suite, soit le patient quittera l'hôpital ou alors son passage débouchera sur une hospitalisation, plus ou moins longue, en fonction de l'état de gravité présenté. En cas d'hospitalisation, cette information va faire l'objet d'un traitement par le département d'information médicale (DIM) de l'établissement, puis elle sera traitée au niveau national par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH). La base de données qui en résulte (PMSI MCO) peut faire l'objet d'analyses spécifiques par les différents Observatoires régionaux de santé, en fonction des priorités locales. A l'heure actuelle, en l'absence d'un système d'observation commun à l'ensemble des services d'urgences français, cette base de données est la seule source d'information permettant d'évaluer l'ampleur de la situation en matière de passage aux urgences de jeunes de moins de 25 ans pour intoxication éthylique.
Un observatoire régional des urgences a mis en place un recueil systématique des données d'admissions des SAU, mais l'ensemble des SAU ne participent pas encore à cette démarche.

4.2. Analyse des données PMSI pour la région Bretagne : des chiffres à prendre avec précaution

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.
Cette base de données comptabilise ainsi dans chaque établissement le nombre de séjours en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour une pathologie donnée.
Concernant les intoxications éthyliques aiguës, en 2010 en France, on relève 84 017 séjours ; 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 français.
Mais attention, un simple passage aux urgences qui n'aboutit pas sur une hospitalisation ne sera pas comptabilisé dans la base. C'est pourquoi il est nécessaire de présenter d'une part le nombre d'hospitalisation pour IEA et d'autre part le nombre d'admissions aux urgences pour IEA.
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 être relativisées en raison d'importants biais de codage liés au caractère très ambigu de la notion d'IEA, et plus largement de la notion « d'ivresse », source de difficulté de diagnostic pour le praticien.
C'est pourquoi il est fondamental de souligner que si ces chiffres apportent un éclairage intéressant sur la situation épidémiologique française, ils doivent cependant être interprétés avec une extrême prudence.

Evolution du nombre d'hospitalisations pour IEA entre 2009 et 2010 dans les territoires de santé en Bretagne

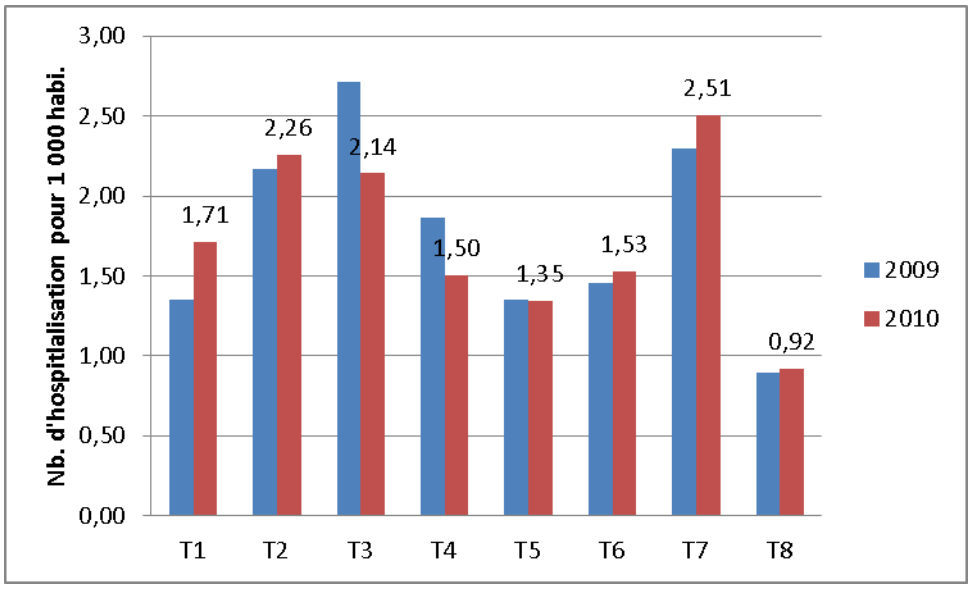


Source : ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

La situation des territoires de santé est assez inégale en termes de volume d'hospitalisation, toute population confondue. Trois territoires émergent avec un nombre d'hospitalisation supérieur à 1100 pour l'année 2010 : le territoire 1 (avec notamment le CHU de Brest, n = 692 en 2010) ; le territoire 5 (avec le CHU de Rennes, n = 1013 en 2010, il s'agit de l'hôpital concentrant le plus d'hospitalisations de ce type) ; le territoire 7 (avec notamment le CH Saint Brieuc, n = 781 en 2010). A l'opposé, les territoires de santé 6 et 8 sont ceux où l'on trouve le moins d'hospitalisations pour IEA. Il convient de préciser pour ces deux territoires qu'il s'agit de ceux pour lesquels l'importance de la population est la moins élevée. Enfin, à un niveau plus intermédiaire, on retrouve les territoires 2, 3 et 4 dont les niveaux oscillent entre 678 et 849 hospitalisations. Pour ces trois territoires, les hôpitaux concernés sont situés dans des pôles urbains (Vannes, Lorient et Quimper) démographiquement moins important que Rennes et Brest.

Concernant l'évolution du nombre d'hospitalisation entre 2009 et 2010, trois orientations se dessinent : soit on remarque une évolution orientée vers une hausse (T1, T2 et T7) ; soit une inflexion de la tendance (T3, T4) ou bien une tendance à la stabilité (T5, T6 et T8).

Evolution du nombre d'hospitalisations (file active) pour IEA pour 1000 habitants entre 2009 et 2010 dans les territoires de santé en Bretagne

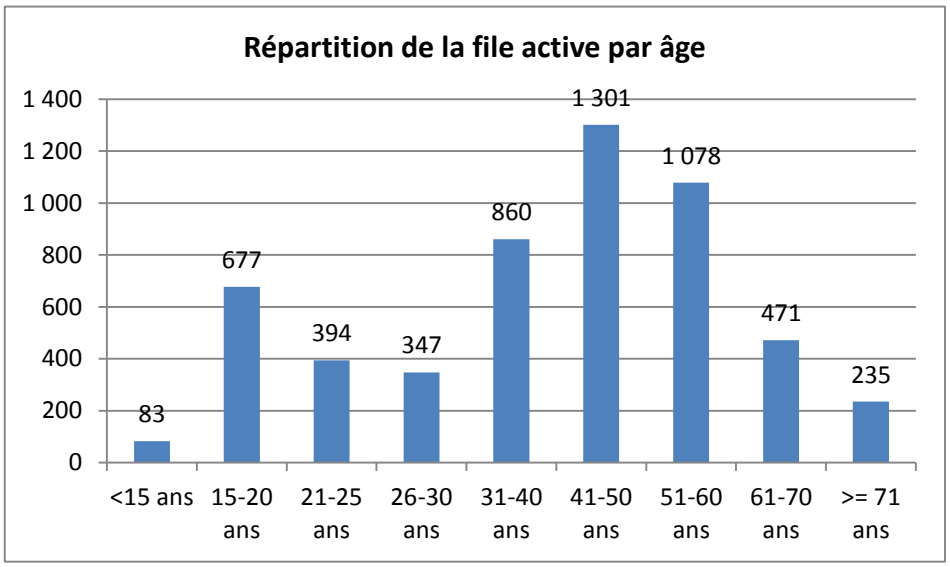


Source : ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

Dans le graphique précédent (nombre d'hospitalisations), les territoires 1, 5 et 7 étaient ceux où l'on pouvait relever les plus grands nombres d'hospitalisations (respectivement 1160, 1451 et 1322 en 2010). Ces territoires comptent également les populations les plus importantes. Rapportées au niveau d'hospitalisation pour 1000 habitants (file active : patient vu au moins une fois dans l'année), on remarque également que les situations respectives des territoires de santé en Bretagne sont assez inégales en termes de volume d'hospitalisation. Les territoires 2, 3 et 7 sont ceux où le nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants est le plus élevé (respectivement 2,26; 2,14 et 2,51 en 2010). Les territoires 2 et 3 se placent en 5è et 6è positions en termes de nombre d'habitants, et le territoire 7 est en 3è position. Des stratégies d'hospitalisation peuvent exister au sein des territoires.

Le territoire 5 qui se distinguait assez largement des autres territoires (notamment en raison de la présence du CHU de Rennes) présente un niveau plutôt moyen (1,35/1000 habitants) en comparaison avec d'autres territoires (notamment T2, 3 et 7). C'est à peu près le même cas de figure avec le territoire 1 (notamment le CHU de Brest). Rapporté à l'importance de la population, le niveau d'hospitalisation est moyen, mais l'évolution est largement orientée à la hausse pour ce territoire. Le territoire 8 est celui où l'on relève le plus faible, et de loin, niveau d'hospitalisation : inférieur à 1 pour 1000 habitants en 2010.

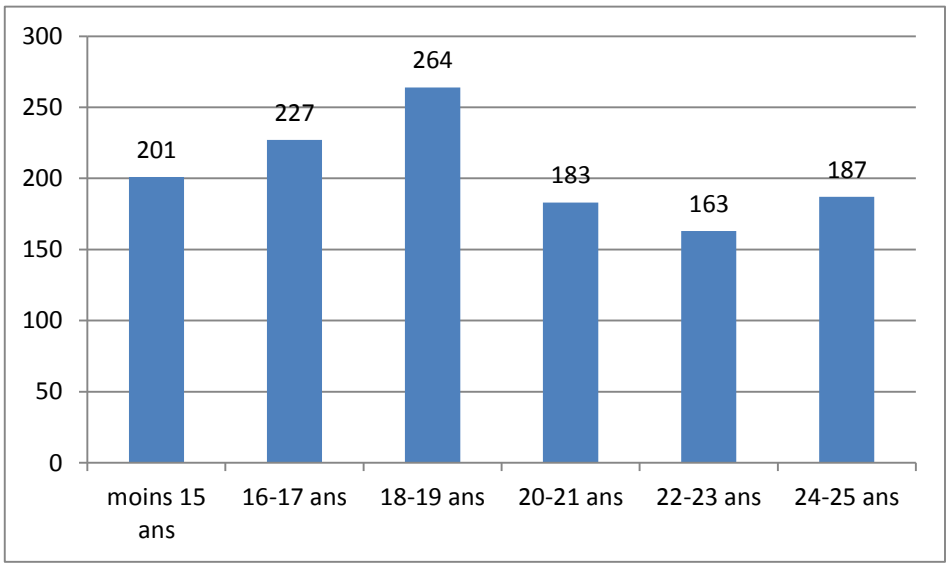
Répartition de la file active (hospitalisations pour IEA) par âge en 2010



Source : ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

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'importance 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 important.

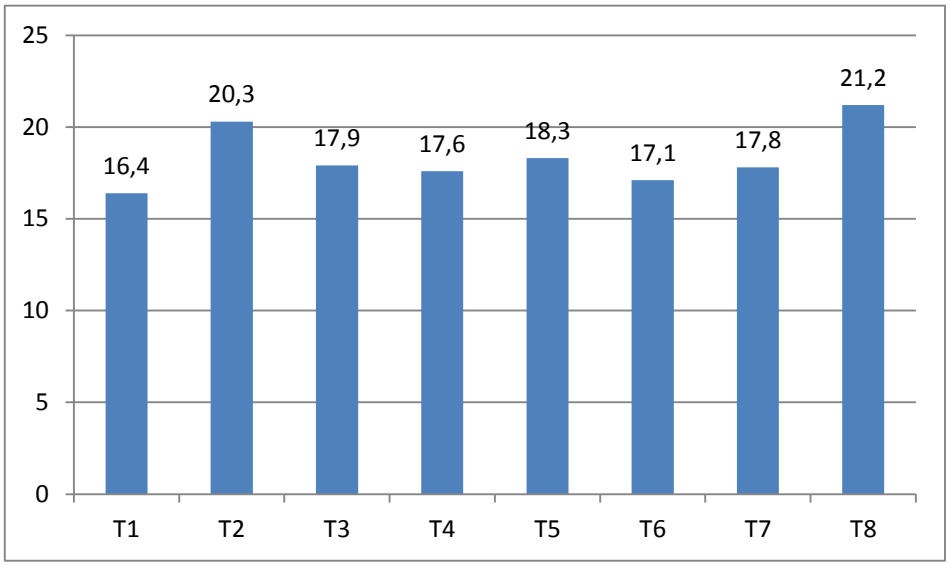
Répartition de la file active (hospitalisations pour IEA) des moins de 25 ans en 2010



Source : ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

Le « pic » observé chez les 15-20 ans dans le graphique précédent (répartition de l'ensemble de la file active) trouve son explication lorsqu'on fait un focus sur la distribution des patients de moins de 25 ans. On remarque en effet une importance des hospitalisations chez les moins de 15 ans et jusqu'à 18-19 ans. Les tranches d'âge suivantes sont moins concernées par les hospitalisations. Ainsi, on peut dire qu'au sein des hôpitaux, une attention plus particulière est portée sur les mineurs, et l'hospitalisation est quasi systématique pour eux. Dès lors, cette systématisation de l'hospitalisation va impacter la tranche d'âge des 15-20 ans (cf. graphique précédent), quatrième tranche d'âge en termes d'importance d'effectif.

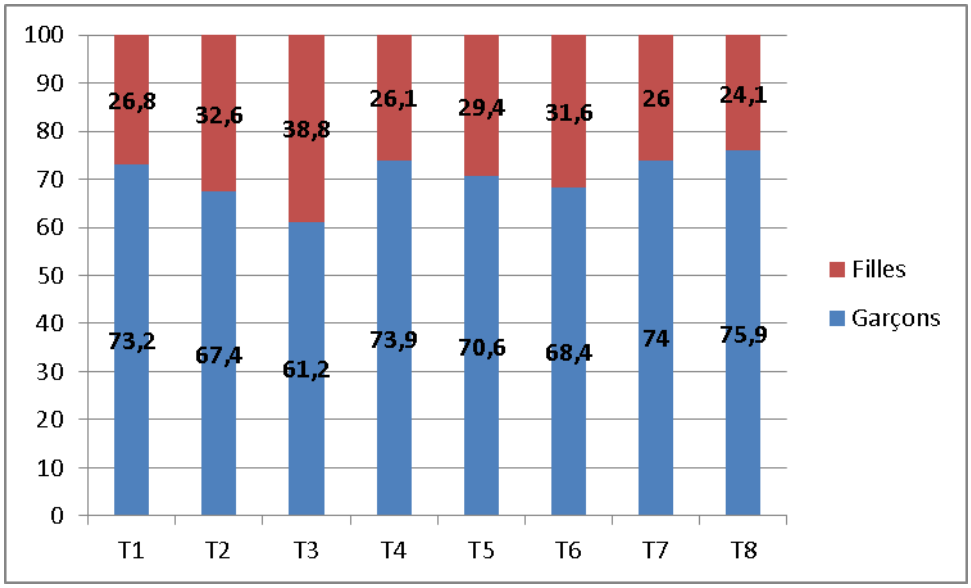
Proportion des hospitalisations pour IEA chez les moins de 25 ans dans les territoires de santé en Bretagne



Source : ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

Le graphique présente la proportion représentée par les moins de 25 ans par rapport à l'ensemble de la population hospitalisée pour IEA en 2010. Cette proportion chez les moins de 25 ans varie de 16,4% à 21,2% (moyenne = 18,32). Ces proportions sont relativement homogènes d'un territoire de santé à l'autre. Seuls les territoires 2 (Douarnenez, Pont l'Abbé, Quimper et Concarneau) et 8 (Pontivy) se distinguent sensiblement des autres, avec un niveau d'hospitalisation légèrement supérieur.

Proportion Garçons - Filles (moins de 25 ans) hospitalisés pour IEA en 2010 dans les territoires de santé en Bretagne



Source : ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

Pour l'ensemble des territoires de santé en Bretagne, la plus grande partie des hospitalisations chez les moins de 25 ans concerne des garçons (moyenne = 70,5%). Cette répartition « filles/garçons » est relativement équivalente dans les territoires de santé. Cependant, la différence de répartition est moins importante dans le territoire 3 (Quimperlé-Lorient) (61,2% pour les garçons *vs* 38,8% pour les filles). A l'inverse, le territoire 8 (Pontivy) est celui où l'on relève la plus grande proportion de garçons (75,9%).

Les données des SAU de Bretagne

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. Cette non informatisation pose un réel problème pour objectiver les informations qualitatives recueillies.

Etat des lieux de l'informatisation des SAU de Bretagne

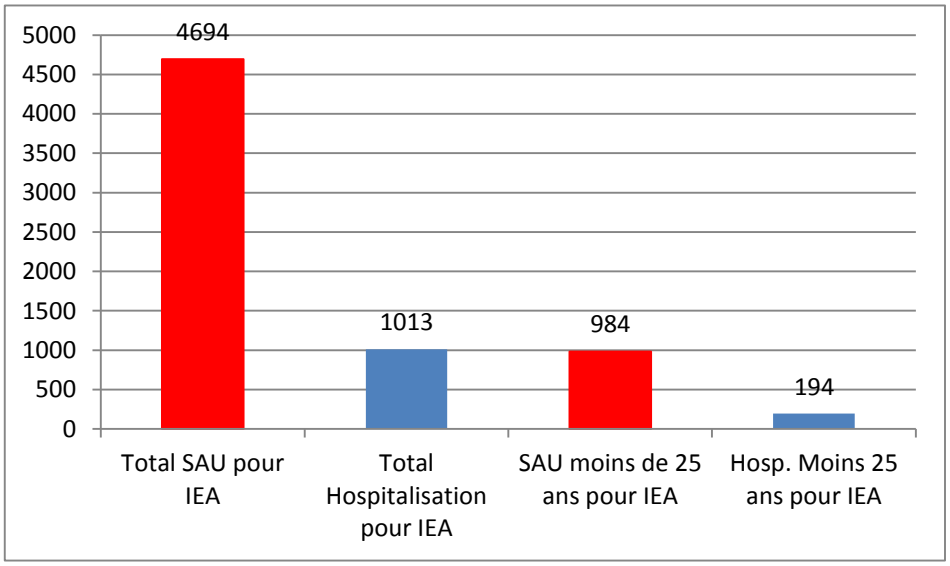
Territoire de santé	Hôpital	Système informatique	Note
1	CHU de Brest	Informatisé	
	CH de Landerneau	NR[23]	
	Hôpital des armées	AMADEUS	
	CH de Morlaix	Non informatisé	
2	CH de Douarnenez	NR	
	HD de Pont l'Abbé	NR	
	CHIC de Quimper Concarneau	Informatisé (URQUAL)	
3	CH de Quimperlé	Non informatisé	
	CHBS Lorient Hennebont	Informatisé (URQUAL)	-
4	CHBA Vannes Auray	Informatisé (URQUAL)	-
	CH de Ploërmel	Informatisation partielle	Diagnostic non codé
5	CHRU de Rennes	Informatisé (Res'Urgences)	-
	CH de Fougères	NR	
	CH de Vitré	NR	
	CH de Redon	NR	
	CHP de Saint Grégoire	NR	
	Clinique Cesson Sévigné	NR	
6	CH de Saint Malo	Informatisé (URQUAL)	
	CH de Dinan	NR	
7	CH de Saint Brieuc	Informatisation partielle	Uniquement pour la traumatologie
	CH de Guingamp	Non informatisé	PMSI
	CH de Lannion	NR	
	CHP Saint Brieuc	Informatisé	Pas d'admission pour IEA dans l'établissement
	CH de Paimpol	Non informatisé	
8	CH de Pontivy Centre Bretagne	Non informatisé	Informatisation en cours

Comparaison des passages aux urgences et du niveau d'hospitalisation pour IEA des moins de 25 ans en 2010

Il a été possible de recueillir des données sur les admissions des jeunes de moins de 25 ans dans 5 services d'urgences informatisés. Ces données sont présentées ci-après.

[23] NR = Non renseigné.

La situation au CHRU de Rennes

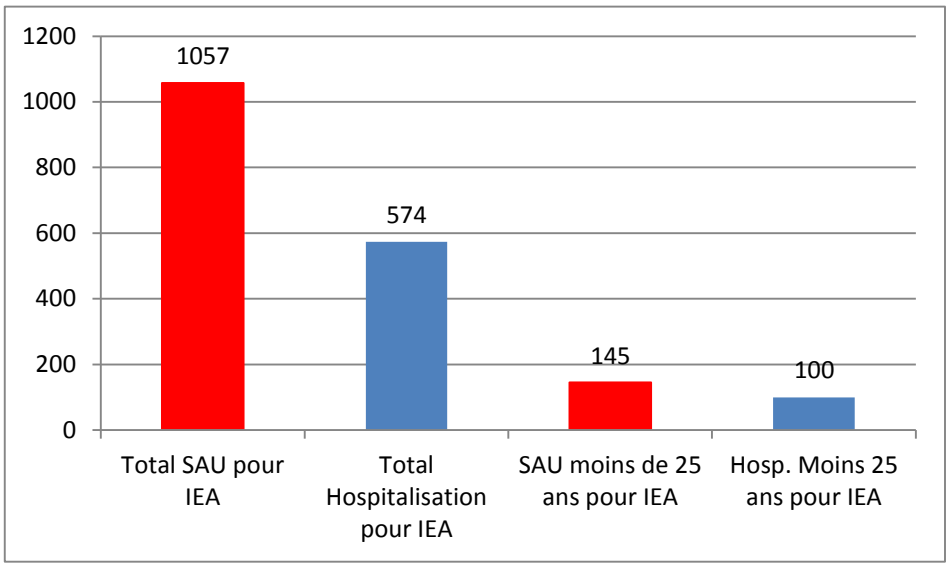


Source : SAU de Rennes 2010 / ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

En 2010, le SAU du CHU de Rennes a enregistré 984 admissions aux urgences pour IEA chez les moins de 25 ans. Pour la même année, consécutivement à ces admissions aux urgences, les éléments du PMSI font état de 194 hospitalisations pour la même population. Les passages aux urgences des moins de 25 ans représentent 21 % du total. Les hospitalisations de moins de 25 ans représentent 19% des hospitalisations pour cette pathologie.

Rapport hospitalisation / passages urgences chez les moins de 25 ans : **1 / 5,07**

La situation au CHBA à Vannes



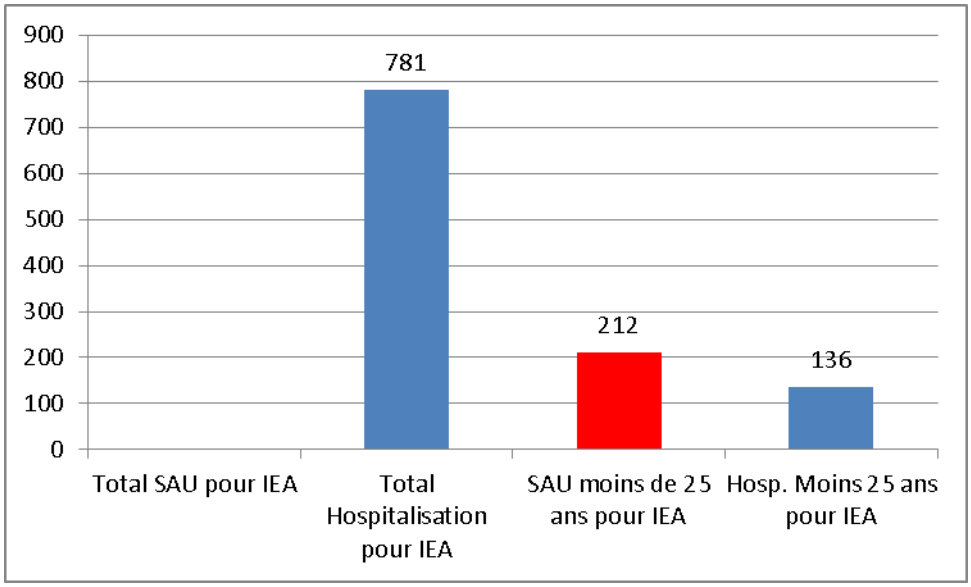
Source : SAU de Vannes 2010 / ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

En 2010, le SAU du CHBA Vannes a enregistré 145 admissions aux urgences chez les moins de 25 ans. Pour la même année, consécutivement à ces admissions aux urgences, les éléments du PMSI font état de 100 hospitalisations pour la même population. Les passages aux urgences des moins de 25 ans représentent

13,7 % du total. Les hospitalisations de moins de 25 ans représentent 17% des hospitalisations pour cette pathologie.

Rapport hospitalisation / passages urgences chez les moins de 25 ans : **1/ 1,45**

La situation au CH de Saint Brieuc

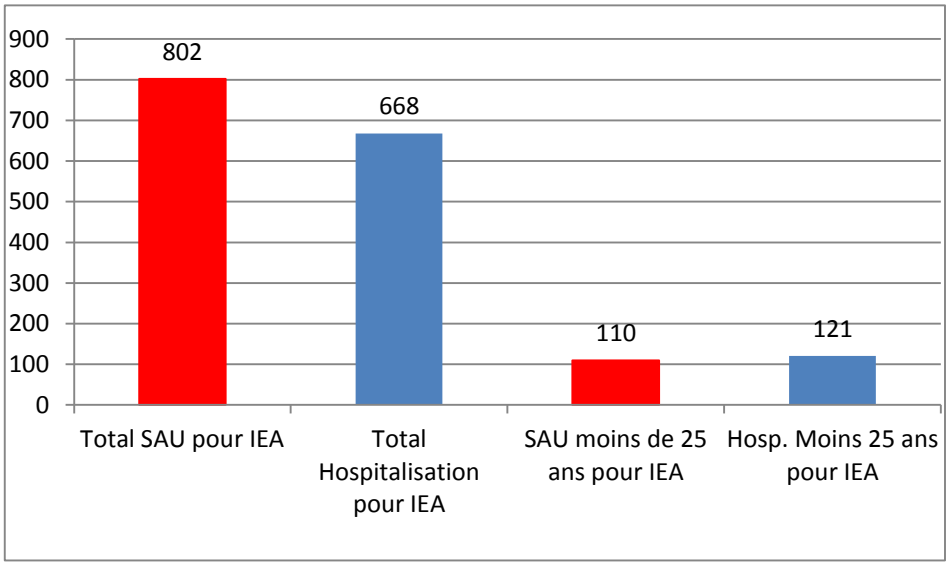


Source : SAU de Saint Brieuc / ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

En 2010, le SAU de Saint Brieuc a enregistré 212 admissions aux urgences chez les moins de 25 ans (dont 18 mineurs). Pour la même année le niveau d'hospitalisations pour la même population, 136 hospitalisations ont été effectuées. Ces hospitalisations chez les moins de 25 ans représentent 17% des hospitalisations pour cette pathologie.

Rapport hospitalisation / passages urgences chez les moins de 25 ans : **1/ 1,56**

La situation au CHBS à Lorient



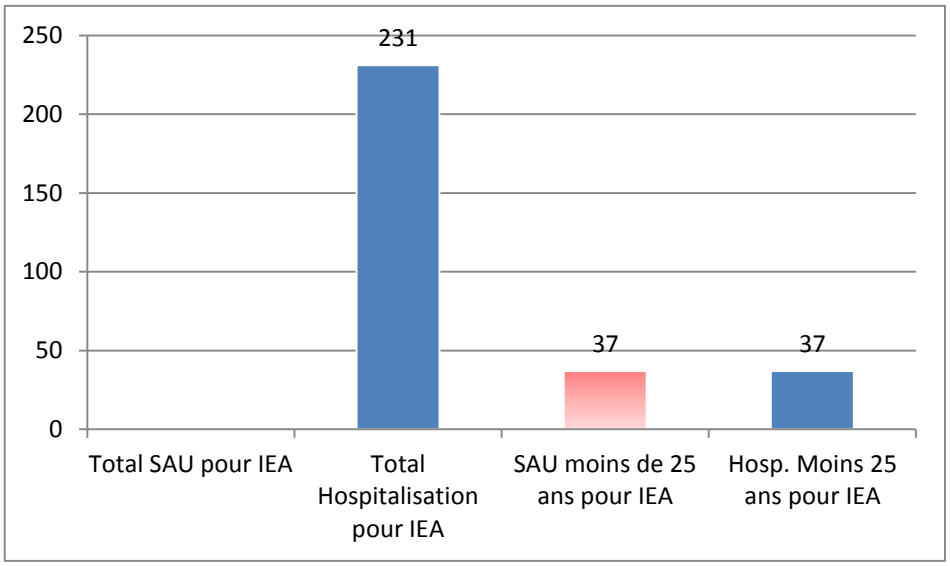
Source : SAU de Lorient 2010 / ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

En 2010, le SAU du CHBS Lorient a enregistré 110 admissions aux urgences chez les moins de 25 ans. Pour la même année, consécutivement à ces admissions aux urgences, les éléments du PMSI font état de 121

hospitalisations pour la même population, soit un nombre d'hospitalisations supérieur au nombre d'admission aux urgences. Cela doit tenir très probablement à une absence de codage par le service des urgences. Les passages aux urgences des moins de 25 ans représentent 13,7 % du total. Les hospitalisations de moins de 25 ans représentent 18% des hospitalisations pour cette pathologie.

Rapport hospitalisation / passages urgences chez les moins de 25 ans : **1 / 1**

La situation au CH de Guingamp

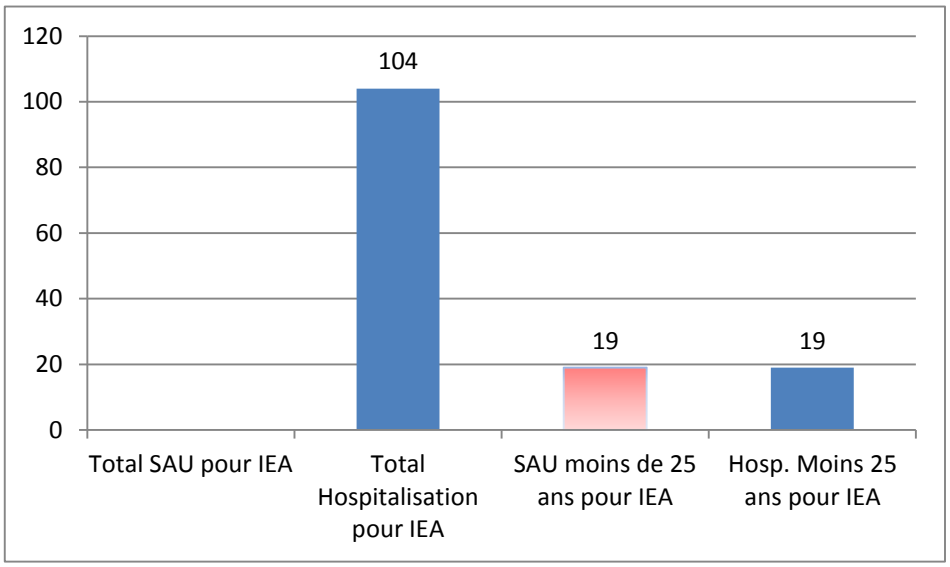


Source : ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

Le SAU du CH Guingamp n'est pas informatisé. Toutefois les échanges réalisés avec le service nous indiquent que pour les moins de 25 ans, l'hospitalisation pour IEA est quasi systématique. Aussi les éléments du PMSI (nombre d'hospitalisations) sont un révélateur de l'activité du SAU. Les hospitalisations de moins de 25 ans représentent 16% des hospitalisations pour cette pathologie.

Rapport hospitalisation / passages urgences chez les moins de 25 ans : **1 / 1**

La situation au CH de Ploërmel



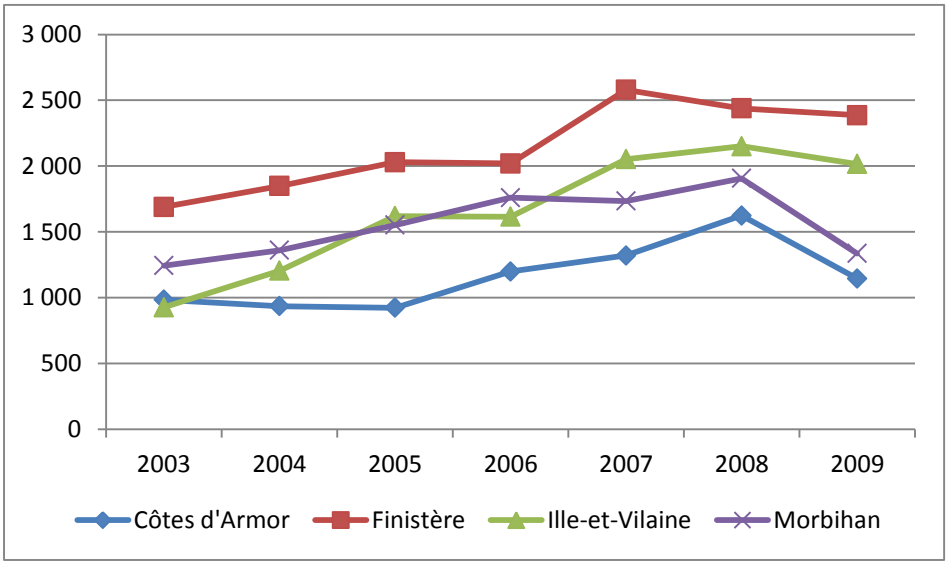
Source : ARS Bretagne (exploitation PMSI 2010)

Là encore, le SAU du CH Ploërmel n'est pas informatisé, mais les échanges avec le service nous ont également indiqué que l'hospitalisation pour IEA est quasi systématique pour les moins de 25 ans. Les hospitalisations des jeunes de moins de 25 ans représentent 18% des hospitalisations pour cette pathologie.

Rapport hospitalisation / passages urgences chez les moins de 25 ans : **1 / 1**

Evolution des IPM dans les départements bretons depuis 2003

Les admissions aux urgences pour IEA dans le cadre d'une ivresse publique manifeste sont à prendre en compte dans les statistiques d'activité des urgences. En effet, en dehors de conventionnements très localisés avec des structures comme SOS médecins ou des médecins généralistes qui peuvent intervenir à la demande des préfectures directement dans les commissariats, les forces de l'ordre se rendent dans les services d'urgence des hôpitaux pour obtenir le certificat de non hospitalisation indispensable au placement des personnes en cellule de dégrisement. Les données présentées plus haut tiennent compte de ces admissions quand elles sont suivies d'une hospitalisation.



Source : OFDT ILIAD (2003-2009)

Commentaire :
La situation entre les départements bretons est relativement contrastée, avec un nombre d'IPM pouvant varier du simple au double en fonction des départements. D'un point de vue de l'évolution, on remarque pour l'ensemble des départements une augmentation des IPM entre 2003 et 2008. A partir de 2008, la tendance s'inverse avec un décroissement des IPM, notamment très important pour les Côtes d'Armor et le Morbihan. Notons que ce type de données est largement révélateur de l'activité des services répressifs. L'hypothèse d'un changement de méthode concernant le recueil de ces données peut être un facteur explicatif de l'inversion de la tendance dès 2008.

Données sur Rennes :
Les éléments fournis par la DDSP d'Ille-et-Vilaine pour les années 2008, 2009 et 2010 font état d'une nette diminution du nombre d'IPM, respectivement 1829, 1428, et 1041.
Pour le 1er semestre 2011, on relève 422 hommes et 45 filles.

5. Etat des lieux des pratiques professionnelles en Bretagne

5.1. Les services d'accueil des urgences : principales données recueillies

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…
Tous les personnels des services d'urgences n'ont pas été interviewés, aussi les informations recueillies ne sont révélatrices que des pratiques des personnes rencontrées. Les pratiques sont en effet largement «personne dépendante» ou «médecin dépendant»… D'où le souhait des professionnels de pouvoir appliquer un protocole clair, consécutivement aux conclusions de cette étude.
Enfin, rappelons que les services sont peu informatisés et que le manque de données statistiques rend difficile l'objectivation des informations recueillies.

Cette question de l'alcool aux urgences, et de manière plus générale en Bretagne, est considérée comme un vaste problème socioculturel par toutes les personnes rencontrées. La quasi totalité des professionnels rencontrés ont insisté sur la banalisation des alcoolisations des jeunes par les parents, l'entourage, sur l'incohérence des messages « boire ou conduire, il faut choisir », alors que la loi admet que l'on peut boire « un peu ». Or comment savoir si l'on a plus de 0.5g/l d'alcool dans le sang ? Ce chiffre dépend en effet de chaque individu. La présence d'éthylomètres désormais prévue dans certains lieux publics et bientôt dans les véhicules pourra peut-être répondre à ce problème.

Autre facteur analysé par un chef de service des urgences : la difficulté qu'ont les individus à comprendre que dans un pays développé avec un bon niveau de soins, l'état de santé est largement liés aux facteurs de risque et donc aux comportements de santé (boire, fumer, mal manger…) bien plus qu'à la performance des systèmes de soins. L'importance des facteurs socio-économiques, comme le chômage, les difficultés scolaires et d'insertion professionnelle ont été signalés par tous les services d'urgences. Ces facteurs pèsent lourds sur les comportements d'alcoolisation excessive et peuvent avoir des conséquences très négatives en termes de violences, de délinquance...

C'est pourquoi dans trois des SAU rencontrés, les personnels des urgences et les équipes d'addictologie s'investissent notamment dans la prévention primaire et interviennent dans les établissements scolaires, à leur initiative ou à la demande de ces établissements. Un directeur d'hôpital et un médecin animent ainsi des ateliers de développement des compétences psychosociales (voir partie sur les expérimentations). Ces personnels interviennent dans des classes à partir de témoignages sur des situations d'admission de jeunes. Leur objectif est de déclencher une prise de conscience : l'alcool en excès peut être dangereux et ne permet pas de résoudre des difficultés. Ils participent à des réseaux locaux de prévention.

5.1.1 - Le déroulement de la prise en charge

L'organisation de la prise en charge des jeunes en intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence suit un déroulé logique précisé ci-après. Des fiches de synthèse présentées en annexe décrivent les modalités de prise en charge dans chaque service d'accueil des urgences.

5.1.1.1 - Le mode d'arrivée aux urgences

L'ensemble des services d'accueil des urgences rencontrés est concerné par des admissions de jeunes en ivresse aiguë à plus ou moins grande échelle. En revanche, tous les jeunes ivres ne sont pas admis aux urgences. Seules les situations les plus inquiétantes font l'objet d'une prise en charge. Tous les services d'accueil ont également indiqué que les jeunes de moins de 25 ans étaient amenés dans la grande majorité par les pompiers. L'entourage (amis, famille) peut également accompagner un jeune, mais cela

est moins fréquent. Les forces de l'ordre ne sont impliquées que lorsqu'il s'agit d'une « ivresse publique manifeste ».

5.1.1.2 - 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, et par les internes et les urgentistes séniors. Parfois, ce sont ces derniers qui examinent ces patients compte tenu des risques possibles d'erreur de diagnostic pour cette pathologie « mystificatrice ». A cet effet, un SAU a mis au point une « check list » de paramètres à vérifier, pour être certain de ne pas passer à côté d'une pathologie plus grave, comme par exemple un hématome sous dural : « les patients ont souvent des « trous noirs », ils ne se souviennent pas de ce qui a pu se passer. Compte tenu de leur état d'ébriété, une chute entrainant parfois un choc à la tête peut avoir eu lieu, c'est pourquoi nous sommes très prudents avec ce type de patients ». Ce SAU a également indiqué mettre ces patients sous surveillance automatisée des constantes sous scope, ce qui permet également le déclenchement d'une alarme en cas de débranchement, et donc de fugue potentielle.

5.1.1.3 - Le dépistage de l'alcoolémie

Le dépistage de l'alcoolémie est souvent réalisée mais pas systématiquement. Il n'est en effet pas recommandé obligatoirement par la conférence de consensus. Il s'effectue par une prise de sang ou avec un éthylomètre. Quelques services ont émis des préférences : par exemple la prise de sang permet une autre recherche de toxiques si besoin, mais l'usage de l'éthylomètre est plus simple. Les coûts sont également différents (le coût de la prise de sang est nettement supérieur au coût d'une mesure par éthylotest).
Le dépistage de l'alcoolémie présente des avantages : il permet de confirmer le diagnostic en complément de l'examen clinique qui est systématiquement réalisé, conformément aux recommandations médicales. Il est aussi un outil pour lutter contre le déni de consommation d'alcool de certains patients.
Un SAU a fait remarquer qu'il fallait rester raisonnable dans les dépenses engendrées par les IEA. Il n'existe en effet pas de tarification à l'activité (T2A) affectée pour cette prise en charge. Les budgets alloués aux services d'urgences sont calculés sur la base de nombre de passages, quelque soit la pathologie.

5.1.1.4 - La surveillance

Une fois le diagnostic effectué, et le patient déshabillé, la surveillance est faite dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou en « box », dans les zones de soins, quand cette unité n'existe pas ou que des places ne sont pas disponibles. Dans un SAU, un transfert vers une unité de suivi psychologique ou psychiatrique peut aussi être effectué. La surveillance médicale, paramédicale, régulière est consignée par écrit. Elle consiste en une prise des constantes (surveillance des paramètres vitaux : conscience, motricité, pouls, pupilles, tension artérielle, respiration…). Les cinq services des urgences équipés d'un logiciel (Rés'Urgences, URQUAL) peuvent y consigner ces informations. Pour les IEA simples, aucune thérapeutique n'est nécessaire. S'il s'agit d'une IEA avec agitation, une sédation verbale peut calmer le patient. Une contention physique et chimique est pratiquée si nécessaire « à la quantité suffisante pour » a-t-on indiqué.
Il y a encore deux ans, un service d'accueil des urgences utilisait une chambre d'isolement mais a décidé, avec l'aide de l'unité médico psychologique, d'adopter une approche plus relationnelle quand le patient est très agité. Quelques personnels des services d'urgences ont d'ailleurs indiqué qu'ils souhaiteraient être mieux formés pour savoir gérer les patients très agités, voire dangereux.
La surveillance est maintenue jusqu'au rétablissement des fonctions relationnelles des patients.

5.1.1.5 - La durée de séjour aux urgences

La durée de séjour varie de quelques heures à 24 heures en "box", "lit porte" ou UHTCD[24] si elle existe et si des places sont disponibles, les jeunes en IEA n'étant pas prioritaires pour être hospitalisés en UHTCD par rapport aux personnes âgées.
Cependant, si l'admission est effectuée pour un traumatisme léger avec alcool, la durée de passage aux urgences n'est que de quelques heures, le temps du soin du traumatisme. Les patients peuvent alors repartir sans prise en charge alcoologique particulière si les unités d'alcoologie de liaison ne peuvent se rendre disponibles ou s'ils ne sont pas présents à ce moment là. « Garder ces patients qui se sentent rapidement mieux est très difficile, voire impossible », a-t-on signalé. « Notre objectif est alors de vérifier qu'ils ne quittent pas les urgences seuls ».
Un SAU a indiqué ne garder les jeunes en IEA que lorsqu'ils ont plus de 1,5g/l d'alcool dans le sang, car en deçà, ils repartent avec les parents ou un accompagnant. Un autre ne laisse les patients sortir que s'ils le demandent expressément et s'ils ont moins de 1g/l d'alcool dans le sang. Là encore si possible, accompagné.
Si un traumatisme crânien a été identifié, les jeunes sont gardés de 24 à 48 heures.

5.1.1.6 - L'information des parents

Les parents des mineurs, (ou un adulte référent), sont systématiquement informés par tous les SAU rencontrés pour venir chercher le jeune et signer les autorisations de soins si nécessaire. Les mineurs bénéficient le plus souvent d'une prise en charge plus importante : ils sont hospitalisés plus longtemps, voient un psychiatre, un pédopsychiatre, l'équipe de liaison…
Quand les jeunes sont majeurs, les parents ne sont prévenus qu'avec l'autorisation du patient. Les réactions des parents sont variables, elles vont de l'affolement et du sentiment de se sentir dépassés à un souhait de ne pas vouloir s'occuper de ce problème et de se décharger sur le personnel médical. Les parents peuvent aussi alerter le personnel médical si les alcoolisations sont récurrentes. Cependant, ces derniers 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, un(e) infirmièr(e) en alcoologie.
Un SAU a signé une convention avec une structure de prévention pour proposer un entretien quelques jours après l'admission d'un jeune de moins de 16 ans aux urgences pour une ivresse aiguë. Les parents, parfois même d'autres personnes de la famille, sont alors systématiquement associés à cet entretien approfondi (voir description dans la partie « expérimentations »).

5.1.1.7 - Le rôle des équipes de liaison en alcoologie

Lorsque le patient est en mesure de dialoguer, un(e) infirmièr(e) de liaison en alcoologie le rencontre 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. Un SAU a signalé ne pas hésiter à prolonger l'hospitalisation jusqu'à l'arrivée de l'équipe d'alcoologie de liaison. Quand elles n'existent pas (3/12 SAU rencontrés) ou ne sont pas disponibles, ce sont alors les 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.
Il s'agit là d'un point sensible dans l'organisation de la plupart des SAU. En effet, la création des équipes de liaison en alcoologie et addictologie a contribué 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, cette organisation n'est plus satisfaisante quand les équipes d'alcoologie de liaison ne sont pas présentes, les nuits et les week-ends, alors que les admissions pour IEA ont le plus souvent lieu à ces moments là. Certains personnels des urgences ont de plus indiqué ne pas se sentir assez bien formés pour prendre en charge correctement ce type de public. De même, les

[24] Dans les services que nous avons rencontrés, le terme de « box » est utilisé lorsque le patient est placé dans les zones d'attente de soins. Le patient n'est pas considéré comme hospitalisé aux urgences. En revanche, le terme « de lit porte » ou d'unité d'hospitalisation de très courte durée est considéré comme une hospitalisation aux urgences. Les patients peuvent être placés en « box » durant toute la période de prise en charge aux urgences, sans être admis en « lit porte » ou « UHTCD ». Ils peuvent aussi être directement placés en « lit porte » ou « UHTCD ».

équipes de psychiatrie estiment être parfois sollicités en excès, et sans réel motif psychiatrique quand les équipes d'alcoologie de liaison sont indisponibles.

Au sein des équipes de liaison en alcoologie, les questionnaires de repérage de mésusage d'alcool ou d'alcoolodépendance sont connus mais pas systématiquement utilisés. 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, les conduites à risque sont abordés. Le plus difficile est le dialogue avec des jeunes qui sont dans le déni. 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 : des 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 le plus souvent, il n'y a pas de suivi des orientations qui peuvent être proposées vers des structures ambulatoires une fois que le patient a quitté les urgences.
Un résumé de l'entretien est consigné par écrit (dans le logiciel utilisé par les urgences s'il existe) et dans un des SAU rencontrés, il est adressé par courrier au médecin traitant si le patient a donné son accord.

Le guide des bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie émis par le ministère de la santé en 2003[25] précise qu'aux urgences, les équipes de liaison en alcoologie ont plusieurs rôles. Elles peuvent sensibiliser et former les personnels des urgences (dépistage des patients à risque, évolution des consommations, réduction des risques, identification des problèmes sociaux…). Elles sont à même de contribuer à élaborer les protocoles de prise en charge dans diverses situations cliniques (intoxications médicamenteuses, conduites à risque, troubles psychiatriques…). Elles peuvent aussi organiser des liens entre les différents acteurs de la prise en charge dans le cadre de réseaux.
Bien que cette étude ne porte pas à proprement parler sur les missions des équipes de liaison, force est de constater que les personne rencontrées sont les interlocuteurs privilégiés des médecins urgentistes sur les questions d'alcoolisation. Si le patient est hospitalisé pour quelque motif que ce soit après son passage aux urgences, elles organisent un entretien dans l'unité d'hospitalisation. D'autre part, elles jouent très souvent le rôle de lien entre plusieurs intervenants aux urgences : urgentiste, psychiatre, psychologue, assistant(e) social(e), structures de prise en charge en aval.
Dans le cadre de la chaîne de prise en charge, les équipes de liaison pourraient jouer un rôle encore plus important pour renforcer/développer les partenariats extrahospitaliers, avec des structures diverses : CCAA et CSST, unité d'alcoologie, centres de cure, de post cure, bien sûr, mais aussi Maisons des adolescents, associations de prévention, centres de consultations jeunes consommateurs...

5.1.1.8 - 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. En dehors de situations très particulières citées plus haut, 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.
Le plus souvent, les jeunes repartent accompagnés par un proche ou par leurs parents.
Une assistante sociale peut aussi rencontrer certains patients selon les situations.

Autre point souligné dans quelques SAU : les conséquences et les responsabilités en cas de fugue de cette population inquiètent les personnels (accident, suicide, violence…). Ils souhaiteraient recevoir des informations, voire même suivre des formations pour mieux connaître leurs niveaux de responsabilité.

- [25] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (2003). Guides de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie.

Les médecins traitants sont presque systématiquement 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. Un SAU qui reçoit une importante population en errance, adresse ce courrier au dispensaire local qui gère le plus souvent les soins de cette population. Selon les informations recueillies, aucun retour du médecin généraliste vers les urgences n'est formalisé.

5.1.1.9 – Les entretiens post-urgences

A Brest et Saint-Brieuc des entretiens sont menés avec les jeunes admis (et avec toutes les personnes admises en IEA) quelques jours après leur admission aux urgences. Il s'agit d'une pratique de soins courants. Ces entretiens sont proposés et non imposés. Ils permettent de faire le point sur la situation « à froid ». « *A distance, après une semaine, c'est bien* », signale-t-on à Brest, « *ils ont pu en parler, y réfléchir, expérimenter l'abstinence, c'est un bon délai* ». Les jeunes acceptent de refaire le point.
Aux urgences « adultes » de Rennes, ces entretiens sont menés dans le cadre d'un protocole de recherche clinique qui vise à expérimenter l'efficacité d'entretiens approfondis avec cette population pour diminuer leur consommation et leur prise de risque. Aux urgences pédiatriques, ces entretiens ont les mêmes objectifs et sont menés dans le cadre d'une convention avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (voir partie expérimentations).

5.1.2 - 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. A *contrario*, un des SAU rencontrés enregistre un nombre très élevé d'admissions pour IPM (1600/an). Ce SAU a d'ailleurs mis en place une procédure très cadrée pour ces admissions (fiche d'admission comportant de nombreux items à cocher obligatoirement). Là encore, il s'agit de vérifier qu'aucune pathologie sous jacente n'est présente avant de délivrer le certificat de non hospitalisation.
Globalement, la population des IPM (souvent bruyante et agressive) dérange, plus encore lorsque les urgences connaissent une forte affluence. Certains SAU, parce que l'organisation de leurs locaux s'y prête, ont organisé des circuits distincts qui permettent aux patients en IPM de ne pas être en contact avec les autres patients.
Cependant, les procédures fonctionnent bien le plus souvent et il existe parfois des accords tacites entre urgences et forces de l'ordre pour intervenir rapidement d'un côté comme de l'autre en cas de besoin (dans les situations de violence aux urgences par exemple).
La prise en charge médicale ne diffère pas de l'admission classique pour IEA. La vigilance est accrue pour repérer des hématomes sous duraux en cas de chute ou de bagarre, et un SAU n'hésite pas à effectuer un scanner crânien au moindre doute. Ce SAU garde tous les IPM qui n'ont pas de fonctions relationnelles correctes : « *la police n'est pas équipée pour faire une surveillance médicale rapprochée, alors nous sommes prudents*». Un autre SAU en profite parfois pour réaliser d'autres bilans, par exemple une recherche d'infection sexuellement transmissible ou de grossesse, s'il s'agit d'une jeune fille en situation précaire.
Les certificats de non hospitalisation sont délivrés en majorité (dans 75 à 99% des cas selon les SAU), car les représentants des forces de l'ordre ont le plus souvent déjà préidentifié la population susceptible de relever d'une IPM. Si la personne interpellée en IPM est mineure, elle sera souvent gardée et hospitalisée. Quelques SAU ont en effet adopté une politique de prise en charge systématique des mineurs. Ces IPM gardées suivent le parcours classique d'une admission pour IEA, avec une contention physique et chimique si nécessaire.
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. Un urgentiste nous a cependant signalé mettre dans la poche des personnes en IPM (qui repartent avec les forces de l'ordre) les coordonnées d'un centre de consultation pour alcool, lorsqu'il prend en charge ce public lors de ses gardes.

Synthèse de l'organisation de la prise en charge dans les services d'accueil des urgences

Cette synthèse provient de l'état des lieux qui vient d'être présenté et de l'analyse des fiches descriptives des SAU rencontrés dans le cadre de cette étude. L'ensemble des fiches est proposé en Annexe I.

Points forts
- La présence des équipes de liaison en alcoologie dans les services d'accueil des urgences est une garantie de prise en charge de ces questions d'alcool chez les patients.
- L'informatisation progressive des services d'urgences permet une analyse des informations plus objective.
- la remise de documentation d'information sur l'usage d'alcool et d'informations sur les structures ressources en addictologie au niveau local par les équipes de liaison en alcoologie est systématique.

Points d'amélioration
1/ La prise en charge en alcoologie dans les situations suivantes n'est pas optimisée :
- les jeunes alcoolisés qui quittent les services d'urgences avec plus de 0.5g/l
- les jeunes alcoolisés qui quittent les services d'urgences sans avoir eu un contact avec l'alcoologie de liaison
- les jeunes admis pour un traumatisme avec une consommation d'alcool et uniquement traités pour le traumatisme
- les jeunes interpellés pour une ivresse publique manifeste et qui ne sont pas gardés aux urgences

Cette prise en charge pourrait se faire à travers
- un bilan avec un membre de l'équipe de liaison en alcoologie
- une remise de documentation pour faire le point sur sa consommation d'alcool,
- un rappel du jeune pour un entretien à distance
- un courrier au médecin traitant l'incitant à dialoguer avec son patient sur son admission aux urgences dans le cadre d'une alcoolisation.

2/ Les capacités des équipes d'alcoologie à prendre en charge les jeunes alcoolisés sont insuffisantes dans les services d'accueil des urgences recevant un nombre élevé de jeunes alcoolisés.

3/ Les capacités d'hospitalisation des services d'accueil des urgences recevant un nombre élevé de jeunes alcoolisés sont insuffisantes.

4/ La prise en charge la plus globale possible des jeunes alcoolisés admis aux urgences n'est pas toujours possible au moment de l'admission. Un entretien à distance de l'hospitalisation pourrait être proposé.

5/ Les personnels des urgences pourtant confrontés quotidiennement aux problématiques d'alcool chez les patients ne sont pas suffisamment formés pour y répondre.

6/ Les médecins généralistes/traitants ne sont pas suffisamment associés aux suites de la prise en charge de leurs patients par les services d'accueil des urgences pour une intoxication éthylique aiguë.

5.2. Les modalités de prise en charge par les pompiers, police, gendarmerie, SOS médecins

Il a été assez difficile de rencontrer des représentants de ces structures. Des contacts ont été pris par l'intermédiaire des cabinets des Préfectures, ou à l'occasion de réunions associant des représentants des forces de l'ordre, ou encore directement par voie électronique ou téléphonique, mais le plus souvent ces

prises de contact n'étaient pas suivi d'entretiens, ou les personnes contactées ne connaissaient pas suffisamment le sujet et orientaient vers d'autres collègues qui ne donnaient pas suite. De plus, pour des questions de simplification, les interlocuteurs choisis avaient une compétence au niveau départemental. Or, ce niveau départemental n'est sans doute pas le plus pertinent sur ce sujet qui dépend beaucoup des contextes locaux.
Aussi, les informations recueillies devront être approfondies d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Cependant, quelques tendances ont émergé.

Globalement, ces « structures amont » n'ont pas fait état d'importants dysfonctionnements dans les relations avec les services d'urgences. Certains regrettent parfois l'attente aux urgences, due à l'affluence et à l'intérêt plus ou moins important des personnels pour la prise en charge des patients très alcoolisés. La question des sous effectifs la nuit se pose pour les pompiers comme pour les forces de l'ordre et les professionnels médicaux.

Les difficultés viennent souvent de la répartition des rôles entre SAMU, pompiers et force de l'ordre, sur place, dans l'espace publique. Avant la prise en charge effective du jeune, une conférence à trois (SAMU, pompiers, force de l'ordre) permet de décider de la structure qui interviendra concrètement : qui effectue la prise en charge ? Ce jeune très alcoolisé et agressif doit-il être amené aux urgences par les pompiers ou par les représentants des forces de l'ordre ? Les protocoles manquent peut-être de précision mais les situations sont souvent complexes et évolutives après la prise en charge. Là encore, il s'agit d'un point qui pourrait être approfondi dans le cadre d'une étude spécifique.

Dans les structures rencontrées, aucune prise en charge alcoologique (remise de documents, de liste d'adresses de centre de consultation), aucune évaluation (alcoologique, psychologique, sociale) n'est réalisée pour les personnes en IPM qui ne sont pas gardées à l'hôpital.

5.2.1 - Les pompiers

Les admissions aux urgences se font dans la grande majorité par les pompiers. Ces derniers sont en effet missionnés pour assurer « le secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation ».

Les pompiers sont prévenus par un appel au 18. Ils se déplacent dans tous les lieux publics, mais s'il s'agit d'intervenir pour une ivresse dans un lieu privé (domicile), et qu'il n'y a pas de détresse vitale, ils peuvent ne pas se déplacer et conseiller aux proches de coucher la personne et de la surveiller.

Les appels au 18 sont centralisés par le CODIS (Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours) qui est dirigé par un officier sapeur-pompier (qui monte une garde de 24h). Cet officier est immédiatement informé de toutes les opérations en cours et de l'évolution des situations jusqu'à leur terme. Le déplacement d'un véhicule de secours et d'assistance aux victimes est donc décidé par l'officier.

Sur place, les interventions sont standardisées et un bilan médical est réalisé si un médecin pompier est présent. Le médecin régulateur du SAMU (15) est aussitôt prévenu par les pompiers. Il s'agit d'une « conversation à trois » (SAMU, pompier et police). En fonction de la situation, il décide du transport ou non aux urgences. Celui-ci est cependant effectué dans la quasi-totalité des situations : « Au milieu de la nuit, il n'existe pas beaucoup d'autres solutions », a indiqué un médecin pompier.

Aux urgences, le relais de prise en charge varie peu. C'est le plus souvent un(e) infirmière d'accueil et d'orientation qui prend le relais, quand elle existe et plus ou moins rapidement selon l'affluence aux urgences. Les relations entre pompiers et personnels des urgences sont considérées comme bonnes. Les pompiers ne remettent pas de documentation d'information sur les questions d'alcool.

5.2.2 - Les forces de l'ordre (police nationale et gendarmerie)

Les forces de l'ordre se présentent aux urgences dans le cadre des interpellations pour ivresse sur la voie publique, les ivresses publiques manifestes (IPM), car elles doivent, avant le placement en chambre de dégrisement, conduire la personne ivre devant un médecin du centre hospitalier le plus proche « pour établir le bilan médical exact de son état ».

Les forces de l'ordre sont appelées (17) lorsqu'il y a un trouble à l'ordre publique ou à la sécurité publique (par les gérants de discothèque, les commerçants, les voisins, les pompiers…). Elles peuvent aussi repérer des situations d'IPM lors de leurs rondes. Le repérage se fait sur les signes apparents de l'ivresse, le dosage avec un éthylotest n'étant pas obligatoire. Les forces de l'ordre transportent la personne en IPM aux urgences hospitalières ou au commissariat si un personnel médical effectue l'examen obligatoire dans ses locaux (dans le cas de conventions avec SOS médecins ou avec des médecins vacataires).

Aux urgences, l'examen médical est pratiqué, plus ou moins rapidement selon l'affluence, et donne lieu à la délivrance ou non d'un certificat de non hospitalisation. Si le certificat n'est pas délivré, le patient est gardé aux urgences. Si l'examen a été pratiqué au commissariat, les délais d'attente sont courts (par exemple, la convention avec SOS médecins à Rennes prévoit une intervention en moins d'une heure). Si la personne en IPM doit être hospitalisée, les pompiers sont alors appelés pour la transporter du commissariat aux urgences car les forces de l'ordre ne sont pas autorisées à réaliser de transport médical. Cette situation est souvent gênante pour les forces de l'ordre. Elle montre que la décision initiale de prise en charge n'était pas adaptée. Ces erreurs de prise en charge sont aussi coûteuses et l'amende ne permettra pas de couvrir les frais engagés.

La personne en IPM est gardée au commissariat jusqu'à son « complet dégrisement ». « La durée de la rétention, qui varie selon le niveau d'imprégnation alcoolique, est laissée à l'appréciation des forces de l'ordre »[26]. Elle repart chez elle avec une amende (par ordonnance pénale) dont le montant varie en fonction des Préfectures de département (entre 70 et 150 euros). Des frais de restauration et d'hébergement peuvent aussi être facturés.

Les forces de l'ordre (grande villes) ont indiqué être favorables à la présence d'un médecin à l'hôtel de police. Elles souhaiteraient aussi que des mesures alternatives à l'amende soient créées (un stage ou une consultation en alcoologie) avec si nécessaire des injonctions thérapeutiques.

Aucun document d'information sur les questions d'alcool n'est remis par les forces de l'ordre.

5.2.3 - SOS médecins

Concernant SOS médecins, une seule convention a été repérée. Signée depuis 2009 et valable pour les jeudis et vendredi soirs, elle permet de prendre en charge 400 interventions directement au commissariat de police pour un montant de 30 000 euros (année 2011).
La procédure est la suivante : quand les forces de l'ordre interpellent une personne pour ivresse publique manifeste, elles la conduisent au commissariat. Un médecin de SOS médecins est appelé et doit intervenir en moins d'une heure. En cas d'impossibilité d'intervention dans ce délai, la personne en IPM est conduite aux urgences. L'examen en lui-même est rapide, le médecin complète une fiche et signe le certificat de non hospitalisation (CNH).
Un SAU qui compte 700 admissions/an aux urgences souhaitait qu'une convention soit mise en place mais cela n'a pu être fait pour des questions budgétaires.

[26] Le rapport d'évaluation de la procédure d'IPM d'avril 2008 (déjà cité) préconise d'encadrer cette prise en charge et de la limiter à 12 heures

5.3. Les modalités de prise en charge par les structures « aval »

Les CSAPA, les unités d'alcoologie/d'addictologie des centres hospitaliers, les centres médico psychologiques spécialisés, les centres hospitaliers spécialisés… peuvent recevoir des publics de jeunes de moins de 25 ans ayant été admis aux urgences. D'une manière générale, ces structures n'ont pas les outils de gestion pour pouvoir repérer ce public. Elles n'ont pas non plus mis en place une prise en charge spécifique pour ce public.

Les structures rencontrées ont presque toutes indiqué ne pas savoir si les jeunes reçus ont préalablement été admis aux urgences pour une IEA. Les logiciels de suivi de consultation utilisés par les CSAPA n'intègrent pas cette donnée qui pourrait pourtant être intéressante selon les CSAPA rencontrés. Seules les unités d'alcoologie des centres hospitaliers ont la possibilité de connaître les antécédents d'admission des jeunes par l'intermédiaire des équipes d'alcoologie de liaison. Soit grâce à des logiciels de saisies partagés ou parce qu'un professionnel effectue un temps partagé dans ces types de structures (urgences, UMP, CSAPA, association de prévention). Ce temps partagé est un facteur important de liaison entre les structures.

5.3.1 - Les publics accueillis

Cette population (les moins de 25 ans admis pour IEA) ne bénéficie pas de prise en charge « spécifique ». Leur prise en charge est globale. Parmi les outils d'évaluation utilisés, les structures rencontrées nous ont indiquées effectuer des bilans d'addiction par questionnaire (DETA). Elles s'intéressent à la consommation de tous les produits. Un bilan psychologique et une rencontre avec une assistante sociale peut avoir lieu selon les structures. Les parents sont souvent associés aux entretiens mais pas systématiquement. Une analyse systémique peut être réalisée. Parfois il s'agit d'une guidance parentale. Des génogrammes peuvent être élaborés et un travail sur l'estime de soi proposé aux jeunes. Un travail sur les normes semble toujours indispensable car selon une structure rencontrée : « les normes OMS ne leur parlent absolument pas, ils sont bien au-delà. Pour eux, 5 verres ce n'est pas réaliste, ils en sont à 15 ! ».

Si nécessaire, cette population peut être orientée vers des consultations psychiatriques, des centres de cure ou de post cure, ou vers le médecin généraliste plus simplement.

Aucune donnée socio-psychologique précise n'existe dans les structures rencontrées. Des constats empiriques sont dressés par certains CSAPA. « Il s'agit d'étudiants, en particulier de grandes écoles, qui relâchent la pression scolaire en s'alcoolisant. S'il s'agit de jeunes issus de milieux moins favorisés, les alcoolisations sont plus d'ordre socioculturel : ils reproduisent les alcoolisations familiales, cela nous inquiète alors plus. Globalement, les jeunes qui pratiquent ces alcoolisations excessives sont plutôt bien insérés », selon l'un des CSAPA.

5.3.2 - Les partenariats existants

Les partenariats existent sur ce thème, mais pas dans toutes les structures. Des relations ont été citées avec les urgences, les centres médico psychologiques, les points accueil écoute jeunesse, les maisons des adolescents, la santé scolaire, les établissements scolaires, les missions locales, la Protection judiciaire de la jeunesse, les mairies, les gendarmeries et les autres CSAPA.

Les CSAPA ont indiqué recevoir le plus souvent des jeunes orientés par les établissements scolaires ou la protection judiciaire de la jeunesse, et rarement par les hôpitaux. Dans le Morbihan, les coordonnées des consultations jeunes consommateurs ont été diffusées dans les bulletins scolaires, ce qui a permis une augmentation du recrutement de jeunes dans les CSAPA.

Une structure intervient beaucoup en prévention dans les établissements scolaires et développe un logiciel plus adapté aux consommations des jeunes que le logiciel SIMALC[27] (développé par la Maaf). Elle

[27] SIMALC : simulateur d'alcoolémie.

constate aussi que les chefs d'établissement et les forces de l'ordre augmentent les actions de sanction/répression.
Aucun partenariat avec des médecins généraliste n'a été signalé par les structures rencontrées.

5.3.3 - Les initiatives et améliorations souhaitées

Concernant les souhaits d'améliorations, les structures rencontrées ont indiqué qu'avec plus de personnels, elles pourraient accorder des rendez-vous plus rapides et plus nombreux. Les délais de consultation sont souvent longs et explosent s'il s'agit d'une consultation en pédopsychiatrie. Elles pourraient aussi organiser une présence aux urgences quand ce n'est pas encore le cas et recevoir systématiquement les jeunes quelques jours après leur admission aux urgences pour IEA ou IPM.

Dans les Côtes d'Armor, un CSAPA nous a indiqué préparer un projet de mesure alternative à la sanction avec une sous préfecture. Les jeunes interpellés pour une IPM qui accepteront de participer à une consultation d'alcoologie ne payeront plus l'amende.

A Brest, un CSAPA propose des prises en charge spécifiques pour les populations en obligations de soins et organisent des groupes d'expression d'adolescents. Un nouveau centre de protection maternelle et infantile développe des entretiens systémiques, et a ouvert des consultations pour les parents, les enfants de toxicomanes ou d'alcooliques.

Plus généralement, un CSAPA a indiqué qu'il faudrait davantage s'occuper des parents et arrêter de stigmatiser la jeunesse. Il pourrait être aussi intéressant de travailler plus avec les maisons des adolescents et de proposer des consultations jeunes consommateurs dans toutes les structures qui accueillent les jeunes (lycées, pôles emplois), ainsi que des consultations avancées dans les hôpitaux psychiatriques et les centres médico-psychologiques.

L'idée serait de concevoir un projet global de prise en charge de cette population qui impliquerait toutes les parties concernées.

5.4. Expérimentations en cours

Les entretiens dans les différentes structures nous ont permis de repérer plusieurs projets qui semblent contribuer à l'amélioration des prises en charge pour les jeunes admis en IEA. Ils sont résumés ci-dessous.

Consultations post-urgences au CH de Saint Brieuc (urgences/CMP/Anpaa 22)

Aux urgences de Saint Brieuc, une consultation post-urgence existe depuis 10 ans. A la suite de leur dégrisement, tous les jeunes admis pour IEA pathologique (coma, agitation essentiellement) sont vus par un médecin ou une infirmière addictologue. Lors de leur admission aux urgences, les urgentistes remplissent un bon bleu qui est transmis au médecin addictologue/infirmière qui rencontre le jeune dans la matinée suivant l'admission pour IEA. L'entretien dure une trentaine de minutes et a lieu dans une chambre de l'UHCD adulte. Une discussion a lieu avec les parents s'ils sont présents. Les objectifs sont d'évaluer globalement la situation du jeune, ses conduites addictives, de repérer d'éventuelles morbidités psychiatriques et psychologiques. Ainsi un rendez-vous avec l'équipe de psychiatrie peut être proposé au sein de l'Unité Médico Psychologique (UMP) qui se situe dans les locaux de l'hôpital tout à côté du service d'accueil des urgences. Un rendez-vous à distance, entre 15 jours et 1 mois après ce premier contact, est systématiquement proposé.
Cette procédure donne satisfaction mais ne couvre pas encore l'ensemble des hospitalisations de jeunes pour ivresse aiguë. Aujourd'hui, l'objectif est de prendre en compte les admissions pour traumatologie avec alcool qui ne sont pas repérées et diagnostiquées comme IEA. De même, les urgences pédiatriques admettent des mineurs en IEA qui sont uniquement vus par des pédopsychiatres. Des liens pourraient être faits à ce niveau.

Prévention scolaire au CH de Paimpol (urgences/scolaires)

Le centre hospitalier de Paimpol a développé depuis plusieurs années un travail de partenariat avec une association « Resolution » présidée par un médecin tabacologue pour intervenir dans les classes des

établissements scolaires du premier degré des communautés de communes de Paimpol-Goëlo et des Trois Rivières. Il s'agit de sensibiliser les élèves aux addictions. Elle organise des rencontres autour de d'ateliers : « Santé, qu'est que tu en sais ? » ; « Qui suis-je ? » ; « Jeux de rôle autour du tabac pour apprendre à dire non »... Les enseignants qui auraient également des difficultés à gérer les problèmes qu'ils rencontrent sur ce thème avec leurs élèves peuvent également bénéficier d'un accompagnement par les personnels de l'hôpital. La direction de l'hôpital et l'association étendent aujourd'hui ces sessions de travail en ateliers dans les collèges publics et privés.

Consultations post urgences au CHRU de Rennes (urgences pédiatriques et adultes)

La ville de Rennes est particulièrement concernée par le phénomène d'alcoolisation massive des jeunes, notamment en raison des grands rassemblements regroupant chaque fin de semaines plusieurs centaines de jeunes consommant de l'alcool sur l'espace public. En outre, des études sociologiques montrent que les consommations d'alcool par les jeunes dans la sphère privée y sont toutes aussi préoccupantes, bien que moins visibles.
Si de nombreuses initiatives ont vu le jour en terme de prévention à échelle de la ville de Rennes (dispositifs « Prév'en Ville » et « Noz'Ambule », campagne « A ta santé » etc.), un nombre important de jeunes de moins de 25 ans sont admis chaque semaine aux urgences hospitalières suite à une consommation excessive d'alcool (cf. données d'admission du SAU de Rennes).

Pour les seules urgences pédiatriques (qui reçoivent les jeunes de moins de 16 ans) le nombre de mineurs admis pour intoxication alcoolique aiguë a triplé entre 2004 et 2008, passant de 32 à 90 jeunes. La situation est similaire au niveau des urgences tout public, accueillant les jeunes de plus de 16 ans.

C'est pourquoi, les urgences pédiatriques de l'hôpital Sud ont signé une convention depuis mars 2010 avec l'ANPAA 35 pour recevoir en entretien les jeunes de moins de 16 ans admis aux urgences pour IEA ainsi que leurs parents. Consécutivement à l'admission des jeunes, un premier repérage est effectué par les infirmiers en psychiatrie intervenant aux urgences pour orienter ceux qui leur semblent le nécessiter vers l'ANPAA 35. L'association reçoit alors les jeunes et leurs familles dans un délai de 3 semaines maximum. Consécutivement à cet entretien unique d'une durée d'une heure et demie (de type systémique), une orientation vers une structure spécialisée peut être proposée. Ce dispositif devrait évoluer en 2012 avec l'arrivée d'une nouvelle équipe de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques.

Par ailleurs, depuis octobre 2011, des consultations post-urgences sont également organisées aux urgences adultes (Unité médicochirurgicale adulte) de Pontchaillou dans le cadre d'un protocole de recherche clinique. Ce protocole de recherche clinique doit permettre d'évaluer l'efficacité d'une intervention motivationnelle sur la diminution des consommations des jeunes admis en intoxication éthylique aiguë. Les parents des mineurs sont associés aux entretiens. Les résultats seront connus fin 2012.

Protocole de prise en charge aux CH de Vannes/Auray/Ploërmel

Le groupe SPAGORA du centre hospitalier de Vannes s'intéresse depuis plusieurs années aux questions d'addictions. Une réflexion sur la prise en charge des jeunes admis pour une intoxication éthylique aiguë est en cours depuis 2010. Ce groupe réunit, avec la participation de la direction de l'hôpital, les services concernés par cette question (urgences adultes et pédiatriques, unités d'addictologie, alcoologie de liaison des hôpitaux de Vannes/Auray/Ploërmel …) ainsi que les structures aval de prise en charge de cette population (CSAPA, autres associations…). Leur objectif est d'appliquer un protocole simple pour permettre à ces publics d'être pris en charge de manière globale et approfondie.

Recensement de tous les patients admis pour IEA au CHRU de La Cavale Blanche à Brest

Depuis le mois de juin 2011, les urgences et l'unité d'addictologie du CHU La Cavale Blanche de Brest expérimentent un protocole permettant de recenser tous les patients admis pour IEA aux urgences de La

Cavale Blanche, mais qui n'ont pu rencontrer une infirmière de l'équipe de liaison en alcoologie car ils sont ressortis de l'hôpital avant cette rencontre (dans la nuit, le samedi ou le dimanche). Chaque matin, le service des urgences édite une liste de personnes admises pour ce motif en diagnostic principal ou associé. Cette liste est adressée à l'unité d'alcoologie de l'hôpital La Cavale Blanche qui expédie alors un courrier à chaque patient l'invitant à prendre contact pour un rendez-vous, consécutivement à cette admission.
Il est encore trop tôt pour se prononcer sur le taux de contacts de ces patients avec l'unité d'addictologie, mais la procédure fonctionne.

Amélioration du repérage aux urgences du CH de Morlaix

Les urgences du CH de Morlaix, qui ne disposent de la visite d'un infirmier en alcoologie de liaison que depuis septembre 2011, développe également la même procédure qu'au CH de La Cavale Blanche de Brest pour recontacter tous les patients admis pour IEA et qui n'ont pas rencontré l'équipe de liaison en addictologie. Des courriers leur seront adressés pour qu'ils prennent un rendez-vous avec l'unité d'addictologie pour faire le point sur leurs consommations.

HIA de Brest (étude sur les IPM)

A l'hôpital des armées de Brest, situé en centre ville, un nombre très élevé d'admission pour ivresse publique manifeste (1600 par an) est enregistré. Un interne en médecine d'urgence va réaliser une étude épidémiologique sur les admissions pour IEA et IPM et sur les modalités de prise en charge de ces publics. L'impact à 1 mois et 6 mois de la prise en charge des patients admis pour IEA simple sera évaluée. L'objectif sera de valider un protocole sur le secteur sanitaire 1.

Permanences des forces de l'ordre de Pontivy dans les établissements scolaires

En plus des interventions menées dans les établissements scolaires avec le FRAD, la prévention routière… depuis septembre 2010, des gendarmes de Pontivy effectuent des permanences de deux heures dans cinq établissements scolaires. Les adolescents peuvent venir s'entretenir sur tous les sujets qui les intéressent en lien avec les missions des forces de l'ordre. Ces points écoute sont organisés dans le cadre d'une convention départementale (Préfet, colonel de gendarmerie, Directeur départementale de la Sécurité publique, inspecteur d'académie). Un bilan a été effectué en fin d'année scolaire 2010/2011 pour décider de la reconduction de ce dispositif.

Encadré : le Projet allemand HALT

A titre de comparaison, le projet HaLT, lancé en 2002 et actuellement généralisé dans toute l'Allemagne permet aux jeunes admis aux urgences d'un hôpital pour une ivresse aiguë de participer à un entretien de 45 minutes. Ce sont des éducateurs de centres équivalents aux maisons des adolescents qui réalisent cet entretien à l'hôpital à l'issue du « dégrisement » des jeunes. Les parents sont également reçus seuls puis avec leur enfant. Il s'agit de faire le point sur les consommations, les conditions de l'alcoolisation, les motivations et sur les règles parentales. Il leur est ensuite proposé de participer à un programme d'une journée et demi organisé en plusieurs ateliers individuels ou collectifs de 30 minutes qui abordent sous forme de jeux, de travail en groupe, les usages, mésusages, les prises de risque, les motivations… Une heure de plongée en piscine permet d'aborder plus précisément les questions de risque et de sécurité. Le message délivré tout au long de ces ateliers est que « le plaisir est maximum quand la sécurité est maximale».

6 - Synthèse: quelles recommandations pour une chaîne de prise en charge globale et optimale ?

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 multiples 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.

De plus, la démographie des villes de Bretagne influe directement sur la situation épidémiologique des SAU de Bretagne. Celle-ci est très contrastée tant du point de vue du volume des admissions des moins de 25 ans, que de l'importance des hospitalisations pour cette même population. Les centres hospitaliers situés dans les grands pôles urbains accueillent davantage de monde (toutes pathologies confondues).

On peut faire l'hypothèse que ces différences démographiques peuvent avoir un impact sur les modalités de prise en charge de cette population : aux urgences bien sûr, mais également pour les structures en amont et en aval. A moyen constant, une structure qui concentre de nombreuses prises en charge aura mécaniquement moins de temps à consacrer pour chacune de ces prises en charge.

Les recommandations de la littérature scientifique, en particulier les conférences de consensus de 1992[28] réactualisée en 2003 et 2006 et les recommandations de l'ANAES de 2001[29] sont toujours d'actualité. Elles recommandent 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.

6.1 - En amont

La prise en charge en amont des jeunes en intoxication éthylique aiguë peut s'avérer problématique pour les pompiers et les 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 », en particulier en cas de détresse vitale.

Les procédures pour les situations d'ivresse publique manifeste pour les représentants des forces de l'ordre sont plus précises. Elles 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 très nombreuses. Elle aura pourtant des conséquences très différentes, notamment en termes d'accès aux soins de prévention secondaire « post ivresse ».

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

[28] SOCIETE FRANCOPHONE D'URGENCES MEDICALES (SFUM) (1992). *IIème conférence de consensus en médecine d'urgence : l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgence*, Saint Etienne.

[29] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). (2001). *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, Paris.

6.2 - Dans les services d'accueil des urgences

Les modalités de prise en charge dans les services des urgences des hôpitaux de Bretagne sont très 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…

Tous les personnels des services d'urgences n'ont pas été interviewés, aussi les informations recueillies ne sont révélatrices que des pratiques des personnes rencontrées. Ces pratiques sont en effet largement «personne dépendante» ou «médecin dépendant»… D'où le souhait des professionnels de pouvoir appliquer un protocole clair, consécutivement aux conclusions de cette étude.

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

Cette question de l'alcool aux urgences, et de manière plus générale en Bretagne, est considérée comme un vaste problème socioculturel par toutes les personnes rencontrées. La quasi totalité des professionnels interrogés ont insisté sur la banalisation des alcoolisations des jeunes par les parents, l'entourage. L'importance des facteurs socio-économiques, comme le chômage, les difficultés scolaires et d'insertion professionnelle a été signalée par tous les services d'urgences. Ces facteurs pèsent lourds sur les comportements d'alcoolisation excessive et peuvent avoir des conséquences très négatives en termes de violences, de délinquance...

C'est pourquoi quelques professionnels des services d'accueil des urgences ont choisi de s'investir dans la prévention primaire et interviennent dans les établissements scolaires, à leur initiative ou à la demande de ces établissements.

Le mode d'arrivée aux urgences

Tous les jeunes ivres ne sont pas admis aux urgences, seules les situations les plus inquiétantes, et/ou 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 ».

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 peut se révéler très utile, 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 en effet pas recommandé obligatoirement 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. Il peut aussi être un outil pour lutter contre le déni de consommation d'alcool de certains patients au moment de leur admission.

Cependant, il convient de rester raisonnable dans les coûts engendrés par cette prise en charge car il n'existe pas de tarification à l'activité (T2A) affectée aux intoxications éthyliques aiguës. Les budgets alloués aux services d'urgences sont calculés sur la base de nombre de passages, quelque soit la pathologie.

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. S'il s'agit d'une IEA avec

agitation, une sédation verbale ou une contention physique et chimique peut-être pratiquée si nécessaire.

Cette prise en charge de l'agressivité de certains patients nécessiterait une formation spécifique réclamée par des personnels des services d'urgences.

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

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[30] 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. Ceci pose un réel problème en termes de prévention des réitérations.

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(e) infirmièr(e) en alcoologie.

Seules 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) 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(e) infirmièr(e) 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 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.

Il s'agit là d'un point sensible dans l'organisation de la plupart des SAU. En effet, la création des équipes de liaison en alcoologie et addictologie a contribué 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, cette organisation n'est plus satisfaisante quand les équipes d'alcoologie de liaison ne sont pas présentes, les nuits et les week-ends, alors que les admissions pour IEA ont lieu à ces moments là. Certains personnels des urgences ont de plus indiqué ne pas se sentir 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.

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

[30] Dans les services que nous avons rencontrés, le terme de « box » est utilisé lorsque le patient est placé dans les zones d'attente de soins. Le patient n'est pas considéré comme hospitalisé aux urgences. En revanche, le terme « de lit porte » ou d'unité d'hospitalisation de très courte durée est considéré comme une hospitalisation aux urgences. Les patients peuvent être placés en « box » durant toute la période de prise en charge aux urgences, sans être admis en « lit porte » ou « UHTCD ». Ils peuvent aussi être directement placés en « lit porte » ou « UHTCD ».

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 il n'y a pas de possibilité de suivi des orientations qui peuvent être 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.

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

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. Le plus souvent, les jeunes repartent accompagnés par un proche ou par leurs parents. Une assistante sociale peut aussi rencontrer certains patients selon les situations.

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.

Les IPM dérangent, plus encore lorsque les urgences connaissent une forte affluence. Si l'organisation de leurs locaux le permet, des SAU ont organisé des circuits distincts qui permettent aux patients en IPM 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 duraux en cas de chute ou de bagarre. 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), car les représentants des forces de l'ordre ont le plus souvent déjà préidentifié la population susceptible de relever d'une IPM.

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.

Bilan

Ainsi, cette étude montre que les recommandations de l'ANAES de 2001 et les réactualisations de la conférence de consensus de 1992 par la Société Française de Médecine d'Urgence sont toujours d'actualité.

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 parfois même 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.

Premier constat : 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 portent sur la durée d'hospitalisation. Les 72h 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.

Second constat : conséquence de cette impossibilité d'hospitaliser durant 72h, le bilan alcoologique/psychologique/social qui doit être effectué pour toute admission des moins de 25 ans admis pour ivresse aiguë, à l'occasion d'un premier entretien, pose problème. Les équipes d'alcoologie de liaison, de psychologie/psychiatrie, de service social n'interviennent pas toutes systématiquement pour chaque jeune admis (ce qui est normal) 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 jamais 24h sur 24, ce qui ne serait d'ailleurs pas forcément utile. 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.

Pour parvenir à améliorer la question des alcoolisations excessives des jeunes, l'objectif est bien d'organiser un véritable réseau de prise en charge globale médico psychosociale des adolescents et de former les personnels des urgences à l'accueil de ce public.

6.3. En aval

La question qui se pose donc aujourd'hui est de savoir quel serait le lieu et quels seraient les interlocuteurs les plus appropriés pour assurer une prise en charge globale des jeunes admis pour IEA, après la phase aiguë. 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 connaitre 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 ».

6.3.1 - Un second entretien « post-urgences »

Un second entretien de réévaluation à froid recommandé par certains auteurs est déjà en pratique à Saint-Brieuc et à Brest par exemple. A Saint-Brieuc, il s'agit d'un médecin addictologue qui réalise ce second entretien au sein de l'Unité médico psychologique. A Brest, c'est l'unité d'alcoologie de liaison qui effectue le suivi (jusqu'à 4 entretiens) des patients admis aux urgences pour ivresse aiguë. La psychiatre addictologue de l'unité d'alcoologie rencontre « à distance » 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 être proposées.

A Rennes, les urgences pédiatriques et adultes du CHU de Rennes expérimentent 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 et c'est cela qui semble être le plus important. 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, et cet élément semble important.

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.

6.3.2 - La place des consultations jeunes consommateurs dans la chaîne de prise en charge

Les consultations jeunes consommateurs qui existent sur le territoire pourraient être des acteurs utiles dans ce chaînage de prise en charge. Rappelons que ces consultations existent depuis 2005, dans l'ensemble des départements. Gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, alcool, drogues de synthèse, cocaïne, polyconsommations). Elles peuvent également 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.

Ces consultations sont rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) et sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes.

Elles permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations,
- d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille,
- d'aider, si possible, en quelques consultations à arrêter la consommation,
- de proposer lorsque la situation le justifie, une prise en charge à long terme,
- d'orienter vers d'autres services spécialisés si nécessaire.

6.4 - La prise en charge médicale des jeunes interpellés pour une ivresse sur la voie publique

La prise en charge pour une IPM est encadrée par une réglementation assez précise. Cependant, en termes de soins, rien n'est prévu pour une personne interpellée, à sa sortie du commissariat. A minima, il semblerait possible de remettre une documentation sur les consommations d'alcool et les adresses de soins, à la sortie.

Cette modalité est évidemment très insuffisante. D'autres propositions pourraient certainement être faites, mais les représentants des forces de l'ordre rencontrés ne se sont pas positionnés sur ce terrain qui n'est plus le leur. Là encore, une amélioration des prises en charge dans le cadre des ivresses publiques manifestes est à construire.

Bibliographie

L'ALCOOL AUX URGENCES : GENERALITES

- ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE (ANPAA) (1999*). Un alcoologue aux urgences, Addictions, 1.*
  http://www.anpaa.asso.fr/html-fr/milieu/alcool_ou_sante_articles/f_milieu_recherche_urgences.html
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). (2001). *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*. Argumentaire. Paris.
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). (2001). *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, Paris.
- BATEL, P. (2009). Que sait-on de l'ivresse. *Recherche et Alcoologie, lettre d'information de l'IREB, 36*, 1-2.
- COORDINATION DES SOINS ET DE LA RECHERCHE EN ALCOOLOGIE (COSRA 35). (1998). Urgences : accueil, urgences hospitalières et alcool. *Actes de la Journée régionale du Mardi 9 juin 1998, Rennes, 92 pages.*
- DAVID, C., NEGARET, G., DEZE, F., GALLE, E. & BOUGET, J. (2005). Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence. *Médecine Thérapeutique, 11*(1), 56-63.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2007). Abus, dépendances et poly consommations : stratégies de soins, Recommandations de la commission d'audition.
- MELLO, M.J., NIRENBERG, T.D., LONGABAUGH, R., WOOLARD, R., MINUGH, A., BECKER, B., BAIRD, J. & STEIN, L. (2005). Emergency Department Brief Motivational interventions for Alcohol With Motor Vehicle Crash Patients. *Annals of Emergency Medicine, 45*(6), 620-625.
- MENECIER, P., CLAIR, D., COLLOVRAY, C., ROTHEVAL, L., LEFRANC, D., DUHAY-VIALLE, A. & MENECIER-OSSIA, L. (2008). Intoxications éthyliques aiguës hospitalisées. Analyse d'une procédure de rencontre systématique. *Alcoologie et Addictologie, 30*(3), 251-259.
- MENECIER, A., GIRARD, A., BADIL, P., ROTHEVAL, L., LEFRANC, D. & MENECIER-OSSIA, L. (2009). L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. Etude prospective sur un an en hôpital général. *La revue de médecine interne, 30*, 316-321.
- MENECIER, A., GIRARD, A., ROTHEVAL, L., PELISSIER-PLATTIER, S., LEFRANC, D. & COLLOVRAY, C. (2008). L'alcoolémie mesurée à l'entrée d'un hôpital : un marqueur de mésusage d'alcool même à faible taux. *Le courrier des addictions, 10*(1), *13-15.*
- MENECIER, P., MENECIER-OSSIA, L., ROTHEVAL, L. & VIALLE, A. (1999). L'intoxication alcoolique aiguë: une situation à ne pas négliger. *Le concours médical, 121*, 2959-2962.
- PAILLE, F. M. (2009). Alcool ; Epidémiologie, étiologie, clinique. In M. LEJOYEUX (sous la direction). *Addictologie,* Paris : Masson (abrégés).
- PONCET, F. & FERAL, A. (2001).Le patient alcoolisé : un « client » si présent et si oublié des urgences. *Les Actualités en psychiatrie, 18*(10), 137-141.
- SCHWAN, R. (2006). Prise en charge des patients présentant un mésusage d'alcool aux urgences. In M. REYNAUD (sous la direction), *Traité d'addictologie.* Paris : Flammarion (Médecines-Sciences), Paris.
- SOCIETE FRANCOPHONE D'URGENCES MEDICALES (SFUM) (1992). *IIème conférence de consensus en médecine d'urgence : l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgence,* Saint Etienne.
- SOCIETE FRANCOPHONE D'URGENCES MEDICALES (SFUM) (2003). Actualisation des conférences de consensus – les crises convulsives aux urgences (1991) – l'ivresse éthylique aiguë aux urgences (1992), Paris.
- SUREAU, C., CHARPENTIER, S., PHILIPPE, J.M., PERRIER, C., TRINH-DUC, A., FOUGERAS, O., CHARPENTIER, S., RAPHAELE, V., MIRANDA, J. & LE GALL, C. (2006). *Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences »*. Commission de Veille Scientifique.
  http://www.sfmu.org/documents/consensus/Actualisation_consensus_ivresse__thylique_aigu__2006.pdf
- YERSIN, B. (2003). Conduite à tenir en urgence : de l'ivresse alcoolique au sevrage. In Urgences. Paris : éditions scientifiques L & C Brain Storming. www.sfmu.org/fr/formation/cours_sup/telecharger/?id=35

L'ALCOOL AUX URGENCES : LES JEUNES

En Bretagne

- BRICE, C. (2003). Etude prospective des conduites à risques de l'adolescent aux urgences de Saint-Brieuc. Thèse de doctorat en Médecine de l'Université de Rennes 1, France.

- GUILLERY, X. (2007). L'ivresse éthylique aiguë de l'adolescent : bilan des connaissances et analyses d'une pratique clinique. Mémoire diplôme inter-universitaire, Faculté de Médecine d'Angers, Poitiers et Tours.
- MICHEL, G. & GUILLERY, X. (2006). Les conduites à risque chez l'adolescent. Propositions de prise en charge dans un service d'urgence. *Alcoologie et Addictologie, 28(1), 51-57.*

En France

- ALVIN, P., GASQUET, I., de TOURNEMIRE, R., NOUYRIGAT, V. & SPERANZA, M. (2002). Les adolescents aux urgences hospitalières. A propos d'une enquête menée à l'AP-HP. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 50,* 571-576.
- AUGUSTIN-NORMAND, C. & CONSIGNY, M. (2007). Mésusages d'alcool chez les jeunes. Enquête en service d'accueil des urgences. *Alcoologie et Addictologie, 29*(3), 267-269.
- BOUDAILLIEZ, B., PERRIN, I. & ALVIN, P. (2001). Les adolescents aux urgences hospitalières : usage et messages. *Archives de Pédiatrie, 8*(2), 476-478.
- MENECIER, P., GAUTHIER, T., CLAIR, D. MENECIER-OSSIA, L., ASDRUBAL J. (2009). Ivresse alcoolique chez les adolescents ou jeunes adultes : peu apparente en hôpital général. *La Presse Médicale, 38*(11), 1691-1692.
- MUSZLAK, M. & PICHEROT, G. (2005). Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescence aux urgences. Une enquête prospective multicentrique française. *Alcoologie et addictologie, 27*(1), 5-12.
- PICHEROT, G. (2007). De plus en plus de jeunes aux urgences. Le point de vue d'un pédiatre. In P. HUERRE & F. MARTY (Eds). *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse.* Paris : Albin Michel.
- PICHEROT, G., LE BERRE, S., HAZART, I., MUZLACK, M., SARTHOU, L., RAMOS, E. (2005). Place des adolescents dans l'urgence hospitalière. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie, 8*(2), 81-85.
- PICHEROT, G., MUZSLACK, M., HAZART, D., DRENO, L., GRAS-LEGUEN, C. (2007). Alcool et adolescence. *Journal de pédiatrie et de puériculture, 20,* 321-324.
- PICHEROT, G. (2010). L'alcoolisation des adolescents : une précocité inquiétante *? Archives de Pédiatrie, 17*(5), 583-587.
- SAGNES-RAFFY, C., BENMOUSSA-OUMANSOUR, L., AZEMA, O. & DUCASSE, J.L. (2006). *Intoxications alcoolique aiguë des 15-19 ans aux urgences de Midi-Pyrénées,* Urgences 2006, Observatoire Régionale des Urgences de Midi-Pyrénées.
- VALLERY-MASSON, E., DARDENNE, P., PAUDRAT, N., GUERIN, M.N. & JEZEQUEL, C. (1985). Les alcoolisations aiguës de l'adolescent. *La revue de pédiatrie, 21*(8), 389-392.

A l'international

- CLARK, D.B. & MOSS, H.B. (2010). Providing Alcohol-Related Screening and Brief Interventions to Adolescents through Health Care Systems : Obstacles and Solutions. *Plos Medicine, 7*(3).
- KUTTLER, H. (2005). HaLT – lorsque les jeunes boivent jusqu'au coma. *Spectra, Prévention et promotion de la santé, 48,* p.5.
- MAIO, R.F., SHOPE, J.T., BLOW, F.C., COPELAND, L.A., GREGOR, M.A., BROCKMANN, L.M., WEBER J.E. & METROU, M.E. (2000). Adolescent Injury in the Emergency Department : Opportunity for Alcohol Interventions ?. *Annals of Emergency Medicine, 35*(3), 252-257.
- MAIO, R.F., SHOPE, J.T., BLOW, F.C., GREGOR, M.A., ZAKRAJSEK, J.S., WEBER, J.E & NYPAVER, M.M. (2005). A Randomized Controlled Trial of an Emergency Department-Based Interactive Computer Program to prevent Alcohol Misuse Among Injured Adolescents. *Annals of Emergency Medicine,* 45(4), 420-429.
- MONTI, P.M., O'LEARY, T. & BORSARI, B. (2005). Drinking Among Young Adults, Screening, Brief Intervention, and Outcome. *Alcohol Research & Health, 28*(4), 236-244.
- PHAN, O. (2008)., Binge drinking chez les jeunes Européens : les programmes allemands et néerlandais de prévention. La Santé de l'Homme, *398,* 36-38.
- STEINER M., KNITELL T. (2007). *The national pilot project Halt - scientific monitoring. Communal strategies for preventing heavy or risky alcohol consumption amongst children and adolescents.* Short Report on behalf of the German Federal Ministry of Health. Basle.
  http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/HaLT%20Short%20Report.pdf
- WOOLFENDEN, S., DOSSETOR, D. WILLIAMS, K. (2002). Children and adolescents with acute alcohol intoxication/self poisoning presenting to emergency department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156*(4), 34-58.

ADDICTOLOGIE / ALCOOLOGIE DE LIAISON

- BERENGER, P. (2002). Intervention d'une équipe de liaison et de soins en addictologie au décours d'une ivresse. *Alcoologie et Addictologie, 24*(4), 359-363.

- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (2003). Guides de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie.
- FLEURY, B. (2006). Equipes de liaison et de soins en addictologie. In M. REYNAUD (sous la direction), *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion (Médecines-Sciences).
- GUILLO, F. (2005). Parler d'alcool à des patients qui ne demandent rien… *Revue Médicale Suisse, 1(26),*: 1712-1716.
- LLORCA, P.M. (2006). Les réseaux en addictologie. In M. REYNAUD (sous la direction), *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion (Médecines-Sciences).
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. (2003). Guide des bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie.
- MUNOZ-RIVERO, M. (2001). *L'addictologie : du concept à la mise en place d'un réseau. L'exemple rennais*. Manuel de l'Ecole Nationale de santé Publique.
- PALLE, C., JEAN-FRANCOIS, M. (2007). *Les équipes de liaison en addictologie en 2005*. Focus consommations et conséquences, OFDT. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpnb.pdf
- REYNAUD, M. (2006). L'offre de soins en addictologie. In M. REYNAUD (sous la direction), *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion (Médecines-Sciences).
- RIGAUD, A. (2006). Principes de prise en charge d'un sujet en difficulté avec l'alcool. In M. REYNAUD (sous la direction), *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion (Médecines-Sciences).
- ROTHEVAL, L., POILLOT, A., LEFRANC, D., PELLISSIER-PLATIER, S., BADILA, P. & MENECIER, P. (2008). La rencontre clinique après l'ivresse : la place de l'entretien. *Le courrier des addictions, 10*(4), 27-29.
- UNITE D'ALCOOLOGIE DE LIAISON DU CHU DE RENNES. *Bilan d'activité* 2008.

REPERAGE / INTERVENTION AUPRES DES JEUNES

- GARDIEN, F. (2007). Perspectives de prévention de l'alcoolisme chez l'adolescent. Dépasser la politique de la réduction du risque alcool. *Perspective soignante, 28,* 122-151.
- GERMAIN, M., GUYON, L., LANDRY, M., TREMBLAY, J., BRUNELLE, N. & BERGERON, J. (2007). DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les adolescents et les adolescentes. Version 3.2, septembre 2007. Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives – Québec (RISQ). http://www.risqtoxico.ca/documents/DEP-ADO_fr_V3.2_2008.pdf
- GHAZI, A., BOLOGNINI, M., CHINET, L., LANDRY, M., NARRING, F., PICARD, V., PICHEROT, G. (2007). Substances psychoactives chez les jeunes. Outils de repérage et d'évaluation des consommations disponibles en français. *Alcoologie et Addictologie, 29*(2), 131-141.
- KNIGHT, J.R. (2001). The role of the Primary Care Provider in Preventing and Treating Alcohol Problems in Adolescents. *Ambulatory Pediatrics, 1*(3), 150-161.
- PICARD, V., REYNAUD, M., GERBAUD, L., CLEMENT, G. & PERTHUS, I. (2002). Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. Enquête sur 844 adolescents de la région de Clermont Ferrand. *La revue du praticien - Médecine générale,16*(570), 699-703.
- PHAN, O., BONNAIRE, C., BASTARD, N. & JOUANNE, C. (2008). Le projet Incant. *Psychotropes, 14*(3-4), 137-156.
- VENISSE, J.L. & GRALL-BRONNEC, M. (2006). Repères pour les prise en charge des conduites de dépendance du sujet jeune. In M. REYNAUD (sous la direction), *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion (Médecines-Sciences).

ENTRETIENS MOTIVATIONNELS ET INTERVENTIONS BREVES

- ANDERSON, P. GUAL, A., COLOM, J., & INCa (trad). (2008). *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.* Paris.
- COUZIGOU, P. (2009). Intervention brève en alcoologie. *La Presse Médicale, 38*(7-8), 1126-1133.
- EMMEN, M.J., SCHIPPERS, G.M., WOLLERSHEIM, H. & BLEIJENBERG, G. (2005). Adding psychologist's intervention to physicians' advice to problem drinkers in the outpatient clinic. *Alcohol and Alcoholism, 40*(3), 219-226.
- GAUME, J., DAEPPEN, J.B. & GMEL, G. (2008). Administering Brief Motivational Interventions to Young Men. *Raisons de santé 141, Lausanne,* 29 p. http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds141_en.pdf
- LEVY, A. (2008). Quelles sont les mesures efficaces en matière de politique de l'alcool ? *Spectra, Prévention et promotion de la santé, 48,* 1-35.
- Mc CAMBRIDGE, J. & STRANG, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people : results from a multi-site cluster randomized trial. *Addictions, 99*(1), 39-52.

- MICHAUD, P., KUNZ, V., DEMORTIERE, G., CARRE, A., LANCRENON, S., SYLVIA-STAT, MENARD C, ARWIDSON. (2008). Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats de l'étude EIST. *Evolutions. Résultats d'études et de recherche en prévention et en éducation pour la santé, INPES, 14*, 6 p. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1112.pdf
- Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M., Woolard, R. & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 989-994.
- OSTERBERG, E. (2004). *What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control ?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf
- RAHIOUI H, « Entretien motivationnel », In M. REYNAUD (sous la direction), *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion (Médecines-Sciences).
- SMIT, E., VERDURMEN, J., MONSHOUWER, K. & SMIT, F. (2008). Family inteventions and their effects on adolescent alcohol use in general population: a meta-analysis of randomized controlled trials. National Institute for Health Research.

LES IVRESSES PUBLIQUES MANIFESTES

- BERTRAND, Y., LE GALLOU, J.Y., ROUSSILLE, B., THOMAS, F., RIOU, P., MARION, M. & PODEVIN H. (2008). *Evaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste (IPM),* Paris : Inspection générale des affaires sociales.

AUTRES

- BANTUELLE, M. & DEMEULEMEESTER, R (sous la direction) (2008). *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Paris : Editions INPES. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf
- CONFERENCE SANITAIRE DU TERRITOIRE DE SANTE N°5 (2009). *Projet médical de territoire « conduites addictives ».*
- CONSEIL GENERAL DES ALPES MARITIMES (2008). L'alcool et les jeunes, Boires et déboires 2ème partie. *Zoom Addictions Prévention 06, 4.* 4 pages.http://www.codes06.org/6-newsletter/zap-06-zoom-addictions-prevention/zap_04.pdf
- FERRAGUTI, A. (2007). Les jeunes rennais et la consommation d'alcool : enquête auprès de collégiens et lycéens dans la capitale bretonne. Thèse de Doctorat en Pharmacie de L'Université de Rennes 1, France.
- MAURY, N. (2008). Les tentatives de suicide accueillies dans les services des urgences d'Ille-et-Vilaine : Quelle qualité de prise en charge. Mémoire de l'EHESP, Promotion 2007-08 Médecin Inspecteur de Santé Publique.
- NORDMANN, R. (2007). *Evolution des conduites d'alcoolisation des jeunes : motifs d'inquiétude et propositions d'action,* Rapport au nom de la Commission V-B (Addictions) de l'Académie nationale de médecine. http://www.academie-medecine.fr/Upload/nordmann_rapp_5juin_2007.doc
- OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE (ORS BRETAGNE) (2007). *Les hospitalisations pour tentative de suicide des 15-24 ans en Bretagne,* Rennes. http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2005/12/les-hospitalisa.html

Annexes

I – Fiches descriptives des SAU rencontrés
II - Tableaux récapitulatifs des analyses dans les SAU
III - Tableaux récapitulatifs des analyses dans les structures « amont »
IV - Tableaux récapitulatifs des analyses dans les structures « aval »
V – Questionnaires utilisés pour les structures Amont, Aval et les Urgences
VI – Questionnaires d'évaluation des consommations

Annexe I : fiches descriptives des SAU rencontrés

Urgences du CHRU de Brest La Cavale Blanche

Admissions pour IEA en population générale (2010)	-
Admissions pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2010)	-
Informatisation	oui
Service d'accueil des urgences	Adultes (urgences pédiatriques à l'Hôpital Morvan)
Equipe de liaison	7j/7 de 9h à 17h
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	24h/24 et 7j/7
Unité d'hospitalisation de très courte durée	18 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge à l'admission est faite par une IAO, un médecin et une secrétaire médicale
- Toutes les arrivées postérieures à 16/17 heures sont gardées la nuit.
- Des jeunes peuvent cependant quitter l'hôpital avant le matin. La liste de ces personnes est éditée chaque matin et transférée à l'unité d'alcoologie de liaison qui adresse un courrier à ces personnes en leur demandant de reprendre contact.
- Le diagnostic est posé après examen clinique. La mesure de l'alcoolémie n'est pas systématique.
- Les jeunes rencontrent une infirmière de l'équipe de liaison en alcoologie. Il s'agit de faire le point sur les circonstances de l'arrivée aux urgences, les consommations, la situation globale du jeune... Si besoin, un second entretien à distance est proposé par l'infirmière d'alcoologie avec le médecin psychiatre addictologue la semaine suivante (meilleur délai). Un suivi peut être proposé au jeune mais s'il ne le souhaite pas, il est orienté vers le médecin traitant. Cette procédure fonctionne bien. La difficulté porte sur le suivi, au bout de 3 consultations, le relais doit être fait avec un CSAPA, ce que les patients n'acceptent pas toujours car un lien s'est créé avec cette équipe d'alcoologie.
- Le jeune quitte les urgences après avoir rencontré l'équipe d'alcoologie de liaison.

Spécificités du service d'accueil des urgences

- Les jeunes admis pour une IPM ne reçoivent aucun conseil en alcoologie
- Les jeunes admis en dehors des périodes de présence aux urgences des équipes de liaison en alcoologie ne bénéficient pas de conseils en alcoologie. Une procédure de recontact est prévue.
- Présence insuffisante des équipes de liaison en alcoologie, compte tenu du nombre d'entretiens organisés (il manquerait un mi-temps)

Urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Brest : 15/17000 admissions/an

Admissions pour IEA en population générale (2010)	1600 admissions par an pour IPM 712 patients en IEA
Admissions pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2010)	-
Informatisation	AMADEUS
Service d'accueil des urgences	Adultes pour les plus de 15 ans (urgences pédiatriques à l'Hôpital Morvan)
Equipe de liaison	non
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	oui
Unité d'hospitalisation de très courte durée	4 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge à l'admission est faite par une IAO. Tous les jeunes sont gardés.
- Un examen clinique est conduit et une prise de sang est systématiquement faite. L'éthylotest n'est pas utilisé.
- Les jeunes sont gardés jusqu'à ce que leur taux d'alcool soit revenu à moins de 0,5g/l
- Les parents des mineurs sont prévenus et ces mineurs sont systématiquement vus par un membre de la psychiatrie de liaison, ou un médecin ou infirmière en addictologie, mais il ne s'agit pas d'une équipe de liaison en alcoologie.
- A la sortie, un courrier d'information est adressé au médecin traitant pour tous les jeunes hospitalisés en UHTCD. Le courrier est adressé au dispensaire s'il s'agit d'une population précaire.
- Le jeune quitte l'hôpital en fonction de son taux d'alcoolémie et de son état clinique. On leur remet des documents de l'INPES et des adresses locales.
- Si le jeune arrive pour une IPM, la prise en charge est très cadrée. Un dossier stéréotypé est complété. Tous les items doivent être remplis. Tout traumatisme est gardé aux urgences, ainsi que tous les patients n'ayant pas de fonctions relationnelles correctes. Environ un quart des patients est gardé.

Spécificités du service d'accueil des urgences

- Les jeunes reçus pour une IPM et qui repartent avec les forces de l'ordre ne reçoivent pas de conseils en alcoologie
- Les jeunes admis ne rencontrent pas systématiquement un professionnel en alcoologie.
- Absence d'une équipe de liaison en alcoologie.

Urgences du CH de Morlaix : 29 000 admissions/an

Admissions pour IEA en population générale (2010)	-
Admissions pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2010)	-
Informatisation	non
Service d'accueil des urgences	Polyvalente
Equipe de liaison	Oui depuis septembre 2011
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	oui
Unité d'hospitalisation de très courte durée	2 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge à l'admission est faite par une IAO et un aide soignant en binôme.
- Un examen clinique est conduit et une mesure de l'alcoolémie est systématiquement faite.
- Les jeunes sont examinés dans les « box »par un urgentiste ou un interne.
- Les parents des mineurs sont systématiquement informés
- Les jeunes sont vus par un infirmier d'alcoologie de liaison depuis septembre 2011, auparavant ce n'était pas le cas et les jeunes quittaient les urgences dès qu'ils avaient repris une fonction relationnelle.
- En cas de nécessité et d'indisponibilité de l'alcoologie de liaison, c'est la psychiatrie de liaison qui réalise un entretien d'addictologie.
- Un courrier est adressé au médecin traitant dès qu'il y a eu une hospitalisation en UHTCD
- S'il s'agit d'une IPM, c'est le médecin urgentiste sénior qui effectue la prise en charge de l'IPM rapidement.

Spécificités du service d'accueil des urgences

- Les jeunes ne bénéficiaient pas d'une prise en charge globale en alcoologie/addictologie avant l'arrivée de l'alcoologie de liaison en septembre 2011. Il serait nécessaire de refaire le point depuis son arrivée.
- Les jeunes reçus pour une IPM et qui repartent avec les forces de l'ordre ne reçoivent pas de conseils en alcoologie
- Absence d'équipe en alcoologie de liaison jusqu'en septembre 2011.
- La procédure des admissions pour IPM ne prévoit de remise de conseil minimal en alcoologie.

Urgences du CH de Quimper Concarneau : 42 000 admissions/an

Admissions pour IEA en population générale (2010)	-
Admissions pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2010)	-
Informatisation	URQUAL / ACTIPIDOS
Service d'accueil des urgences	Adultes et pédiatriques
Equipe de liaison	oui
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	oui
Unité d'hospitalisation de très courte durée	6 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge à l'admission est faite par une IAO et un urgentiste. Ce sont les ivresses les plus pathologiques qui arrivent aux urgences.
- Un examen clinique est conduit et une prise de sang est systématiquement faite. Une recherche d'autres produits peut être faite sur la base de signes cliniques.
- Les jeunes sont hospitalisés en UHTCD dès qu'il y a de la place
- Les parents des mineurs sont systématiquement informés
- Les jeunes sont vus par l'UMP et l'alcoologie de liaison
- Un courrier est adressé au médecin traitant dès qu'il y a eu une hospitalisation en UHTCD
- Les patients quittent les urgences après avis de l'UMP
- S'il s'agit d'une IPM, c'est le médecin d'accueil et d'orientation qui pilote et valide la prise en charge de l'IPM. Le certificat est délivré dans la grande majorité des cas, sauf s'il y a eu un traumatisme

Spécificités du service d'accueil des urgences

- Les jeunes reçus pour une IPM et qui repartent avec les forces de l'ordre ne reçoivent pas de conseils en alcoologie.
- Les urgentistes travaillent depuis 15 ans avec les équipes de l'unité médico psychologique sur ces questions d'alcoolisation. Le positionnement des équipes de liaison en alcoologie est plus récent et intervient après le bilan psychologique.

Urgences du CH de Quimperlé

Admissions pour IEA en population générale (2010)	-
Admissions pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2010)	Inconnues mais plus importante l'été et en période de rentrée scolaire (présence d'un centre d'accueil de soirée étudiantes à proximité de Quimperlé)
Informatisation	non
Service d'accueil des urgences	Adultes
Equipe de liaison	Présence la semaine Absence le week-end
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	24h/24 et 7j/7
Unité d'hospitalisation de très courte durée	6 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge à l'admission est faite par une infirmière (une formation d'infirmière IAO est prévue courant 2011).
- Les parents des enfants des mineurs sont prévenus.
- Le diagnostic est posé après examen clinique. La mesure de l'alcoolémie n'est pas systématique. Il peut y avoir une prise de sang, sauf si le patient refuse ou est agité. Un éthylotest serait plus adapté dans ces situations mais les urgences n'en disposent pas.
- L'infirmier en alcoologie de liaison est prévenu le matin par les urgentistes. Il rencontre les jeunes, réalise un bilan global de la situation (contexte d'alcoolisation, taux d'alcoolisation, situation personnelle, conduites à risque, facteurs de vulnérabilité…). Des documents d'information et les coordonnées du CSAPA sont remis. Un entretien de suivi peut être proposé au jeune mais il est très rare que le jeune accepte ce second entretien.
- Si nécessaire, notamment en cas d'absence de l'équipe de liaison, la psychiatrie de liaison peut aussi intervenir auprès du jeune. Cependant, une procédure est en place pour limiter les appels aux seuls problèmes psychiatriques.
- Le médecin traitant est systématiquement informé par courrier si l'admission a été suivie d'une hospitalisation en UHTCD. Le taux d'alcoolémie n'est pas systématiquement précisé. Si la personne reste 2 ou 3 heures, il n'y a pas de courrier adressé au médecin.
- S'il s'agit d'une IPM, le jeune est reçu très rapidement. Le certificat de non hospitalisation est délivré dans la quasi majorité des cas. Parfois, s'il s'agit de jeunes précaires, les urgentistes profitent de cet accès aux soins pour réaliser un examen complet, bien que cela augmente les délais d'attente pour les forces de l'ordre.

Spécificités du service d'accueil des urgences

- Les jeunes admis pour une IPM ne reçoivent aucun conseil en alcoologie
- Les jeunes admis en dehors des périodes de présence aux urgences des équipes de liaison en alcoologie ne bénéficient pas de conseils en alcoologie.
- Les équipes de liaison en alcoologie sont absentes le week-end.

Urgences du CHBS de Lorient

Admission pour IEA en population générale (2010)	802
Admission pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2010)	120
Informatisation	URQUAL
Service d'accueil des urgences	Adultes
Equipe de liaison	4 jours par semaine, du mardi au vendredi de 8h30 à 12h (unité d'addictologie du CHBS – site du SCORFF)
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	Oui
Unité d'hospitalisation de très courte durée	10 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge à l'admission est faite par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) avec une secrétaire médicale et un médecin urgentiste.
- La mesure de l'alcoolémie n'est pas systématique
- Les parents des mineurs sont systématiquement informés.
- Les jeunes admis pour un traumatisme léger avec alcool ne sont pas pris en charge pour les questions d'alcool. Le diagnostic principal qui est retenu est le traumatisme et c'est ce problème qui sera traité. Ces jeunes repartent alors sans conseils en alcoologie.
- Si le patient est hospitalisé à cause de son traumatisme, il rencontrera l'équipe de liaison en alcoologie.
- Les jeunes sont reçus en entretien par un infirmier d'alcoologie de liaison. L'infirmier utilise des outils comme le DETA CAGE ou l'AUDIT. A l'issue de l'entretien, un suivi en unité d'alcoologie ou en unité médico psychologique peut être proposé. S'il s'agit d'un événement isolé, un conseil minimal est donné. Des plaquettes d'information éditées par l'INPES sont remises.
- Un courrier retraçant l'entretien avec l'infirmier de l'alcoologie de liaison est rédigé et adressé au médecin traitant (3/4 des cas)
- Les patients quittent les urgences après l'entretien avec l'infirmier de l'équipe d'alcoologie de liaison
- La prise en charge des jeunes admis pour une Ivresse publique manifeste est très courte : 5 minutes en général. Aucun conseil en alcoologie n'est délivré.
- Si l'admission d'un jeune a lieu les jours où l'alcoologie de liaison n'est pas présente, c'est le médecin urgentiste qui délivre un conseil minimal et remet un livret d'information et les coordonnées des structures d'addictologie.

Spécificités du service d'accueil des urgences

- Les jeunes admis pour un traumatisme léger avec alcool sans hospitalisation ne reçoivent pas de conseils en alcoologie
- Les jeunes admis pour une IPM ne reçoivent aucun conseil en alcoologie
- Les jeunes admis en dehors des périodes de présence aux urgences des équipes de liaison en alcoologie (samedi, dimanche et lundi) ne bénéficient que d'un conseil minimal en alcoologie.
- Quand le motif principal d'admission est le traumatisme, le taux d'alcool n'est pas mesuré.
- Les équipes de liaison en alcoologie ne sont pas présentes les samedi, dimanche et lundi.

Urgences du CHBA de Vannes - Auray (51 000 admissions/an)

Admission pour IEA en population générale (2010)	1057
Admission pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2010)	145
Informatisation	URQUAL
Service d'accueil des urgences	Pédiatriques et adultes
Equipe de liaison	Du lundi au vendredi
Unité médico psychologique	24h/24 et 7j/7
Unité d'hospitalisation de très courte durée	16 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge à l'admission est faite par un trio présent 24h/24 : une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) expérimentée, un aide soignant et une secrétaire médicale. Il n'y a pas de médecin d'accueil et d'orientation (MAO) mais si cela est possible le médecin du déchoquage peut intervenir.
- Le diagnostic est effectué par un examen clinique : interrogatoire, haleine. Si doute, l'alcoolémie est mesurée par éthylotest ou prise de sang.
- Dès que cela est possible, les jeunes admis pour une IEA simple, y compris les mineurs, et dont le taux d'alcoolisation est inférieur à 1,5g/l repartent avec leurs parents ou un accompagnant à leur domicile.
- Si ce taux est supérieur ou si personne n'a pu être contacté, le jeune est surveillé en zone de soins ou en UHTCD s'il y a de la place. Cependant les jeunes ne sont pas prioritaires pour être hospitalisés en UHTCD, ce sont les personnes âgées qui le sont.
- Le patient est incité à rester à l'hôpital pour voir l'équipe d'alcoologie de liaison le matin, présente à partir de 9h les jours de la semaine mais pas le week-end. Elle rencontre les jeunes durant une vingtaine de minutes. Des consultations externes peuvent être proposées, quelques jours plus tard.
- L'unité médico psychologique peut aussi rencontrer le jeune.
- La sortie se décide à l'issue d'un échange entre urgentistes, alcoologie de liaison et unité médico psychologique.
- S'il s'agit d'une Ivresse publique manifeste, le certificat de non hospitalisation est délivré dans la majorité des cas.

Spécificités du service d'accueil des urgences

- Les jeunes dont le taux d'alcoolémie est inférieur à 1,5g/l et qui ne sont pas gardés aux urgences ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée. Aucun conseil en alcoologie ne leur est donné.
- Dans le cas des Ivresses publiques manifestes non gardées, aucun conseil en alcoologie n'est non plus donné.
- Les capacités d'hébergement sont insuffisantes pour garder tous les jeunes patients admis en IEA qui se présentent.
- La tarification à l'activité n'existe pas aux urgences. Le souhait est de rester raisonnable sur les coûts engendrés par les intoxications éthyliques aiguës.
- Les urgentistes ne se sentent pas suffisamment bien formés pour prendre en charge ces publics.

Urgences du CH de Ploërmel

Admission pour IEA en population générale (2010)	104
Admission pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2010)	19
Informatisation	Partielle (diagnostic non codé)
Service d'accueil des urgences	Adultes (mineurs transférés au CHBA à Vannes)
Equipe de liaison	4 jours par semaine
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	Lundi au samedi en journée
Unité d'hospitalisation de très courte durée	16 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge à l'admission est faite par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) présente en semaine de 11h à 19h. En dehors de ces plages horaires, c'est une infirmière qui fait la prise en charge avec une secrétaire médicale et un médecin urgentiste.
- Le diagnostic est effectué par un examen clinique et par une mesure systématique de l'alcoolémie par prise de sang. Une demande d'éthylotest est en cours car cela faciliterait parfois la mesure d'alcoolémie.
- Les jeunes sont systématiquement hospitalisés 24 heures, sauf s'il s'agit d'un traumatisme léger avec alcool. Ils peuvent alors ressortir accompagnés.
- Au matin, un entretien avec l'infirmière d'alcoologie leur est proposé. S'ils acceptent, ils la rencontrent durant 15 minutes. Des questionnaires sont utilisés (DETA, AUDIT). Si besoin, une consultation vers un médecin addictologue est proposé. Des adresses de structures sont remises. Un second rendez-vous est proposé mais cela ne donne jamais suite. Les parents sont aussi rencontrés. Ils sont souvent démunis et demandeurs d'aide.
- Si besoin, les jeunes peuvent rencontrer la psychiatrie de liaison
- Les jeunes admis à cause d'une ivresse publique manifeste sont très rares mais ils sont systématiquement gardés aux urgences.
- Les jeunes quittent les urgences après une décision concertée entre urgentiste et alcoologie de liaison.
- Un courrier est systématiquement adressé au médecin traitant avec le motif de l'admission

Spécificités du service d'accueil des urgences

- En fonction des motifs d'admission (traumatisme léger avec alcool) ou des périodes d'admission (absence de l'équipe de liaison en alcoologie), certains jeunes admis pour IEA ne bénéficient pas de conseils sur leurs consommations d'alcool.
- L'équipe d'alcoologie de liaison, n'est présente que 4 jours par semaine mais pas le week-end.

Urgences adultes du CHRU de Rennes : 49 000 admissions/2010

Admissions pour IEA en population générale (2010)	4608
Admissions pour IEA de jeunes des 16/ 25 ans (2010) Admission pour IEA des moins de 16 ans	898 113
Informatisation	RésUrgences
Service d'accueil des urgences	Adultes et pédiatriques
Equipe de liaison	Oui 7j/7
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	24h/24 et 7j/7
Unité d'hospitalisation de très courte durée	13 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge aux urgences adultes

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge est réalisée par l'infirmière d'accueil et d'orientation, un aide soignant et une secrétaire médicale.
- Un examen clinique est conduit et une mesure de l'alcoolémie peut être est faite (avec un éthylotest au moment de l'admission ou plus tard par une prise de sang).
- Les parents des mineurs sont systématiquement informés.
- Les jeunes ne sont pas systématiquement hospitalisés. La durée moyenne de séjour est de 5 heures.
- A la suite du dégrisement, les jeunes sont vus par une infirmière en alcoologie pour un entretien sur les consommations et les circonstances de l'alcoolisation du jeune. Il n'y a pas de local dédié pour ces entretiens qui se déroulent en fonction de la place disponible dans les locaux des urgences. Si les parents sont là, ils sont aussi vus par l'infirmière. Une documentation est remise aux jeunes.
- Les infirmières de liaison en alcoologie n'interviennent pas aux urgences pédiatriques. C'est une infirmière de psychiatrie ou un pédopsychiatre qui réalise l'entretien global durant la période d'hospitalisation du jeune de 24h. Une convention avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (non pérenne) permet d'orienter certains jeunes vers un entretien de prévention avec un chargé de prévention de l'association, dans les locaux de l'association.
- Aucun courrier n'est adressé au médecin traitant aux urgences adultes.
- S'il s'agit d'une IPM, (aux urgences adultes), la prise en charge est effectuée le plus rapidement possible, en fonction de la charge de travail des médecins.

Spécificité du service d'accueil et d'urgence

- Des jeunes peuvent quitter les urgences (dans la nuit ou tôt le matin) sans qu'ils aient rencontré un membre de l'équipe de liaison en alcoologie
- Les équipes de liaison en alcoologie ne sont pas toujours disponibles au moment où il faudrait qu'elles rencontrent un jeune.
- Pas de temps médical dédié à l'alcoologie de liaison
- La formation des personnels des urgences pour prendre en charge cette population de jeunes alcoolisés est insuffisante (3 heures de formation en septembre 2011).
- Un protocole de recherche clinique est en cours entre septembre 2011 et juin 2012 pour mesurer l'efficacité d'une intervention motivationnelle pour réduire les consommations des jeunes de 16 à 24 ans admis aux urgences avec une consommation supérieure ou égale à 0.5g/l.

Urgences adultes du CH de Saint Brieuc : 43 000 admissions/an (pédiatrie 9 000)

Admissions pour IEA en population générale (2010)	-
Admissions pour IEA de jeunes des 18/ 25 ans (2010) Admission pour IEA des moins de 18 ans	176 (sur 11 mois), estimation sur 12 mois : 212 18 (sur 11 mois)
Informatisation	partielle
Service d'accueil des urgences	Adultes et pédiatriques
Equipe de liaison	Oui
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	Oui
Unité d'hospitalisation de très courte durée	12 lits (6 pour alcool et 6 pour psychiatrie)

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- La prise en charge est réalisée par l'infirmière d'accueil et d'orientation et le médecin urgentiste.
- Un examen clinique est conduit et une mesure de l'alcoolémie est faite (éthylomètre).
- Les parents des mineurs sont systématiquement informés.
- Les jeunes sont systématiquement hospitalisés 12 à 24 heures en UHTCD
- A la suite du dégrisement, les jeunes sont vus par un médecin addictologue ou une infirmière en alcoologie qui décide de l'orientation ou non des jeunes vers l'UMP ou vers une consultation en addictologie. L'entretien dure 30 minutes et se déroule dans la chambre de l'UHTCD. Si les parents sont là, ils sont aussi vus par le médecin addictologue. L'objectif est d'évaluer la situation globale du jeune. Un second entretien de bilan est systématiquement proposé par le médecin entre 15 jours et 1 mois plus tard.
- Un courrier est systématiquement adressé au médecin traitant dès lors que le jeune est hospitalisé.
- S'il s'agit d'une IPM, la prise en charge est effectuée rapidement. De manière exceptionnelle, une carte comportant les coordonnées de l'UMP est glissée dans la poche de la personne interpellée.
-

Spécificités du service d'accueil des urgences

- Si l'admission est faite pour un traumatisme avec une consommation d'alcool, seul le diagnostic principal sera pris en compte et des conseils en alcoologie ne seront pas donnés par l'équipe de liaison.
- Les urgences pédiatriques peuvent accueillir des jeunes admis pour une consommation excessive d'alcool. Ils seront vus par des pédopsychiatres mais pas par des addictologues.
- Les personnels des urgences pédiatriques ne pensent pas à vérifier les taux d'alcoolisation des personnes admises pour un traumatisme.
- Les personnels des urgences pédiatriques ne connaissent pas suffisamment l'existence de l'organisation adoptée aux urgences adultes.

Urgences du CH de Guingamp : 20 000 admissions/an

Admissions pour IEA en population générale (2010)	-
Admissions pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2008)	38
Informatisation	partielle
Service d'accueil des urgences	Polyvalente
Equipe de liaison	Présence en semaine Absence le week-end
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	7j/7 jusque 20h
Unité d'hospitalisation de très courte durée	6 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- Un examen clinique est conduit et une mesure de l'alcoolémie est presque systématiquement faite, de préférence par une prise de sang qui permet aussi de rechercher d'autres produits.
- Si le taux d'alcoolisation est léger (pas de chiffre donné), le jeune peut repartir accompagné par un proche.
- Les jeunes sont hospitalisés environ 24 h
- Les parents des mineurs sont systématiquement informés
- Les jeunes sont vus par une des infirmières d''alcoologie de liaison. L'entretien porte sur les circonstances de l'hospitalisation, la fréquence des consommations… Si un problème sous jacent est décelé, un second entretien est proposé avec l'équipe d'alcoologie et des coordonnées de de structures de suivies sont remises.
- Un courrier adressé au médecin traitant rend compte de l'entretien
- S'il s'agit d'une IPM, la prise en charge est effectuée rapidement. Aucun jeune de moins de 25 ans ne se présente en IPM.

Spécificité du service d'accueil des urgences

- Les personnes reçues pour une IPM et qui repartent avec les forces de l'ordre ne reçoivent pas de conseils en alcoologie. A priori cela ne concerne pas les moins de 25 ans.

Urgences du CH de Paimpol : 20 000 admissions/an

Admissions pour IEA en population générale (2010)	Inconnues mais liées aux saisons (augmentation l'été)
Admissions pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (2008)	-
Informatisation	non
Service d'accueil des urgences	Polyvalentes
Equipe de liaison	Pas d'intervention de l'équipe de liaison en semaine
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	oui
Unité d'hospitalisation de très courte durée	6 lits

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- Un examen clinique est conduit et une mesure de l'alcoolémie est systématiquement faite par une prise de sang (pas d'éthylotest).
- Les jeunes sont hospitalisés entre 12 et 24 h.
- Les parents des mineurs sont systématiquement informés.
- A la suite du dégrisement, c'est un infirmier psychiatrique qui rencontre le jeune et décide d'une éventuelle orientation vers le CSAPA/ANPAA ou d'une consultation de psychiatrie. L'équipe de liaison de Bégard n'intervient pas aux urgences.
- Un courrier est systématiquement adressé au médecin traitant, afin que le médecin puisse sensibiliser les parents suite à l'alcoolisation. Mais il n'y a pas de retour de la part des médecins traitants.
- S'il s'agit d'une IPM, la prise en charge est effectuée rapidement. Mais aucun jeune de moins de 25 ans ne se présente en IPM avec les forces de l'ordre. Ce sont les pompiers qui amènent les jeunes.

Spécificités du service d'accueil des urgences

- Ce n'est pas l'équipe de liaison en alcoologie qui réalise les entretiens avec les jeunes
- L'équipe de liaison de Begard n'intervient pas aux urgences mais se concentrent sur des interventions dans les services de l'hôpital.

Urgences du CH de Pontivy

Admissions pour IEA en population générale (2010)	-
Admissions pour IEA de jeunes de moins de 25 ans	-
Informatisation	En cours
Service d'accueil des urgences	Polyvalentes
Equipe de liaison	Non au 01/03/2011
Unité médico psychologique / psychiatrie de liaison	de 9h à 21h en semaine de 10h à 20h le week-end
Unité d'hospitalisation de très courte durée	-

Descriptif du déroulement de la prise en charge

- Les jeunes arrivent majoritairement avec les pompiers, parfois avec l'entourage.
- Un examen clinique est conduit et une mesure de l'alcoolémie est parfois faite (dosage sanguin).
- Les parents des mineurs sont systématiquement informés. S'ils sont d'accord pour venir chercher leur enfant dans la nuit, alors ils repartent avec lui.
- A la suite du dégrisement, c'est une infirmière en psychiatrie de l'unité médico psychologique qui rencontre le jeune et décide d'une éventuelle orientation vers le centre hospitalier de Plouguernevel ou d'une consultation de psychiatrie. Si les jeunes ont moins de 16 ans, ils sont pris en charge par la pédopsychiatrie (convention avec les hôpitaux de Plouguernevel et de Pontivy).
- Les jeunes sortent accompagnés. Si le départ a lieu la nuit, une carte avec les coordonnées de l'UMP ou du CMPS lui est remise. Si nécessaire, compte tenu d'une problématique psychologique, un second rendez-vous est proposé avec le CMPS, le plus rapidement possible.
- Un courrier est systématiquement remis au patient pour qu'il l'adresse au médecin traitant.
- S'il s'agit d'une IPM, la prise en charge est effectuée rapidement. Les mineurs sont systématiquement gardés. Le plus souvent les jeunes en IEA sont gardés, ce sont les jeunes qui arrivent avec la police pour une consommation de stupéfiants qui repartent avec les forces de l'ordre.

Spécificités du service d'accueil des urgences

- L'équipe de liaison en alcoologie ne réalise pas les entretiens avec les jeunes qui ont une problématique uniquement avec l'alcool (au 1/03/2011). Nous avons été depuis informés qu'une infirmière en alcoologie du centre médico psychologique spécialisé de Pontivy allait intervenir aux urgences.
- Il n'existe pas d'équipe de liaison qui intervient aux urgences (au 1/03/2011).
- Les personnels des urgences sont insuffisamment formés à la prise en charge des personnes alcoolisées.
- Le centre hospitalier de Pontivy a déménagé dans de nouveaux locaux à Noyal Pontivy en septembre 2011. Le service des urgences a de ce fait été réorganisé.

Annexe II Tableaux récapitulatifs des analyses dans les SAU

Tableau récapitulatif des données recueillies dans les services d'urgences des hôpitaux du Morbihan

Urgences 56	Arrivée avec	Dépistage alcoolémie	Durée d'hosp°	Suivi par	Entretien	Orienté vers	Conditions de sortie	Remise de docs	Informa-tisation	IPM
Vannes	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Pas systématique Examen clinique	Si<1.5g/l retour à domicile avec les parents Si > 1,5g/l UHTCD et sédation si nécessaire	IAO et urgentistes	20 min avec l'alcoologie de liaison avec questionnaires de repérage (pas week-end) ou UMP (24/24)	Cure si nécessaire (Auray, Saint Avé)	Si<1.5g/l retour à domicile avec les parents/entourage	adresses	URCAL sauf suivi en alcoologie de liaison et UMP	700/an non gardé
Ploërmel	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Prise de sang systématique	24h sauf si traumatisme léger avec alcool	IAO/infirmière/urgentiste	Avec alcoologie de liaison si présent (entretien 15 min + questionnaires) sur volontariat Psychiatrie si besoin	CSAPA de Ploërmel	uniquement si accompagné	Docs INPES si entretien refusé	oui	Pas d'IPM
Lorient	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Prise de sang pas systématique	De 1 heure si motif traumato à 12 heures	IAO/infirmière/urgentiste	Infirmier en addicto de liaison (DETA-CAGE) + parents si possible	Suivi externe en unité d'alcoologie ou en UMP	Après entretien	+ d'infos - d'intox	URCAL	6/j pas de remise de docs
Quimperlé	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Prise de sang pas systématique Examen clinique	De 2/3h à plus de 12h	Infirmière	Infirmier en addicto/CSAPA	CSAPA UMP	- parents des mineurs - courrier au médecin si hospitalisation	Adresse Inpes réglette alcool.	Non en cours	1/j

Annexe II Tableaux récapitulatifs des analyses dans les SAU

Tableau récapitulatif des données recueillies dans les services d'urgences des hôpitaux des Côtes d'Armor

Urgences 22	Arrivée avec	Dépistage alcoolémie	Durée d'hosp°	Suivi par	Entretien	Orienté vers	Conditions de sortie	Remise de docs	Informa-tisation	IPM
Saint Brieuc	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Éthylomètre dans 99% des cas	12 / 24 h en UHCD si diagnos. Principal	IAO et urgentiste	Médecin addictologue sur "Bon bleu" 30 minutes + rendez-vous entre 15j et 1 mois	UMP ou consultation d'addictologie	- Si < 1g/l si demande - parents informés si autorisation - courrier si hospitalisation	Non	Non mais communication de stat par le DIM	Mauvaise organisation Parfois carte de l'UMP remise
Paimpol	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Prise de sang systématique	12 / 24 h en UHCD	Urgentiste et infirmier psy (pas d'Alco. de liaison Bégard aux urgences	infirmier psy qui décide de l'orientation - connait les questionnaires de repérage	CSAPA/ ANPAA	- Courrier au médecin traitant - Information des parents des mineurs	Non	Non mais coordonnées prises et courrier adressé au médecin traitant	Pas d'IPM
Pontivy	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Prise de sang très fréquente	Lit porte si place	Infirmière/urgentiste	Infirmière psy/psy Visite possible du CMPS Si moins de 16 ans : pédopsy	Cure ou suivi ambulatoire (CMPS) si nécessaire	- courrier remis au patient pour le médecin traitant - parents des mineurs	Carte UMP ou CMPS	Oui, mais partielle	Garde les mineurs
Guingamp	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Prise de sang très fréquente	24h en UHCD	Infirmière/urgentiste	Alcoologie de liaison, pas de questionnaires	Cap Jeunes CMP (7j/7 à la demande)	- courrier au médecin traitant - majeur/mineur	Document ANPAA 22	Partielle	Pas de jeunes de moins de 25 ans

Annexe II Tableaux récapitulatifs des analyses dans les SAU

Tableau récapitulatif des données recueillies dans les services d'urgences des hôpitaux d'Ille-et-Vilaine

Urgences 35	Arrivée avec	Dépistage alcoolémie	Durée d'hospita-lisation	Suivi par	Entretien	Orienté vers	Conditions de sortie	Remise de docs	Informa-tisation	IPM
CHRU Pontchaillou adultes (>16 ans)	Pompiers entourage	Examen clinique éthylotest pas systématique	8h en moyenne	IAO Urgences	Alcoologie de liaison si jeune encore présent aux urgences le matin	IRIS BAPU CRIJ	Quand les fonctions relationnelles sont restaurées	Oui par alcoologie de liaison	Oui	22% des admissions ~220/an
CHRU Hôpital sud Pédiatrie (<16 ans)	Pompiers entourage	Examen clinique + Prise de sang	24h	IAO + urgentistes + Infirmière psy	Infirmière psy	ANPAA	Après 24 h	Oui	Oui	non

Annexe II Tableaux récapitulatifs des analyses dans les SAU
Tableau récapitulatif des données recueillies dans les services d'urgences des hôpitaux du Finistère

Urgences 29	Arrivée avec	Dépistage alcoolémie	Durée d'hosp°	Suivi par	Entretien	Orienté vers	Conditions de sortie	Remise de docs	Informat	IPM
Brest HIA 15 à 17000 entrées par an	Pompiers *** Police Entourage (plus rare)	Prise de sang - pas d'éthylotest Examen clinique	En UHCD 24h	IAO et urgentiste	Pas addicto de liaison -	suivi par le psy/addictologue Gastro si besoin	<0.5g/l si pas de trauma crânien Courrier adressé au MT	Doc INPES/Assureur santé et contacts locaux	Logiciel AMADEUS	1600 / an (~1/4 gardés) Toute population confondue
Brest Cavale Blanche	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Examen clinique éthylotest si possible	En UHCD 12/24h Unité de soins continue	IAO et Urgentiste	Alcoologie de liaison (infirmière	Ves médecin psy/addictologue) sur place et à distance (1 semaine)	Après avoir vu AL Courrier adressé à tous ceux qui ne sont pas vus	Oui	?	?
Quimper 42 000 entrées	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Prise de sang (sauf si patient chronique) + examen clinique	ZHCD si place 12 à 24 h	IAO et urgentiste	UMP + addicto de liaison si patient chronique	UMP ou alcoologie de liaison si chronique	Avis Urgentiste et UMP	?	URCAL et ACTIPIDOS	Peu d'IPM
Morlaix	Pompiers *** Entourage (plus rare)	Examen clinique et éthylotest	UHCD si place	Aide-soignant/IAO + urgentiste	Psychiatrie de liaison - Alcoologie de liaison à compter du 1/09/2011 Questionnaire	UPEC si place	En fonction de la place toujours avec un accompagnant	Docs si stocks	Non	~150 à 200/an toute population confondus

Annexe III : Tableau récapitulatif des données recueillies dans les structures « Amont »

AMONT	Prévenu par	Lieux	Motifs	Bilan	Personnes prévenues	Orienta-tion	Relais aux urgences	Procédure IPM	Partenariat	Amélioration possible
SDIS du Morbihan	Proche de la victime (amis, famille)	Voie publique et domicile	Malaise, inconscience	Bilan standard diagnostic alcool si médecin	Régulateur SAMU qui transmet aux urgences	SAU désigné par le SAMU	IAO	NA	Non	Impliquer d'autres structures pour prendre en charge cette population la nuit
SDIS des Côtes d'Armor	Appel arrivant au 18	Tous lieux	Motifs prévus circulaire CODIS	Bilan standard Diagnostic alcool +/- fait (odeur)	Régulation médicale	SAU	Personnels	NA	Non	
SDIS d'Ille-et-Vilaine	Entourage	Hypercentre en majorité	Traumatisme, détresse vitale	Bilan secouriste, fréquence respiratoire	Parents des mineurs	Urgences	Personnels des urgences	NA	Non	Poste médical avancé en permanence
Grpt de gendarmerie de Pontivy (IPM)	CORG Riverains, proches, constations de terrain, gérants ou portiers de discothèque	Espace public, habitation privée, bars ou discothèque, commerces	Troubles à la tranquillité publique, secours à la personne Violence, tapage nocturne, fortes alcoolisations	Secours, évaluation de la dangerosité, vérification d'identité, mise en lieu sûr et hors d'état de nuire Examen du comportement	Pompiers, SAMU, médecins si besoin, parents si mineurs	Domicile si prise en charge par un adulte ou sinon urgences	Urgentiste	Urgences pour obtention d'un CNH Lendemain interrogatoire, timbre amende (ordonnance pénale) à la sortie (<0.5g/l)	FRAD Lycées de Pontivy	Améliorer la procédure avec les personnels de l'hôpital Faire plus de prévention Assurer une présence dissuasive
DDSP des Côtes d'Armor (IPM)	Témoins, appelant au 17, sapeurs pompiers, police municipale, initiative de la police nationale	Voie publique	Individus perturbateurs, rixe, trouble de l'ordre public	Prise en charge avec ou sans les sapeurs pompiers	Parents si mineurs	SAU	Médecins urgentistes +/- rapidement	Examen aux urgences, délivrance du CNH Chambre de sécurité Timbre amende pour IPM à la sortie du commissariat	Non mais tentative avec ANPAA	Présence d'un médecin à l'hôtel de Police pour éviter les attentes des forces de police à l'hôpital. Pratique en place à Saint-Brieuc à certaines occasions sur des fonds dédiés MILDT Mise ne place d'une alternative aux poursuites avec des stages de sensibilisation Injonction thérapeutique
Police de Rennes (IPM)	Riverains, ronde, pompiers	Espace public, privé	Trouble à l'ordre public	Avec SOS médecins à l'hôtel de Police	Parents des mineurs	Urgences ou hôtel de police	IAO Pontchaillou ou Hôpital sud	Transports urgences ou hôtel de Police (convention SOS médecin jeudis et vendredis soirs)	SOS médecins	Mesures alternatives (stages ou consultations) Médecins ou assistants sociaux présents dans les commissariats
SOS médecins	Police de Rennes	Commis-sariat	IPM	Examen clinique standard	NA	Aucune	NA	NA	Non	

Annexe IV : Tableau récapitulatif des données recueillies dans les structures « aval »

AVAL	Accueil de la population passée aux urgences	Prise en charge spécifique de cette population	Existence de données psycho-sociologiques	Partenariats sur ce thème	Souhait d'amélioration
ANPAA des Côtes d'Armor (73 jeunes de moins de 25 ans reçus en 2010 pour tout type de consultation)	Oui, mais sans le savoir précisément (pas de saisie de cette info dans le logiciel national)	Non, prise en charge identique pour cette population (bilan global toute consommation) + bilan psy + bilan A Sociale	Non car non demandé par les rapports d'activités des CSAPA (moins de 24 ans : 6,6% de la file active)	- Partage de personnels qui travaillent aux Urgences, CMP et CSAPA - PAEJ, Urgences, Maison des ados, santé scolaire, CFA de Ploufragan (où une consultation annule la sanction)	- Projet de mesure alternative à l'amende de 90 euros pour IPM si consultation au CSAPA - plus de personnels car saturation des rendez-vous - si besoin d'une consultation en pédopsy (mineurs), alors délais de rdz très long
CSAPA de Quimperlé	Alcoologie de liaison et CSAPA sont au sein du même hôpital. Un rendez-vous vers le CSAPA peut-être pris dès admission aux urgences	Bilan global	Les urgences ne sont pas le lieu de recrutement du CSAPA, plus le scolaire, la justice	Non	- plus de moyens pour assurer une présence du CSAPA aux urgences le week-end (+1ETP)
CSAPA de Lorient (Douar Nevez)	Exceptionnel, mais addictologie de liaison peut proposer un rdz au CSAPA	Bilan global avec DETA + questionnaire spécifique - consultations à la maison des ados- orientation possible en secteur psy - 30% consultations avec les parents	- Les étudiants, surtout grandes écoles "relâchent la pression - Pour les CSP moins favorisées, comportement socioculturels de reproduction de l'ivresse des parents, plus préoccupant. Profil de type plutôt bien inséré	- carte d'information distribuée avec les bulletins scolaire des jeunes scolarisés - Maison des ados de Lorient - Psy à Vannes - Missions locales de Pontivy et Ploërmel - PJJ, Aide sociale à l'enfance, médecins scolaires	- s'occuper des parents et ne pas stigmatiser la jeunesse - travailler plus avec les maisons des ados - adosser les consultations jeunes consommateurs à toutes les autres structures qui accueillent des jeunes (lycées, pôles emplois) - consultations avancées dans CMP et hôpitaux psy
Addictologie du CH de Brest	Rencontre systématique après entretien psy de liaison "à froid" après une semaine	- selon les besoins (psy, cure, post cure, ou médecin généraliste (3 consultations puis point)	- population en obligation de soins (groupe d'ados d'expression + systémie + estime de soi) - travail sur les normes - rupture familiale, parents avec problèmes d'alcool (génogrammes)	- partage de personnels (consultation au CSAPA) - urgences de Morlaix et HIA de Brest	- améliorer le suivi : pas vocation à poursuivre un suivi pourtant les patients le demande - protocole en cours de rappels des personnes non vues -plus de liens avec la pédiatrie
CMPS de Pontivy	- Non pas de manière organisée	- prévention dans les établissements scolaires - intervention brèves (TCC)	72 personnes admis en octobre avec qq mineurs	- Mairie de Pontivy, gendarmerie -CMPEA, CMPS, SESAM, Douar Nevez	- Projet de prise en charge globale - passage aux urgences tous les jours
CHS de Plouguernevel	- Non pas de manière organisée	- reçoit jeunes et parents (guidance parentale) conselling	Données statistiques	- Mairie de Pontivy, gendarmerie -CMPEA, CMPS, SESAM, Douar Nevez	- équipe de liaison aux urgences et entretien systématique à froid
CSAPA Rennes	exceptionnel	Non prise en charge adaptée à la situation	Des statistiques sur les admissions (fil active)	IRIS, CHGR, Puzzle, CDAS	

Annexe V Questionnaires pour les structures interviewées

Questionnaire pour les personnels des urgences

Nom/prénom : _____
Organisme : _____
Date : _____
Lieu : _____

1/ Présentation de la demande du CIRDD/MILDT/ARS : « avoir une meilleure connaissance de la prise en charge des intoxications éthyliques dans les services d'urgences, en amont et en aval ».
2/ Présentation rapide de la mission de la (des) personne(s) rencontrée

1/ Comment se déroule l'admission d'une personne en ivresse aiguë (hors IPM) ?
- qui amène le jeune ?
- qui fait la prise en charge à l'admission ?
- qui prévenez-vous ? (parents, médecins traitant, autre…)
- comment posez-vous le diagnostic d'IEA ? (examen clinique ? examen biologique ?)
- ces données sont-elles intégrées dans un logiciel ?
- que se passe-t-il après ce diagnostic ? (hospitalisation ? (où ?), prise en charge par une équipe d'alcoologie de liaison, un service de psychiatrie…)
- sur quelle base déterminez-vous cette orientation ?
- utilisez-vous des questionnaires de repérage ?
- comment se décide la sortie de l'hôpital ?
- cette procédure varie-t-elle si le diagnostic d'IEA n'est pas le diagnostic principal (mais secondaire) de l'admission (traumatisme avec alcool par exemple) ?

2/ Comment se déroule cette admission s'il s'agit d'une IPM ?

3/ Avec quels autres services/structures de l'hôpital êtes vous en lien pour cette prise en charge pour IEA ? Comment sont organisés ces liens concrètement ?

4/ Avec quels autres services/structures hors hôpital êtes vous en lien pour cette prise en charge pour IEA ? Comment sont organisés ces liens concrètement ?

5/ A votre avis, pourrait-on améliorer cette procédure de prise en charge ?
Si oui, comment selon vous ?

Questionnaire pour les structures « aval » : centre de soins, d'écoute, de suivi…

Nom/prénom : _____
Organisme : _____
Date : _____
Lieu : _____

1/ Présentation de la demande du CIRDD/MILDT/ARS : « avoir une meilleure connaissance de la prise en charge des intoxications éthyliques dans les services d'urgences, en amont et en aval ».
2/ Présentation rapide de la mission de la (des) personne(s) rencontrée

1/ Accueillez-vous une population de jeunes (moins de 25 ans) suite à leur admission aux urgences pour une IEA ?
- si oui,
- dans quel cadre ?
- dans quelle proportion ?
- avec quelle prise en charge ?
- réalisée par quel type de personnel ?
- si non, pensez-vous que cela serait intéressant ?

2/ Menez-vous un travail particulier pour ce public des moins de 25 ans en difficulté avec l'alcool ?
- Si oui, lequel ?
- Pour quel type de jeunes en particulier ?
- réalisé par quel type de personnel ?

3/ Disposez-vous de données socio psychologiques sur ces jeunes de moins de 25 ans ?

4/ Travaillez-vous en partenariat avec d'autres structures de prise en charge de ces jeunes ?

5/ Selon-vous, cette prise en charge au sein de votre structure pourrait-elle être améliorée ?
- Si oui, comment ?
- Avec quels partenaires ?

Questionnaire pour les structures « amont » : police, gendarmerie, pompiers, SAMU, SOS médecins…

Nom/prénom : _____
Organisme/Fonction : _____
Date : _____
Lieu : _____

Etude du CIRDD, à la demande de la MILDT et de l'ARS : « Avoir une meilleure connaissance de la prise en charge des intoxications éthyliques dans les services d'urgences, en amont et en aval ».

1/Comment se déroule votre intervention pour prendre en charge une personne ayant consommée trop d'alcool ?
- qui vous prévient ?
- sur quels lieux êtes-vous appelé ? (espace public, habitation privée, bars ou discothèque, commerce…)
- sur quels motifs vous déplacez-vous ?
- une fois sur place que faites-vous ?
- posez-vous un diagnostic « alcool » ?
- Si oui, lequel ? Comment ?
- qui prévenez/informez-vous sur place ? (urgences, parents, autres…)
- où emmenez-vous la personne ? Pourquoi à cet endroit ?

2/Une fois arrivés aux urgences, que se passe-t-il ?(Attente de voir un médecin urgentiste, prise en charge immédiate…)

3/ Quelle est votre procédure pour les Ivresses publiques manifestes ?(Accueil et sortie au commissariat/gendarmerie)

4/Travaillez-vous en réseau/partenariat sur cette question des jeunes admis pour IEA ?
- Si oui, avec qui ? Comment ?
- Si non, souhaiteriez-vous le faire ? Pourquoi ?

5/Pensez-vous que cette procédure pourrait-être améliorée ?
- Si oui, comment ?

Annexe VI : Questionnaires d'évaluation des consommations d'alcool

Questionnaire DETA/CAGE

1 – Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

2 - Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

3 - Avez déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

4 - Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolo-dépendance partir de 2 items positifs.

Questionnaire CRAFT TEST Alcool et adolescents / But : dépister les usages d'alcool à risque chez l'adolescent

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

Adolescent à risque si 2 réponses positives et 3 ivresses par an (meilleure sensibilité si on retient 4 ivresses par an)

Questionnaire ADOSPA

Au cours des douze derniers mois…

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (Auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était sous l'emprise de drogue(s) ?

2. Avez-vous déjà utilisé(e) de l'alcool ou d'autres drogues pour vous Détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?

3. Vous est-il arrivé d'Oublier ce que vous aviez fait (ou de faire des choses que vous n'auriez pas faites) sous l'emprise de drogues(s) ou d'alcool ?

4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes Seul(e) ?

5. Avez-vous déjà eu des Problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?

6. Vos Amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou de drogue(s) ?

Au moins 2 réponses affirmatives sur les 6 questions indiquent un usage nocif de drogues ou d'alcool, c'est-à-dire un mode de consommation répété qui entraîne des méfaits sur le plan physique, affectif, psychologique ou social.

Glossaire des sigles

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ATIH : Agence Technique de l'Information sur les Hospitalisations
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIRDD : Centre d'Information Régional sur les Drogues et Dépendances
CMP : Centre Médico Psychologique
CMPS : Centre Médico Psychologique Spécialisé
CNH : Certificat de non hospitalisation
CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
DDSP : Direction Départementale de la Sécurité Publique
DIM : Département de l'Information Médicale
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IPM : Ivresse Publique Manifeste
IEA : Intoxication Ethylique Aiguë
MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation
MILDT : Mission Interministérielle de la Lutte contre les Drogues et Toxicomanie
ORS : Observatoire Régional de Santé
PMSI - MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - Médecine Chirurgie Obstétrique
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SIMALC : simulateur d'alcoolémie
SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence
T2A : Tarification à l'activité
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UMP : Unité Médico Psychologique