



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Accès aux soins addictologiques des jeunes (15 – 25 ans) admis au
service d'accueil des urgences pour intoxication éthylique aigue**
L'exemple de Saint Vincent de Paul

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2022 à 17h30
au Pôle Formation
par **Mathilde MULLIE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseur :

Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Philippe CHAMBAUD

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

BS : bilan sanguin

CSAPA : centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DT : délirium tremens

ELSA : équipe de liaison en soins addictologiques

FC : fréquence cardiaque

IEA : intoxication éthylique aiguë

GHICL : groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille

HAS : haute autorité de santé

MT : médecin traitant

OMS : organisation mondiale de la santé

PEC : prise en charge

SAU : service d'accueil des urgences

T° : température

TA : tension artérielle

TDM : tomodensitométrie

UAMP : unité d'accueil médico-psychologique

Table des matières

INTRODUCTION	10
I. REVUE DE LITTÉRATURE ET RECUEIL BIBLIOGRAPHIQUE	17
A. TROUBLE D'USAGE DE L'ALCOOL	17
1. <i>Éléments de contexte</i>	17
2. <i>Définitions</i>	18
a) Les différents usages de l'alcool	18
b) Critères de dépendance	18
c) Recommandations OMS des consommations	19
3. <i>Présentation clinique</i>	20
a) Intoxication alcoolique aiguë	20
b) IEA compliquée	21
c) Diagnostics différentiels	22
B. INTOXICATION ALCOOLIQUE DE L'ADOLESCENT	22
1. <i>Données démographiques</i>	22
2. <i>Les facteurs de risque d'IEA à l'adolescence</i>	24
3. <i>Le binge drinking</i>	26
a) Définition	26
b) Les conséquences cliniques	27
c) Continuité entre binge drinking et trouble d'usage chronique	28
C. PRISE EN CHARGE INITIALE DES IEA AU SAU : ACCUEIL, CLINIQUE, RISQUES	29
1. <i>Surveillance clinique et prévention du syndrome de sevrage</i>	30
2. <i>Place des examens complémentaires</i>	33
3. <i>Hospitalisation des patients admis pour IEA</i>	34
D. ÉVALUATION ADDICTOLOGIQUE INITIALE ET ORIENTATION DANS LES SOINS	34
1. <i>Intervention ultra brève</i>	35
2. <i>Échelles d'évaluation : questionnaires DETA et AUDIT</i>	37
3. <i>Orientation du patient</i>	38
4. <i>Livret d'aide</i>	39
E. ORIENTATION AU DECOURS : OUTILS PRATIQUES ET DISPOSITIFS EXISTANTS	40
1. <i>Intervention brève et psychoéducation</i>	40
2. <i>Évaluation du stade motivationnel</i>	44
3. <i>Recherche de risques associés</i>	46
4. <i>Les dispositifs de veille et de recontact</i>	47
II. ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES SE PRESENTANT POUR UNE IEA A SAINT VINCENT DE PAUL	51
A. PRESENTATION DE L'HOPITAL SAINT VINCENT DE PAUL	51
B. PRISE EN CHARGE INITIALE D'UN PATIENT ALCOOLISE SE PRESENTANT AU SAU	53
C. ÉVALUATION DES BESOINS : RECUEIL ET ANALYSES DE DONNEES SUR TROIS MOIS	56
1. <i>Matériel et méthode</i>	56
1. <i>Résultats</i>	58
2. <i>Discussion</i>	61
3. <i>Limites du recueil</i>	63
III. PROPOSITION D'UN DISPOSITIF	65
A. PROTOCOLE D'ACCUEIL SUR LES URGENCES	66
B. ÉVALUATION ADDICTOLOGIQUE INITIALE CENTREE SUR LES JEUNES CONSOMMATEURS	71
1. <i>Repérage précoce</i>	72
a) Caractériser les consommations	72
b) Rechercher les antécédents du patient	72
c) Rechercher les conséquences des consommations	73
d) Évaluer le mésusage à partir de questionnaires validés	73
e) Orientation du patient dans les soins	73
2. <i>Intervention ultrabrève</i>	74
C. ACCOMPAGNEMENT ADDICTOLOGIQUE AMBULATOIRE ET MISE EN PLACE DE SOINS AMBULATOIRES ..	78
1. <i>Consultation externe au décours de l'admission au SAU</i>	78
2. <i>Recontact téléphonique</i>	79
IV. DISCUSSION, PERSPECTIVES ET CONCLUSION	81

V. BIBLIOGRAPHIE.....	84
VI. ANNEXES.....	89
A. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ET PRISE EN CHARGE D'UNE IEA AUX URGENCES (ANAES 2001).....	89
B. ACTIVITE DES URGENCES DU GHICL (TOUS POLES CONFONDUS) POUR L'ANNEE 2021	90
C. ACTIVITE DES URGENCES ADULTE DE SAINT VINCENT DE PAUL POUR L'ANNEE 2021	91
D. ACTIVITE DES URGENCES ADULTE DE L'HOPITAL SAINT VINCENT DE PAUL DE JANVIER A MAI 2022...	92
E. QUESTIONNAIRE DETA (VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE CAGE)	93
F. QUESTIONNAIRE AUDIT	93
G. RECUEIL DE DONNEES SUR TROIS MOIS RECENSANT LES JEUNES (15 - 25 ANS) SE PRESENTANT AUX URGENCES DE SAINT VINCENT DE PAUL POUR MOTIF D'INTOXICATION ETHYLIQUE AIGUË	94

Index des figures

• Score du Cushman.....	31
• Les différents stades du changement, Cycle de Prochaska.....	45
• Nombre moyen d'admissions au SAU par jour pour IEA ou motif associé.....	58
• Nombre d'admissions au SAU pour IEA en fonction de l'âge.....	59
• Nombre d'admissions au SAU en fonction du motif.....	59
• Nombre d'admissions au SAU pour IEA en fonction du sexe.....	60
• Proposition de protocole d'accueil d'un patient admis au SAU pour IEA.....	70
• Proposition de fiche d'évaluation addictologique initiale.....	76

*« Il n'y a pas de hasard dans les rencontres...
Elles ont lieu quand nous rencontrons une limite.
Que nous avons besoin de mourir pour renaître.
Les rencontres nous attendent
Mais parfois nous les empêchons d'avoir lieu...
Si nous sommes désespérés,
Et si nous n'avons plus rien à perdre.
Ou au contraire enthousiasmés par la vie,
L'inconnu se manifeste et notre univers change.
Les rencontres les plus importantes
Ont été préparées par les âmes
Bien avant que les corps ne se voient... »
Paulo Coelho*

INTRODUCTION

Notre travail s'intéresse au mésusage d'alcool chez les adolescents et jeunes adultes, et à leur accès aux soins addictologiques au décours d'une admission sur les urgences suite à une intoxication éthylique aiguë (IEA). Nous introduirons notre problématique à travers deux vignettes cliniques de patients rencontrés au service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille.

Samuel, 17 ans, est reçu en début de soirée aux urgences pour une plaie de la main droite.

L'interne qui le reçoit aux urgences réalise un interrogatoire et un examen clinique complet. Samuel titube lorsque l'interne l'accompagne dans un box, son discours est bredouillant et son haleine œnolique.

Il lui rapporte qu'il est scolarisé en terminale, mais qu'il a décroché depuis quelques mois. Il a aussi lâché les entraînements de foot car il avait « la flemme » d'y aller. Il passe la plupart de son temps à « trainer au skate-park » avec ses amis. Il était d'ailleurs avec eux ce soir quand « les flics ont débarqué », il a essayé d'échapper au contrôle d'alcoolémie car ses parents ne savent pas qu'il boit. Il explique qu'il a alors essayé d'escalader un grillage, il a perdu l'équilibre et s'est rattrapé comme il a pu.

A l'interrogatoire, l'interne apprend que Samuel s'alcoolise avec ses amis tous les weekends depuis plusieurs mois de façon massive, il a d'ailleurs la plupart du temps une amnésie des faits le lendemain et il lui arrive fréquemment de vomir en fin de soirée. Il banalise les quantités ingérées et déclare qu'il aime simplement « faire la fête comme tout le monde ».

L'interne se renseigne sur les antécédents du patient et retrouve deux autres passages aux urgences dans les trois derniers mois pour des faits consécutifs à des

consommations d'alcool : un accident de trottinette compliqué d'une fracture de l'avant-bras et une admission dans un contexte de coma éthylique.

Il présente une plaie ouverte de la face interne de la main droite qui nécessite une exploration chirurgicale et des points de suture. Le reste de l'examen clinique initial est sans particularités. L'alcoolémie revient à 2,10g/L, le patient est installé en UHCD en attente d'un avis chirurgical.

L'interne des urgences réévalue Samuel à son réveil le lendemain matin, il repère immédiatement des symptômes de sevrage à type de tremblements et de suées. Il cote un score de Cushman à 4.

Sur le plan psychiatrique, le contact est plus posé, la thymie est basse, sans anxiété ou idées suicidaires associées. Le patient rapporte que son moral est fluctuant depuis quelques mois avec des accès d'agressivité réguliers, notamment lorsqu'il est alcoolisé. Il explique d'ailleurs que ces alcoolisations sont de plus en plus fréquentes car c'est le seul moyen qu'il a trouvé pour ne pas penser à ses problèmes. Il s'est alors mis à boire aussi le soir chez lui, d'abord une bière puis jusqu'à 2L de vodka d'un coup, pour éviter les tremblements.

L'interne l'interroge sur un éventuel suivi à l'extérieur, le patient lui apprend qu'il ne « va jamais chez le médecin ». Il n'a jamais eu l'occasion de rencontrer un addictologue, il ne sait même pas où le trouver ni à quoi ça servirait. Une fois, il a vu un psychiatre lors d'un de ses passages aux urgences au cours duquel il avait verbalisé des idées suicidaires, il avait apprécié de se sentir écouté, il n'y avait pas eu de suite, seulement une petite carte avec des coordonnées, mais il ne connaissait pas les structures donc il n'a jamais appelé.

L'entretien est interrompu par l'arrivée du chirurgien qui vient examiner la plaie de main. L'interne finira ensuite sa garde sans avoir l'occasion de repasser voir le patient. Samuel rentrera chez lui sans avoir reçu d'évaluation addictologique.

Plus tard dans la journée, **Léa, 19 ans** arrive au SAU accompagnée d'une amie. Cette dernière informe l'infirmière d'accueil qu'elles sont en pleine semaine d'intégration de leur école de commerce et que Léa aurait trop bu. Elle n'est pas dans son état habituel et aurait présenté plusieurs épisodes de vomissement. Elle a déjà entendu parler du risque de coma éthylique et elle a préféré l'accompagner aux urgences.

La patiente parvient difficilement à s'exprimer et rapporte qu'elle ne serait « pas du genre à boire comme ça » habituellement. Elle dit s'être laissée influencer par les autres, et ne sait pas estimer la quantité d'alcool ingérée. Elle présente une altération de la vigilance, est somnolente et peine à rester éveillée. Une glycémie réalisée revient à 0,94g/L.

Un examen clinique est réalisé par un externe des urgences et ne présente pas de particularités. La jeune fille est installée sur un brancard et s'endort rapidement.

A son réveil, elle demande immédiatement sa sortie. Elle s'inquiète que l'on puisse prévenir ses parents. Elle dit se sentir beaucoup mieux et vouloir juste rejoindre ses amis. Elle quitte les urgences.

Ces vignettes cliniques soulèvent plusieurs problématiques :

- Ces deux situations témoignent d'un **usage nocif de l'alcool chez les adolescents**, à l'origine de complications et d'une multiplicité des admissions aux urgences.

On observe une banalisation et une sous-estimation des quantités et de la fréquence des consommations, qui sont pourtant à l'origine de nombreuses complications immédiates (passages aux urgences, conséquences traumatiques) ou plus tardives (dépendance, trouble de l'humeur, conséquences sociales). La méconnaissance de Samuel et Léa vis-à-vis des repères de consommation recommandés et des risques encourus lors des intoxications excessives est manifeste, soulignant l'intérêt d'une éducation sur ce sujet.

- Mise en évidence de **défauts d'accueil et de prise en charge aux urgences** en l'absence de protocole standardisé d'accueil des patients alcoolisés.

Des éléments paraissant essentiels à la prise en soin tel que l'hydratation ou la mesure d'une glycémie sont en effet oubliés, pouvant aboutir à une aggravation des situations cliniques, comme nous l'observons avec l'apparition d'un syndrome de sevrage après quelques heures de prise en charge.

- **Absence d'évaluation addictologique systématique**, malgré une antériorité de multiples passages aux urgences pour ce motif.

Le repérage de ces patients nécessitant une prise en charge addictologique a été au mieux tardif, voire inexistant. Samuel n'a pas bénéficié d'évaluation addictologique, et n'a rencontré un psychiatre qu'à l'occasion de l'expression de symptômes psychiatriques, ici des idées suicidaires.

- **Absence d'orientation vers des soins addictologiques ambulatoires.**

La banalisation des mésusages par ces patients, et leur méconnaissance des dispositifs existants ne pouvaient permettre un accès aux soins addictologiques au

décours. Dans le cas de Samuel, l'orientation non personnalisée à travers une simple remise de coordonnées n'a pas permis d'aboutir à la mise en place d'un accompagnement au décours et le patient a ensuite été perdu de vue.

L'absence de prise en charge spécifique n'a pas permis d'orienter Léa, mais l'exemple de Samuel souligne en plus que même après une sollicitation de la psychiatrie de liaison, le patient n'a pas été orienté en addictologie. Cela souligne l'intérêt d'une équipe d'addictologie de liaison dédiée, avec une activité articulée mais distincte de celle la psychiatrie de liaison.

Au total, ces situations illustrent un manque de clarté concernant le repérage, la prise en charge initiale, l'évaluation et l'orientation des adolescents dans les soins addictologiques.

Les données de la littérature identifient l'adolescence comme une période à risque pour le développement futur d'addictions. L'alcool est la première substance expérimentée avec un âge moyen de première ivresse autour de 14 ans (Choquet et al. 2007), les premières admissions pour IEA sont constatées au SAU dès l'âge de 15 ans, et plus de 50% des alcoolisations chroniques débutent avant l'âge de 20 ans (Sureau et al. 2006). Ces comportements, très en lien avec l'expérimentation festive de la vie étudiante, se calment à l'entrée dans la vie active lorsque les jeunes adultes commencent à avoir des responsabilités (Kuntsche et Gmel 2013), nous permettant de définir les jeunes âgés de 15 à 25 ans comme population d'intérêt dans ce travail.

Ces jeunes patients sont rencontrés aux urgences à l'occasion d'une IEA, mais en l'absence de protocole médical uniformisé, ces hospitalisations n'aboutissent généralement pas à la mise en place de soins addictologiques. Comme le souligne

Sureau, alors que 90% des sujets arrivant aux urgences pour IEA ont une consommation pathologique d'alcool, une prise en charge n'est proposée qu'à 2% d'entre eux (Sureau et al. 2006).

Des méthodes préventives concernant l'usage à risque et la dépendance alcoolique existent pourtant, mais les services existants sont limités en accessibilité et disponibilité, entraînant des interventions trop souvent tardives et n'atteignant pas la majorité des sujets à risque (Arnaud et al. 2016).

Ces observations de la pratique clinique tendent ainsi à montrer qu'un **dispositif d'addictologie de liaison, uniformisé et structuré** paraît indispensable au SAU pour améliorer la prise en charge initiale et l'orientation addictologique de ces patients, et ainsi de diminuer à terme le nombre d'intoxications alcooliques aiguës et à fortiori leurs conséquences.

L'objectif de ce travail est donc de proposer une élaboration de ce dispositif adapté aux jeunes de 15 à 25 ans en nous basant sur les données de la littérature et les données recueillies auprès de nos collègues urgentistes et psychiatres de l'hôpital Saint Vincent de Paul.

Après une première partie consacrée à une revue de littérature scientifique centrée sur ces questions, nous dresserons un état des lieux de la situation des urgences de Saint Vincent de Paul : Comment sont actuellement pris en charge et évalués les patients admis pour une IEA ? Peut-on évaluer l'incidence des admissions au SAU pour IEA des patients âgés de 15 à 25 ans ?

A la lumière de ces données théoriques, nous proposerons dans une troisième partie des outils pratiques de repérage, prise en charge, évaluation initiale et

orientation adaptés à la situation de l'hôpital Saint Vincent de Paul. Le déploiement de ce type d'outil à l'échelle nationale permettrait par ailleurs d'uniformiser la prise en charge des patients admis pour une IEA aux urgences.

I. REVUE DE LITTÉRATURE ET RECUEIL BIBLIOGRAPHIQUE

A partir des données validées de la littérature, nous souhaitons dresser un état des lieux concernant la consommation d'alcool chez les adolescents et jeunes adultes avec une attention particulière portée sur la pratique du « binge drinking », abordant les définitions validées, les habitudes de consommation, leurs complications et la continuité avec le trouble d'usage à l'alcool chronique et la dépendance. Nous aborderons ensuite la situation de l'accueil aux urgences des patients alcoolisés et les données validées concernant les dispositifs existants.

A. Trouble d'usage de l'alcool

1. Éléments de contexte

L'alcool est la substance psychoactive la plus représentée dans nos sociétés occidentales. L'expérimentation de la consommation d'alcool et de l'ivresse se fait principalement au cours de l'adolescence (SFA, 2015).

La consommation d'alcool globale est en baisse chez les adolescents comme chez les adultes, passant de 26L d'alcool par personne et par an dans les années 1960 à moins de 12L actuellement (OFDT). La part des 15-75 ans consommant de l'alcool quotidiennement a été divisée par deux en vingt ans, de 24% en 1992 à 11% en 2010, cédant la place à une consommation plus occasionnelle (Beck et Richard 2014).

Cependant, les études pointent une augmentation des ivresses importante. Santé Public France rapportait que 17% des élèves de 4^{ème} avaient déjà expérimenté une ivresse, et ce chiffre passait à 69% chez les élèves de terminale (Spilka 2013).

2. Définitions

Il convient de distinguer les différents types d'alcoolisations et d'usages, en se basant sur les critères définis dans la CIM-10 et le DSM-V.

a) Les différents usages de l'alcool

La CIM-10 distingue :

- L'usage : consommation inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS
- L'usage à risque : consommation supérieure aux seuils définis mais n'entraînant pas de dommage médical, psychique ou social ou consommation inférieure aux seuils dans une situation à risque
- L'usage nocif : conduite d'alcoolisation caractérisée par au moins un dommage médical, psychique ou social induit par l'alcool en l'absence de dépendance, faisant référence aux conséquences et non pas au seuil des consommations, qui peuvent être inférieures aux seuils OMS
- L'usage avec dépendance : désir puissant ou compulsif d'utiliser la substance avec perte de la maîtrise, tolérance, désinvestissement des autres activités et syndrome de sevrage à l'arrêt

b) Critères de dépendance

Le DSM-V caractérise le stade de dépendance selon les critères suivants

(Société Française d'Alcoologie 2015; ANAES 2001) :

Il définit la dépendance comme un mode d'utilisation inadapté conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance significative, regroupant 3 (ou plus) de

ces critères sur une période de 12 mois, associés ou non à une dépendance psychique :

- Tolérance : diminution de l'effet induit pour une même quantité consommée et nécessité d'augmentation des quantités pour retrouver l'effet désiré
- Sevrage : syndrome de sevrage et/ou prise de la substance pour soulager ou éviter des symptômes de sevrage
- Perte de contrôle : la durée ou la quantité de consommation sont plus importantes que prévu initialement
- Volonté de diminution se soldant par un échec des efforts fournis
- Temps passé à l'obtention de la substance important, par exemple multiples consultations médicales pour obtenir une ordonnance dans les cas d'addictions médicamenteuses
- Impact sur les activités sociales, professionnelles ou les loisirs avec désinvestissement
- Poursuite des conduites malgré le constat des complications engendrées

c) Recommandations OMS des consommations

Les seuils de consommation d'alcool définis actuellement par l'OMS sont (Société Française d'Alcoologie, 2015) :

- Pas plus de 4 verres par occasion
- Pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (ou 3 verres par jour)
- Pas plus de 14 verres par semaines chez la femme (ou 2 verres par jour)
- Pas de précision chez l'adolescent, chez qui la consommation d'alcool est déconseillée avant l'âge de 18 ans quelque en soit la quantité et dont la vente est interdite avant 18 ans.

L'OMS définit un « verre » comme une unité standard contenant environ 10g d'alcool : 25cl pour une bière à 5°, 10cl de vin à 12°, 3cl de spiritueux à 40°.

3. Présentation clinique

a) Intoxication alcoolique aiguë

La clinique évolue en fonction de l'éthanolémie, mais il faut faire attention à manier les chiffres avec prudence car le tableau clinique varie en fonction de la quantité et vitesse d'ingestion, des habitudes de consommation et du profil génétique du patient, ne permettant pas de conclure à une corrélation linéaire entre taux d'alcool dans le sang et présentation clinique (Carey et Hustad 2005; Paton 2005). De ce fait, le diagnostic d'intoxication éthylique aiguë est avant tout clinique.

On distingue 3 phases distinctes de l'IEA :

- Excitation psychomotrice avec désinhibition, logorrhée et euphorie
- Incoordination avec trouble de la vigilance
- Coma

Les signes cliniques en fonction du taux d'alcool dans le sang sont retrouvés selon l'évolution suivante (Wolter 2013) :

- A partir de 0,2g/L : diminution de la coordination motrice, de l'attention, de l'acuité visuelle et auditive
- A partir de 0,5g/L : altération du jugement et de la concentration, allongement du temps de réaction, altération des perceptions et de la vision globale

- A partir de 1g/L : troubles de l'équilibre, du langage, surestimation de soi, désinhibition
- A partir de 1,5g/L : léthargie, difficulté à se tenir debout, troubles de la mémoire, vomissements, hyporéflexie tendineuse, hypoesthésie, incontinence urinaire
- A partir de 3g/L : amnésie, coma
- A partir de 4g/L : dépression et arrêt respiratoire, décès

On peut également retrouver des symptômes psychiatriques (symptômes dépressifs à l'origine d'idées suicidaires, symptômes d'allure maniaque avec idées de grandeur, idées délirantes sur thèmes de persécution, jalousie et autodépréciation, état hallucinatoire pour lequel il convient d'éliminer un DT) et des signes physiques (injection des conjonctives, haleine œnolique...).

Les signes cliniques d'IEA régressent habituellement en 3 à 6h (Sureau et al. 2006; ANAES 2001).

b) IEA compliquée

L'intoxication éthylique aiguë peut se compliquer (Sureau et al. 2006) :

- D'une agitation psychomotrice, avec violence potentielle, elle est retrouvée dans environ 18% des cas
- D'un trouble de la conscience, retrouvé dans environ 7% des cas
- De troubles du rythme supra-ventriculaire
- Autres complications : hypoglycémie, rhabdomyolyse, acidose métabolique, gastrite, hépatite alcoolique aigue, AVC...

c) **Diagnostics différentiels**

Les diagnostics différentiels de l'IEA sont représentés par les pathologies entraînant un trouble de la vigilance, il faut alors éliminer :

- Une hypoglycémie
- Une lésion organique intra-cérébrale (hématome, hémorragie)
- Une autre intoxication (CO, psychotropes)
- Une encéphalopathie métabolique ou respiratoire, une infection

B. Intoxication alcoolique de l'adolescent

Un mésusage de l'alcool est commun à l'adolescence et la plupart du temps temporaire. D'un point de vue social, on pourrait qualifier de période d'initiation cette phase du développement des adolescents dans laquelle s'inscrit la fonction normative et intégrative de l'alcool. Il s'agit d'une période charnière du passage à l'âge adulte dans laquelle se joue l'apprentissage des codes sociaux, affectifs et moraux. (Arnaud et al. 2016)

Le rapport de Santé Publique France de 2013 rapportait que 59% des élèves de 6^{ème} avaient déjà expérimenté l'alcool, ce chiffre montait progressivement à 83% des élèves de 3^{ème} et atteignait 93% des élèves de terminale. Les élèves de terminale rapportaient avoir déjà connu une ivresse pour 69% d'entre eux et pour 27% un usage régulier d'alcool (au moins 10 fois lors du dernier mois exploré) (Spilka 2013).

1. **Données démographiques**

L'âge et le sexe sont des facteurs déterminants du mode de consommation d'alcool.

L'âge est un facteur prédictif : plus la première ivresse (et non pas le premier contact avec l'alcool) arrive tôt, plus les risques addictifs ultérieurs sont grands. L'enquête IREB de 2007 retrouvait un âge déclaré de la première ivresse à 14,1 ans en moyenne chez les garçons et 14,3 ans en moyenne chez les filles (Choquet et al. 2007). Il apparaît que la prévalence des intoxications massives augmente au cours de l'adolescence pour atteindre un pic au début de l'âge adulte (Kuntsche et Gmel 2013).

L'écart de consommation entre les filles et les garçons s'amincit. Alors que les femmes présentaient des comportements d'alcoolisation massive ponctuelle 4 fois moins prévalents chez les adultes, et 1,5 fois moins chez les adolescents, ces dernières ont eu tendance à augmenter plus fortement leurs consommations que les hommes depuis 2005 (Palle 2020). L'OMS rapporte que les épisodes de « heavy drinking » concerneraient 50% des hommes contre seulement 15% des femmes au cours du dernier mois (WHO 2018), cependant chez les adolescents, 34% auraient des conduites d'alcoolisation massive au moins une fois par mois et la différence de genre était beaucoup plus faible : 35% chez les garçons contre 32% des filles (ESPAD Group 2020).

Ce mode de consommation est particulièrement présent en France avec une proportion de binge drinkers (50 à 60% chez les 15-19 ans en France) largement supérieure à celle observée dans la majorité des pays du monde, mais aussi par rapport à nos voisins européens : 27% aux Pays Bas, 22% en Italie, 25% en Espagne et 26% aux États Unis par exemple (WHO 2018).

2. Les facteurs de risque d'IEA à l'adolescence

Ils sont détaillés dans le rapport de l'ANAES (ANAES 2001) et retrouvent :

- Ruptures, problèmes familiaux majeurs
- Exclusion, difficultés scolaires, marginalisation
- Délinquance
- Alcoolisme familial
- Cumul d'événements traumatisants
- Difficultés de communication
- Dépression, anxiété, conduite à risque associée
- Situation de violences subies

On retrouve par ailleurs des disparités en fonction du milieu social et de l'environnement. Ainsi, on notait une augmentation du risque de développer un trouble d'usage à l'alcool en milieu rural. Les ressources financières sont également déterminantes, avec une augmentation du risque d'IEA chez les jeunes disposant de ressources financières disponibles plus élevées. Le risque relatif était d'un 1,6 chez les jeunes disposant d'une somme d'argent disponible supérieure à 300€ par rapport à ceux disposant de 100€ ou moins (Com-Ruelle et Le Guen 2013).

Concernant les données relatives au statut professionnel, l'étude issue de l'enquête IREB de 2007 déterminait que les jeunes actifs avaient plus de probabilité d'être consommateurs que les étudiants (Com-Ruelle et Le Guen, 2013), alors que les données de l'étude américaine Monitoring the Future trouvaient une fréquence du binge drinking plus élevée chez les étudiants universitaires que chez les jeunes adultes non étudiants (Patrick et al. 2017).

La pratique d'une activité sportive a également été étudiée et montrait un risque d'abus ou de dépendance à l'alcool 2,54 fois plus élevé chez les jeunes pratiquant un sport collectif en compétition par rapport aux jeunes ayant une pratique individuelle sans compétition (Com-Ruelle et Le Guen 2013).

La consommation d'alcool de l'entourage a une influence sur le rapport à l'alcool des enfants. Les parents consommateurs ont un impact sur leur enfants, avec un risque plus élevé chez les enfants percevant la consommation d'alcool de leurs parents comme problématique. A partir de 18 ans, on ne retrouve plus d'impact significatif, lié à une prise de distance du jeune. Le risque est également significativement plus élevé dans les familles recomposées, mais pas dans les familles monoparentales. L'autorisation de consommation d'alcool donnée par les parents joue un rôle important avec des niveaux plus élevés chez les jeunes dont les parents autorisent ou se montrent indifférents à la consommation (Com-Ruelle et Le Guen, 2013). Ces résultats soulignent l'importance à porter au parent dans le cadre de la prise en charge médicale d'une IEA et le rendre acteur de l'accompagnement éducatif de son enfant (National Collaborating Centre for Mental Health Staff 2011; Haber et Riordan 2021).

De même au niveau amical, un adolescent dont les amis sont ivres au moins une fois par semaine aura 16 fois plus de risque de présenter un abus ou une dépendance s'il est mineur, et 12 fois plus s'il est majeur (Com-Ruelle et Le Guen, 2013).

3. Le binge drinking

a) Définition

Le binge drinking, que l'on peut traduire en français par « défonce alcoolique » ou « biture express » émerge depuis environ deux décennies, en particulier chez les jeunes consommateurs qui recherchent une visée d'ivresse rapide et intense (Maurage et Campanella 2021). Elle s'apparente à une consommation excessive en un temps restreint d'une grande quantité d'alcool, le plus souvent à forte concentration alcoolique (alcools forts de type vodka, rhum, gin...).

La pratique du binge drinking s'intègre d'office dans la catégorie de l'usage à risque, et se trouve en pratique être bien souvent un usage nocif à l'origine de complications. Il s'agit d'une conduite à haut risque de complications en particulier au niveau traumatologique (à l'origine d'accidents, chutes, rixes...) et social (désinhibition pouvant entraîner de l'agressivité et des comportements violents, des conduites sexuelles à risque) (Sureau et al. 2006).

Aucune définition n'est à l'heure actuelle validée et les différentes études ne s'accordent pas sur une définition unique, commune et consensuelle (Guelfi et Crocq 2003). La SFMU définit le binge drinking comme la consommation d'au moins 5 verres d'alcool chez l'homme et 4 verres chez la femme au cours d'une même occasion. A l'international, le seuil retenu est de 5 verres par occasion. L'INPES retient pour sa part un seuil de 6 verres d'alcool par occasion.

L'enquête IREB de 2007 fixait quant à elle le seuil d'« ivresse ressentie » au-delà de 5 verres chez les adolescents âgés de plus de 18 ans (Choquet et al. 2007).

Une alternance entre périodes d'intoxication massive et abstinence est un critère également retrouvé (Stephens et Duka 2008), avec une période de non consommation d'au moins trois jours par semaine (Maurage et al. 2020).

On considère que les conduites de binge représentent au moins 30% des occasions de consommation (Maurage et al. 2020).

b) Les conséquences cliniques

Le binge drinking produirait des **altérations comportementales et cérébrales** analogues à celles du trouble sévère d'usage à l'alcool (Sanhueza et al, 2011). Une consommation élevée au cours de l'adolescence accroît le risque de développer des maladies liées à l'alcool par la suite (Grant et Dawson, 1997).

Les conséquences cliniques de cette consommation juvénile seraient plus importantes que chez l'adulte du fait de l'immaturation cérébrale. Le binge drinking peut entraver le développement du cerveau et entraîner des dommages irréversibles (Bava et Tapert, 2010), avec des conséquences rapides, massives et durables sur la structure et le fonctionnement cérébral (Carbia et al. 2018; Lees et al. 2019) et un impact sur la mémoire et les fonctions d'apprentissage (Sureau et al. 2006). De plus, elles sont plus importantes dans le cas d'abus ponctuels à type de binge drinking que dans le cas d'un usage régulier mais modéré.

Les complications somatiques à court terme de ces excès sont globalement les mêmes que chez l'adulte et comprennent (Newbury-Birch et al. 2009) :

- Le risque de coma hypoglycémique, plus fréquemment retrouvé chez les jeunes adolescents

- Les troubles neurologiques, y compris la crise convulsive généralisée, entraînant des accidents (AVP, chute, coma avec risque de fausse route)
- L'inhalation, après des vomissements ou une crise convulsive généralisée par exemple
- L'hypothermie, en cas d'exposition prolongée au froid
- Les troubles du comportement (agitation, conduites sexuelles à risque...)

A long terme, les binge drinkers présentent plus fréquemment des troubles hépatiques, en particulier des fibroses non diagnostiquées (Molina et Nelson 2018). Ces complications seraient d'autant plus fréquentes lorsque l'on retrouve des facteurs de risque associés tel que l'obésité ou la consommation de tabac (Llerena et al. 2015). On retrouve un risque plus important de complications cardiaques, avec une augmentation du risque d'infarctus, d'arythmies et d'hypertension (Piano et al. 2017). Les risques de pancréatites, ulcères digestifs et dysfonctionnement rénal sont également accrus ainsi qu'une atteinte de la fertilité engendrée par un impact néfaste sur la production de spermatozoïdes (Molina et Nelson 2018).

Sur le plan psychiatrique, les binge drinkers semblent présenter davantage de symptômes dépressifs et anxieux, de sentiments de solitude, de faible estime de soi, et un émoussement de la réponse émotionnelle (Lannoy et al. 2019).

c) **Continuité entre binge drinking et trouble d'usage chronique**

L'adolescence est une période critique en ce qui concerne l'addiction. Les expérimentations précoces de l'alcool chez les adolescents sont prédictives de l'évolution ultérieure et du risque de développement de conduites de mésusage voire

de dépendance. L'équipe de l'université catholique de Louvain (Ninane, 2017) fait l'hypothèse d'une continuité entre les modes de consommation. Cette intuition, suggérée dès les premières études sur le binge drinking (Wechsler et al. 1994), a été confirmée par plusieurs études qui retrouvaient chez les adolescents binge-drinkers un risque accru de 3 à 19 fois plus de développer un trouble sévère d'usage à l'alcool à l'âge adulte (Bonomo et al. 2004; Knight et al. 2002). Des études ont révélé que près de la moitié des patients pris en charge pour un trouble sévère de l'usage à l'alcool avaient été adeptes du binge drinking à l'adolescence (Enoch 2006).

C. Prise en charge initiale des IEA au SAU : accueil, clinique, risques

Une étude menée au Colorado, Etats-Unis, a établi que la mortalité sur une durée de 5 ans était 2,4 fois plus élevée chez les patients admis aux urgences pour une IEA (Davidson et al. 1997).

Cherpitel a quant à lui établi que les patients admis dans les services d'urgences pour des IEA présentaient des consommations d'alcool plus fréquentes et plus souvent sources de conséquences (ANAES 2001). Par ailleurs, seuls 9% des patients inclus avaient été identifiés et documentés par l'équipe médicale et un seul avait été orienté vers une prise en charge addictologique spécifique (Cherpitel, Soghikian, et Hurley 1996).

Une étude française menée auprès du CHU de Montbéliard corrobore ces résultats et retrouvait que seulement 2% des patients concernés avaient reçu un traitement spécifique (ANAES 2001).

Il est donc important de ne pas stéréotyper les patients et banaliser ces situations. Une intoxication éthylique aiguë conduisant à une admission en service d'urgence ne doit pas être banalisée et être d'office dans la catégorie de l'usage nocif (Muszlak et Picherot 2005). Elle est le témoin d'une consommation problématique exposant le patient à une morbidité et mortalité accrues. Une admission aux urgences pour IEA est signe d'une problématique complexe, justifiant de faire le point sur la situation médicale, addictologique, sociale et psychologique du patient. De plus, les services d'urgence sont un lieu clé de repérage et une opportunité pour le patient d'accéder aux structures de soin spécifiques.

1. Surveillance clinique et prévention du syndrome de sevrage

Le bon accueil du patient est primordial pour assurer une prise en charge optimale. Elle doit inclure :

- Des soins infirmiers : hygiène, confort, dialogue, attitude bienveillante et rassurante
- Une prise en charge symptomatique : douleur, oxygénation si nécessaire, mise en position latérale de sécurité
- Une hydratation suffisante : si possible par voie orale sinon une VVP peut être posée
- Une vitaminothérapie B1 en prévention du syndrome de Gayet Wernicke

La surveillance clinique doit être régulièrement renouvelée, idéalement une fois par heure (Sureau et al. 2006).

Le risque de syndrome de sevrage apparaît à partir de 8h après la dernière prise d'alcool et est maximal dans les 48-72 premières heures.

Les symptômes pouvant être retrouvés sont un tremblement des extrémités voir généralisé, une sensation de malaise, des nausées ou vomissements, des suées, une irritabilité ou une humeur dépressive, une tachycardie, une diarrhée et une augmentation de la pression artérielle.

La surveillance de la tolérance du syndrome de sevrage se fait à l'aide du score de Cushman. Celui-ci n'est pas validé pour les patients mineurs et il n'existe pas en France d'échelle validée chez les adolescents.

L'utilisation de la grille de Cushman s'inscrit directement dans le cadre de la diminution des risques (Robert 2016) :

- Elle mesure la gravité des signes de sevrage et permet l'adaptation du traitement de substitution en fonction des signes cliniques objectivés.
- Elle assure un maximum de confort pour le patient en évitant les surdosages tout en assurant une neuroprotection efficace.

Score de sevrage	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	≤ 80	81-100	101-120	> 120
Pression artérielle systolique				
18 – 30 ans	≤ 125	126 -135	136 -145	> 145
31 – 50 ans	≤ 135	136 -145	146 -155	> 155
> 50 ans	≤ 145	146 -155	156 -165	> 165
Fréquence respiratoire	≤ 16	17-25	26- 35	> 35
Tremblements	0	main en extension	tout le membre supérieur	généralisés
Sueurs	0	paumes	paumes et front	généralisées
Agitation	0	discrète	généralisée contrôlable	généralisée incontrôlable
Troubles sensoriels	0	gêne par bruit, lumière	hallucinations critiquées	hallucinations non critiquées

Index de Cushman : index de gravité du syndrome de sevrage alcoolique
score < 7 : état clinique contrôlé
score de 7 à 14 : sevrage modéré
score > 14 : sevrage sévère

Score de Cushman

Le traitement du syndrome de sevrage repose sur la substitution par une benzodiazépine, la plus fréquemment utilisée est le Diazépam en comprimés de 10mg en raison de ses propriétés neuroprotectrices et anti convulsivantes, d'une bonne tolérance générale, de sa maniabilité et de sa demi-vie longue.

Les risques engendrés ne sont cependant pas anodins (Robert 2016) :

- Induction d'une dépendance à une substance elle-même psychotrope
- Risque accru de chute en raison de son effet myorelaxant
- Risque sévère de décompensation chez l'insuffisant respiratoire
- Aggravation d'un état d'encéphalopathie.

Délirium tremens

Le principal risque du syndrome de sevrage est de se compliquer d'un **délirium trémens**, qui apparaît après environ 48 à 72h de sevrage. En l'absence de traitement, la mortalité est de 35% et descend à 5% avec une prise en charge optimale du syndrome de sevrage.

On recherchera précocement les signes cliniques évocateurs : agitation, tremblements, désorientation, hypertension, fièvre, délire hallucinatoire, convulsions, cauchemars, confusion générale et troubles de la mémoire.

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (HAS, 2021)

On sera également vigilant par rapport à la survenue d'une encéphalopathie de Gayet Wernicke. Elle est consécutive à une carence en vitamine B1 (ou thiamine) et est favorisée par une dénutrition ou une déshydratation. Le diagnostic est clinique et repose sur la triade confusion, ataxie, ophtalmoplégie. Celle-ci n'est retrouvée que chez 10% des patients, on ne retrouvera la plupart du temps qu'un syndrome

confusionnel aspécifique, qui peut être masqué par l'IEA ou le syndrome de sevrage. Le traitement est une injection de thiamine à haute dose (500mg) par voie intraveineuse.

Un déficit prolongé en thiamine induit à terme un syndrome de Korsakoff.

2. Place des examens complémentaires

Le contrôle de la glycémie capillaire est indispensable. Elle fait partie de la démarche diagnostique et thérapeutique de tous les troubles de l'état de conscience, y compris de l'intoxication alcoolique (Wolter 2013)

L'utilité du dosage de l'alcoolémie n'est quant à lui pas démontré dans le cadre de la démarche diagnostique, du fait notamment de l'absence de corrélation entre taux sanguin et présentation clinique. Il est recommandé lorsque l'état de conscience est altéré ou lorsque le tableau clinique est flou (ANAES 2001).

Aucun examen paraclinique n'est obligatoire (Sureau et al. 2006).

Le dosage des marqueurs de la consommation chronique d'alcool (VGM, GGT et CDT) n'est pas recommandé lors du bilan biologique car ces résultats ne permettent pas de distinguer un usage nocif d'une dépendance, la surveillance de la cinétique de ces dosages présente un intérêt dans le suivi addictologique au long cours. On s'appuiera alors plutôt sur les signes de sevrage cliniques qui témoignent du stade de dépendance (ANAES 2001).

Si une complication organique ou pathologie intercurrente est suspectée, un bilan spécifique pourra être réalisé en fonction de l'indication : imagerie cérébrale, TDM...

3. Hospitalisation des patients admis pour IEA

La SFMU rapportait en 2006 que seuls 50% des patients admis pour une IEA, tous âges confondus, étaient hospitalisés Cette surveillance est réalisée pour 60% des cas en UHCD ou au sein du service d'urgence. De même, il y avait une procédure de service dans 20% des cas et l'évaluation addictologique était loin d'être systématique (moins de 25% des cas).

La surveillance des patients peut être réalisée au sein du service des urgences, au mieux dans l'unité d'hospitalisation de courte durée. Un coma profond ou des signes de gravité engageant le pronostic vital imposent une prise en charge en unité de soins intensifs ou en réanimation (Sureau et al. 2006).

Pour les adolescents, une hospitalisation de 72h minimum est recommandée après une admission aux urgences pour IEA, si possible dans une structure spécialisée pour les adolescents (ANAES 2001). Celle-ci permet une surveillance somatique, une évaluation psychologique et sociale, et la recherche de trouble addictologique.

D. Évaluation addictologique initiale et orientation dans les soins

L'efficacité de la prise en charge addictologique des patients admis aux urgences est bien démontrée, elle tend à diminuer les réhospitalisations au décours (Crawford et al. 2004). Une étude contrôlée avec suivi de 3 ans menée par Gentiello a pointé que le taux de réadmission de patients ayant eu une intervention brève après leur admission liée à un mésusage d'alcool avait diminué de 47% (ANAES 2001). D'autre part, une étude menée par l'OMS (Arnaud et al. 2016) a montré que les patients qui

avaient reçu une intervention ultra brève avaient réduit leur consommation de 28% par rapport au groupe contrôle.

La prise en charge alcoologique aux urgences permet par ailleurs d'améliorer les connaissances et les pratiques de l'équipe soignante (D'Onofrio et al. 2005).

Chez les jeunes consommateurs, le nombre d'adolescents admis aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë est en augmentation. Le contexte d'urgence offre la possibilité d'atteindre les adolescents à risque qui consomment de l'alcool et de leur fournir un accès aux soins. Cependant, les études sur les interventions brèves ciblant les adolescents en soins d'urgence sont rares et on sait peu de choses sur leur efficacité lorsqu'elles sont administrées immédiatement après une hospitalisation pour intoxication alcoolique aiguë (Diestelkamp et al. 2014).

La Société Française d'Alcoologie recommande que tout adolescent admis aux urgences pour un traumatisme devrait bénéficier d'un dépistage portant sur sa consommation de substance (SFA 2003).

1. Intervention ultra brève

Le rapport de l'ANAES de 2001 recommande de procéder à une évaluation addictologique systématique pour tout patient admis pour un motif lié à une intoxication alcoolique aiguë, sous forme d'une intervention ultra brève. Celle-ci peut avoir lieu dès la disparition des signes cliniques d'intoxication. Elle doit être courte, il a été démontré qu'une intervention d'environ 5 minutes était plus efficace qu'une intervention de 20 minutes (HAS 2021 ; ANAES 2001).

Selon l’OMS, l’**intervention ultrabrève** comprend :

- Un feedback donné au patient sur sa consommation d’alcool
- Une explication sur la notion « un verre d’alcool »
- Une information sur les limites d’une consommation raisonnée/modérée
- L’encouragement du patient à rester en dessous de ces limites
- La remise au patient d’un livret d’aide

Cette évaluation peut s’organiser en deux temps complémentaires :

Une première intervention de repérage des patients en difficulté avec l’alcool.

Celle-ci pourra être réalisée par tout professionnel (médecin, interne, infirmier...) intervenant aux urgences. Des formations en addictologie spécifiques et adaptées au profil du professionnel sont recommandées pour sensibiliser l’ensemble des professionnels des urgences à la problématique de l’alcool.

L’attitude doit se vouloir empathique avec une écoute active, non jugeante ou moralisatrice. L’information doit être délivrée par un professionnel formé, détenant les connaissances relatives au trouble d’usage à l’alcool. Une attitude contreproductive peut aboutir à un braquage de l’attitude du patient voir de l’agressivité et un refus de soin.

Une deuxième intervention plus approfondie et spécialisée, menée par un professionnel dédié (équipe d’addictologie de liaison, psychiatre addictologue...). Elle s’adresse aux patients présentant des facteurs de gravité ou nécessitant une orientation spécifique dans les soins.

Le rapport de l'INSERM sur les conduites addictives chez les adolescents souligne (Inserm 2014) :

- L'importance de repérer le plus tôt possible une conduite addictive qui s'installe afin de permettre à l'adolescent de retrouver un contrôle sur ses consommations avant l'apparition des premiers dommages.
- La place indispensable chez cette population du RPIB (repérage précoce et intervention brève), en insistant sur la formation des médecins généralistes et urgentistes, entre autres.
- La pertinence, en milieu hospitalier, d'une formation des équipes d'urgence par les équipes d'addictologie à l'évaluation addictologique des adolescents et les informer sur les structures existantes (CJC, Maison des ados, services d'addictologie).
- La préconisation de l'utilisation des outils de repérage évalués pour les adolescents dans le contexte français (Rocado pour l'alcool).

2. Échelles d'évaluation : questionnaires DETA et AUDIT

Il est recommandé de faire passer les questionnaires DETA (version française du questionnaire CAGE) et AUDIT afin de dépister la présence d'un trouble d'usage à l'alcool. L'utilisation de ces questionnaires concerne les soignants, leur utilisation par des professionnels non soignants n'a jamais été évaluée correctement et pose des questions éthiques concernant la confidentialité et le secret médical. Il est recommandé qu'un professionnel non-soignant repérant un problème d'alcool redirige le patient vers un professionnel de santé (SFA, 2015).

Le **questionnaire DETA** (*annexe E*) permet de dépister avec une sensibilité $>0,84$ et une spécificité $>0,90$ la présence d'un mésusage en alcool (Soderstrom et al. 1997). Il ne comporte que 4 questions et ne requière aucun matériel, facilitant son utilisation. On considère qu'il est positif à partir de 2 questions positives sur 4. En revanche, il ne distingue pas l'alcoolodépendance de l'usage nocif.

Le **questionnaire AUDIT** (*annexe F*) permet de faire la distinction (Reinert et Allen 2002). Il se compose de 10 questions sous forme d'un auto-questionnaire. Il évalue les consommations des 12 derniers mois. Un score supérieur à 12 doit faire évoquer une dépendance à l'alcool (SFA, 2015). Le questionnaire AUDIT-C est la version abrégée du questionnaire AUDIT, il reprend les trois premières questions qui sont identifiées comme les plus importantes.

Ces échelles de dépistage ne sont pas validées chez les patients mineurs. L'échelle AAIS (*adolescent alcohol involvement scale*) spécifique aux adolescents a été proposée par Mayer et Filstead et validée aux Etats-Unis, mais n'est ni traduite ni validée en français (ANAES 2001).

Une échelle française validée pour les adolescents serait vivement recommandée et utile.

3. Orientation du patient

Une étude menée à Bruxelles par De Clercq (ANAES 2001) concernant le devenir de patients usagers d'alcool montrait que sur une période de 4 ans après une admission en service d'urgence, 31,8% des patients s'étaient présentés spontanément dans les soins, 15% avaient été adressés par leur médecin traitant et 50% par leur entourage.

L'envoi d'une lettre au médecin traitant avec l'accord du patient pour l'informer de l'admission en service d'urgence favorise la continuité et l'accès ultérieur aux soins (SFA, 2015). Le médecin traitant, bien connu du patient, est souvent un acteur important de la prise en charge vers lequel le patient aura plus de facilité à s'orienter et établir une alliance thérapeutique, en particulier concernant les adolescents qui sont en quête de repères.

Une étude conduite par Batel recommande de remettre une lettre de liaison au patient, rappelant le motif de l'admission, le caractère nocif de l'IEA et lui proposant un rendez-vous dans une structure spécialisée (ANAES 2001).

Afin de favoriser l'adhésion et la poursuite des soins en cas d'orientation externe, il est indispensable de présenter au patient la structure vers laquelle on l'adresse et lui donner des repères. Une bonne connaissance des différentes structures de soin existantes par les professionnels est donc indispensable.

L'implication de l'entourage du patient, lorsque cela est possible, est fortement conseillée et participe au travail de prévention de la récurrence.

4. Livret d'aide

Un livret d'aide peut être remis au patient. Il contient des informations sur l'impact de la consommation d'alcool sur la santé et délivre des conseils sur la gestion des consommations. Il doit contenir les coordonnées des établissements de soins addictologiques du secteur et éventuellement d'associations.

E. Orientation au décours : outils pratiques et dispositifs existants

La Société Française d'Alcoologie (SFA 2003) recommande une investigation pour tout adolescent chez lequel on suspecte un mésusage d'alcool à travers deux entretiens, distants d'une ou deux semaines et portant sur la consommation d'alcool, d'éventuelles consommations associées et la présence de facteurs aggravants comme une comorbidité psychiatrique, un étayage déficient... Dans les situations à la limite du mésusage, un suivi à moyen terme d'une durée de trois à six mois doit systématiquement être proposé.

Le rapport des experts de l'INSERM insiste sur le développement de consultations jeunes consommateurs (Inserm 2014).

La Société Française d'Alcoologie rapportait en 2014 que moins de 10% des personnes souffrant d'un trouble d'usage à l'alcool étaient en soin en Europe (SFA, 2015).

Pour les adolescents, il est recommandé au décours du passage aux urgences de favoriser une orientation ambulatoire des soins, séparée des adultes (Société Française d'Alcoologie 2015). Une hospitalisation en milieu spécialisé ou l'intégration à un groupe d'entraide type « alcooliques anonymes » fixe le patient dans un diagnostic dont il pourrait avoir du mal à se défaire (ANAES 2001).

1. Intervention brève et psychoéducation

La stratégie thérapeutique repose en premier lieu sur l'intervention brève avec comme objectif une réduction des consommations et des conséquences associées (Rolland, Simioni, et Cottencin 2018). Les patients concernés présentent des formes

moins sévères se limitant parfois à des conduites à risque, le travail de prévention est ici primordial.

La « check-list » de l'OMS à propos de l'intervention brève valable pour toute substance recommande de :

- Restituer les résultats des questionnaires de consommation
- Informer sur les risques concernant la consommation de substance
- Évaluer les risques personnels et situationnels
- Identifier les représentations et les attentes du patient
- Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou la réduction de la consommation
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation
- Proposer des objectifs et laisser le choix
- Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum... (HAS 2021).

Concernant spécifiquement l'alcool, pour l'HAS, s'appuyant sur les recommandations de l'ANPAA, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, rédigées dans le cadre du programme « boire moins c'est mieux », les informations essentielles constituant l'intervention brève sont :

- Restitution du test de repérage
- Informations sur les effets de l'alcool sur la santé, ou expliquer le risque alcool
- Expliquer le verre standard, les équivalences (si possible à l'aide d'un visuel)

- Recherche d'une motivation personnelle pour le changement ou discuter de l'intérêt personnel de la réduction
- Mise au point d'objectifs précis (consommation inférieure au seuil par exemple)
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- S'assurer de l'adhésion du patient à la démarche
- Délivrer un livret d'aide au changement (ou d'information)
- Proposer une deuxième consultation

L'intervention brève est efficace et amène une réduction de la consommation en dessous des seuils de risque dans 10 à 50 % des cas (Michaud, Dewost, et Fouilland 2006) ainsi qu'une diminution des conséquences associées et ce sans orientation vers des services addictologiques (Havard, Shakeshaft, et Sanson-Fisher 2008).

Compte tenu des contraintes organisationnelles et de temps aux urgences, certains auteurs suggèrent qu'il serait sans doute préférable d'identifier puis d'orienter les patients pour une intervention brève de durée plus longue et différée (Crawford et al. 2004; Rolland, Simioni, et Cottencin 2018).

Pour les troubles d'usage sévère, les interventions brèves paraissent inefficaces pour réduire les consommations dans ce contexte, en particulier dans les services d'urgence (Bernstein et al. 2007). Il est ainsi recommandé d'orienter ces patients vers une structure spécifique (Haber et Riordan 2021; National Collaborating Centre for Mental Health Staff 2011; SAMHSA 2013). Pour ces patients, la mise en place d'une prise en charge addictologique spécialisée est associée à un meilleur pronostic (Bertholet et al. 2010; Dawson et al. 2012).

Concernant les modalités d'orientation, on ne dispose actuellement pas de recommandations claires. Cependant, nous retenons les éléments suivants :

- Les interventions brèves d'une seule session aux urgences ne semblent pas efficaces pour augmenter le recours ultérieur à une prise en charge addictologique au décours (Barrett et al. 2006; Bernstein et al. 2007), il semble préférable de proposer des interventions brèves étendues (Rolland, Simioni, et Cottencin 2018).
- Si la programmation de sessions au décours du passage en service de médecine somatique permettrait d'augmenter le recours aux soins chez les patients atteints de TSU d'alcool (Elvy, Wells, et Baird 1988; Liu et al. 2011), l'utilité de ce type d'interventions à partir des services d'urgences n'a en revanche pas été clairement démontrée (Blow et al. 2011).
- Le fait de remettre au patient un rendez-vous programmé plutôt que de simplement lui remettre des coordonnées semble favoriser le recours ultérieur aux soins (D'Onofrio et Degutis 2010).
- Enfin, proposer un rendez-vous rapide au décours de l'intervention augmenterait le taux de présence aux sessions après la sortie de l'hôpital (Rolland, Simioni, et Cottencin 2018).

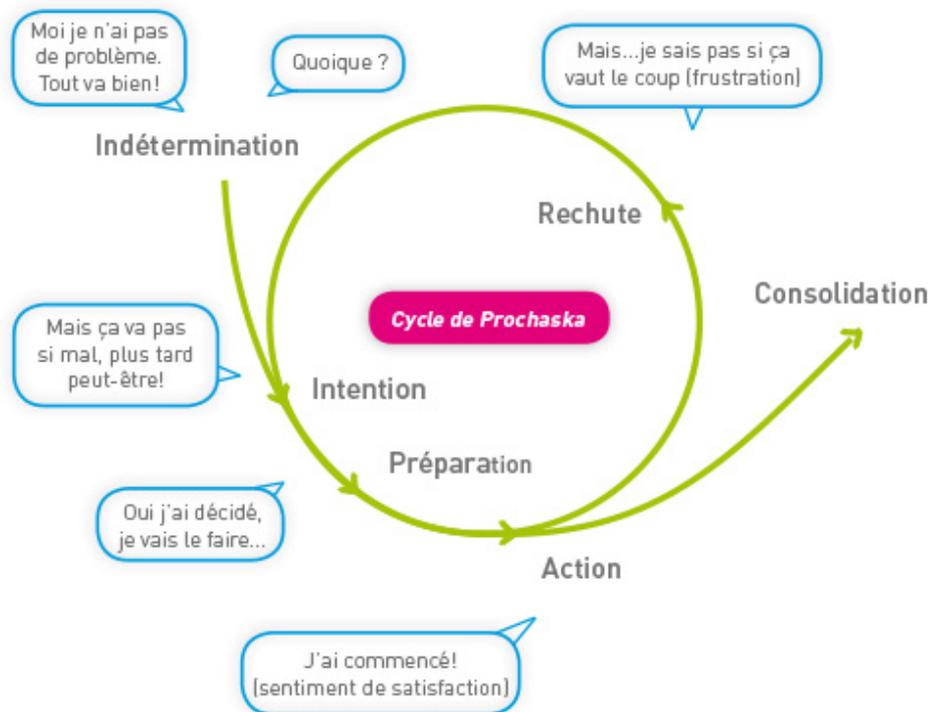
Concernant les patients mineurs, une intégration des parents ou de l'entourage éducatif est conseillée (Haber et Riordan 2021; National Collaborating Centre for Mental Health Staff 2011).

2. Évaluation du stade motivationnel

Les données indiquent que des interventions motivationnelles brèves automatisées peuvent réduire la consommation d'alcool et les dommages engendrés chez les patients à risque jusqu'à 12 mois après l'intervention (Arnaud, Baldus, Elgán, Paepe, et al. 2016).

L'entretien motivationnel a pour vocation d'évaluer le stade de changement auquel se trouve le patient :

- Pré contemplation : le patient n'identifie pas de problème et n'envisage pas de modification de son comportement. Il convient d'en chercher les raisons : priorités, peur du changement, manque d'informations...
- Contemplation : le patient envisage le changement dans un avenir proche mais ne l'a pas entamé
- Préparation : le patient a pris sa décision et se préparer au changement, il se renseigne et s'informe
- Action : le patient entame des actions et modifie ses habitudes
- Maintien : consolidation des efforts pour maintenir le changement au long terme
- Rechute : reprise des comportements antérieurs. Il convient là aussi de comprendre quelles en sont les raisons : modification de l'environnement, diminution de la motivation, arrêt de suivi



Les différents stades du changement, Cycle de Prochaska

La progression n'est pas linéaire et les retours en arrière sont évidemment possibles. C'est pourquoi on évoque une évolution en spirale avec des rechutes, faisant régresser le patient à un stade antérieur. En revanche, l'échec n'est pas définitif et le retour en arrière ne se fait pas toujours au même stade. Les rechutes sont aussi l'occasion d'une plus grande chance de succès lors du prochain essai (Csillik et Petot 2012).

L'HAS rappelle certaines erreurs à éviter lors de la réalisation de l'intervention :

- Argumenter en faveur du changement
- Critiquer, culpabiliser ou blâmer
- Cataloguer le patient, rester sur les actions et les décisions
- Être pressé

- Avoir une attitude de supériorité qui ne fait que renforcer les résistances au changement

Il est conseillé de s'adapter aux objectifs du patient. Même si l'objectif d'abstinence est l'objectif le plus sûr pour les personnes souffrant d'une dépendance ou d'un mésusage en alcool, chez les adolescents il est souvent difficilement acceptable. Si le souhait du patient est une réduction de la consommation et pas un arrêt complet, il est recommandé au professionnel de l'accepter afin de favoriser l'alliance thérapeutique (Société Française d'Alcoologie 2015).

3. Recherche de risques associés

Le repérage du mésusage de l'alcool chez un adolescent devrait s'accompagner d'une évaluation plus large des consommations associées (tabac, cannabis, autres substances psychoactives).

Chez les enfants et adolescents présentant une IEA doivent être recherchés :

- Les facteurs de risque de consommation pathologique d'alcool (abus ou dépendance)
- Les facteurs de risque de suicide : tentative de suicide, maltraitance, abus sexuel, antécédents familiaux de troubles psychiatriques et/ou abus de substances psychoactives
- L'association entre IEA et intoxication par d'autres substances psychoactives

Une équipe française (Muszlak et Picherot 2005) a mené une étude prospective multicentrique portant l'IEA comme motif de consultation aux urgences chez 67

patients mineurs de plus de 12 ans, permettant de confirmer l'ampleur de l'enjeu.

Parmi les résultats, on retrouvait une association avec :

- Une tentative de suicide dans 9,5% des cas
- Une conduite à risque dans 65% des cas (dont des accidents de la voie publique dans 12,7% des cas)
- Un tabagisme actif dans 44% des cas
- La notion d'alcoolisme parental dans 25% des cas
- Des problèmes sociaux et des violences familiales dans respectivement 23,8% et 17,5% des cas
- Des sévices sexuels au décours de l'IEA concernée dans 3,2% des cas

La prise en charge de ces facteurs de risque ou facteurs aggravants associés semble indispensable au bon déroulé des soins afin de prévenir une récurrence ou une aggravation future des comportements.

4. Les dispositifs de veille et de recontact

En particulier chez les adolescents et les jeunes adultes, il est admis que l'engagement d'un tiers dans un cadre thérapeutique, même temporaire, a une fonction d'étayage à l'élaboration psychique dépassant les enjeux liés aux consommations. Ces notions cliniques classiques ont été réactualisées en psychiatrie par les travaux sur « la clinique du souci » et « l'éthique de l'inquiétude » (Walter et al. 2019).

Ces notions ont été mises en lumière dans des projets de veille et de recontact comme le dispositif lillois Vigilans (« Le dispositif de recontact Vigilans - Ministère de

la Santé et de la Prévention »), qui a pour objectif de prévenir la récurrence à l'issue d'un passage à l'acte suicidaire via le recontact téléphonique des suicidants.

Le dispositif se base sur les recommandations des « interventions brèves de contact » comprenant le recontact téléphonique, la délivrance d'une « carte ressource » comprenant un numéro d'appel d'urgence, et l'envoi de lettres sous forme de cartes postales et des sms. Les différentes études relatives présentent des résultats concordant en faveur d'un bénéfice des procédures de recontact, avec des taux de rechute et de suicide significativement plus faibles par rapport aux témoins traités comme d'habitude (Fossi et al. 2021).

L'étude du dispositif Vigilans menée entre 2015 et 2019 établissait qu'il existait un lien significatif entre récurrence de tentative de suicide et consommation régulière d'alcool. Près d'un quart des décès par suicide sont directement attribuables à l'alcool (Fossi et al. 2021) L'ANAES recommande que la prise en charge de l'IEA chez l'adolescent soit proche de la prise en charge de la tentative de suicide de l'adolescent. On retrouve une similarité des facteurs de risque, ainsi qu'une association importante entre les deux (entre 20 et 30% de situations corrélées dans les services d'accueil d'urgence) (ANAES 2001).

L'efficacité bien documentée des procédures d'intervention brève de contact, leur faible coût et leur facilité de déploiement sont des arguments en faveur de leur intégration dans une stratégie globale de prévention, pouvant s'imaginer s'adapter aux intoxications alcooliques aiguës de l'adolescent.

Nous n'avons pas de modèle de dispositif validé en France à l'heure actuelle. Ce type de programme, comme le College Alcohol Intervention Matrix, existe en revanche en Amérique du Nord et semble démontrer son efficacité pour réduire ou retarder la consommation excessive chez les jeunes (Cronce et al. 2018).

D'autres études ont pu montrer que la prévention par Internet pouvait avoir une efficacité en termes de prévention, et de réduire significativement la fréquence et l'intensité de la consommation d'alcool chez des étudiants universitaires (Bhochhibhoya et al. 2015), en particulier lorsque ces interventions sont personnalisées (Black, Mullan, et Sharpe 2016). Ce type d'intervention peut se montrer très intéressante afin d'accrocher une population peu demandeuse de soins. Cependant, les différentes études s'accordent à dire que ces interventions virtuelles sont moins efficaces et ont une influence plus limitée que les entretiens individualisés (Maurage et Campanella 2021).

Au total, notre revue de la littérature nous a permis de souligner les points suivants :

- La **consommation d'alcool chez les jeunes** est problématique : 27% des élèves de terminale rapportent un usage régulier d'alcool >10 fois par mois.
- Cette consommation est grandement représentée par le **binge drinking**, qui est le mode de consommation préférentiel chez 50 à 60% des adolescents français. Il s'agit d'un trouble d'usage à risque (à l'origine de complications somatiques, traumatiques, psychiatriques et sociales) qui augmente le risque de développer un trouble sévère d'usage à l'alcool de 3 à 19 fois (près

de la moitié des usagers chroniques d'alcool étaient binge drinkers à l'adolescence).

- Les adolescents adeptes du binge drinking sont rencontrés **aux urgences** à l'occasion d'une IEA, mais il n'existe pas de conduite à tenir claire. 9% des patients présentant un trouble d'usage d'alcool seraient repérés et seulement 2% seraient orientés vers des soins spécifiques.
- Un protocole de service est nécessaire pour optimiser la **prise en charge du patient alcoolisé aux urgences** et prévenir les risques de complications (syndrome de sevrage, DT, encéphalopathie...).
- Une surveillance clinique est nécessaire jusqu'à disparition des signes cliniques d'IEA. Selon la littérature, une hospitalisation de 72h minimum est indiquée pour les adolescents.
- Une **évaluation addictologique initiale** réalisée aux urgences permet de diminuer les réhospitalisations et la consommation globale au décours. Elle devrait être systématique pour les adolescents admis pour IEA ou traumatisme.
- **L'intervention ultrabrève** a fait preuve de son efficacité permettant une diminution des consommations d'alcool sous les seuils recommandés par l'OMS dans 10 à 50% des cas, ainsi qu'une diminution des conséquences.
- L'orientation du patient au décours vers un suivi de **type intervention brève étendue** permet d'augmenter le recours ultérieur à des soins addictologiques spécifiques. Un rendez-vous rapide programmé et remis à la sortie des urgences est préconisé.

II. ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES SE PRESENTANT POUR UNE IEA A SAINT VINCENT DE PAUL

Après avoir synthétisé les données issues de la littérature, nous proposons de dresser un état des lieux des pratiques actuelles aux urgences adulte de l'hôpital Saint Vincent de Paul, hôpital lillois du GHICL (groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille), puis d'évaluer les recours aux soins concernant la population étudiée afin d'estimer les besoins en termes d'offre de soin.

A. Présentation de l'hôpital Saint Vincent de Paul

Le GHICL regroupe l'hôpital Saint Vincent de Paul et l'hôpital Saint Philibert. L'activité d'urgence des deux pôles, tous services confondus (urgences adulte, enfant et gynécologie-obstétrique), représentait pour l'année 2021 un total de 88.751 passages, aboutissant dans 25% des cas à une hospitalisation soit 22.456 patients hospitalisés au décours d'un passage aux urgences, dont la moitié en UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) (*annexe B*).

L'hôpital Saint Vincent de Paul est en plein cœur du sud de la ville. Il s'agit du seul hôpital général disposant d'urgences situé dans Lille même, il draine en conséquence une grande partie de la population de la métropole lilloise. De plus, par sa situation proche d'une station de métro, il est le recours le plus accessible pour les patients non motorisés, comme les jeunes et les étudiants. Il dispose par ailleurs d'une maternité et d'un service d'urgences gynécologie-obstétriques, que nous ne prenons pas en considération dans nos données, ne s'agissant pas de notre population cible dans cette étude.

Le service d'accueil d'urgence adulte comptabilisait 36.801 passages sur l'année 2021, avec un sexe ratio de 1, tous motifs confondus hors gynécologie-obstétrique.

Sur le début d'année 2022, de janvier à fin mai, le nombre de passages s'élevait à 16.944 patients en 5 mois. Cela représentait une augmentation de la fréquentation des urgences de 33,12% par rapport à la même période sur l'année précédente, elle-même très supérieure à l'année 2020 qui a été marquée par le début de la pandémie COVID-19 et une diminution considérable de fréquentation des hôpitaux durant la période de confinement de mars à mai 2020 (*tableau A., annexes B et C*).

L'année 2021 ayant également été marquée par des périodes de confinement et de couvre-feu, ainsi qu'une responsabilisation des français vis à vis de leur fréquentation des établissements de santé dans le contexte de crise sanitaire et de saturation des hôpitaux, nous nous appuyons sur les chiffres de ce début d'année 2022, plus représentatifs de la consommation de soins actuelle.

Sur les cinq premiers mois de l'année 2022, on comptabilisait donc 16.944 passages aux urgences adultes, soit une moyenne de 4100 patients par mois.

Les jeunes âgés de 16 à 29 ans représentaient 6625 patients, correspondant à 39% des patients. La répartition sur le sexe était de 50,8% de femmes (3364 passages, hors gynécologie-obstétrique) et 49,2% d'hommes (3261 passages) (*tableau C., annexe D*).

Nous n'avons malheureusement pas de données concernant la proportion d'hospitalisations au décours d'un passage aux urgences en fonction de l'âge.

Ces chiffres nous permettent de dresser un premier constat concernant la consommation de soins des jeunes, dont l'accès est grandement représenté par les admissions aux urgences générales.

B. Prise en charge initiale d'un patient alcoolisé se présentant au SAU

Chaque patient se présentant aux urgences est initialement accueilli par une infirmière d'accueil et d'orientation au service d'accueil des urgences (SAU) qui réalise une première évaluation globale du patient.

Le motif de venue est demandé au patient ou, s'il n'est pas en mesure de la communiquer, à son accompagnant ou au professionnel (pompiers, ambulancier, SAMU...) qui l'accompagne. Le motif est ensuite assimilé à un niveau de gravité devant déterminer la rapidité d'intervention selon une échelle de triage (SFMU 2013) :

- Niveau 1 : patient en instabilité engageant le pronostic vital, intervention immédiate
- Niveau 2 : patient potentiellement instable, intervention recommandée en moins de 10 minutes
- Niveau 3 : patient stable, intervention recommandée en moins de 30 minutes
- Niveau 4 : patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement
- Niveau 5 : patient stable, ne nécessitant pas d'examens complémentaires et doit normalement sortir en externe

L'infirmière réalise une prise de constantes : pression artérielle, fréquence cardiaque, température, saturation.

Le patient est ensuite installé sur un brancard ou un fauteuil en fonction dans sa présentation clinique et de la disponibilité du matériel, avant d'être examiné de manière standard par médecin des urgences (interrogatoire, anamnèse, antécédents du patient, ses allergies et ses traitements en cours, examen clinique, etc...).

Il n'existe actuellement pas de protocole standardisé concernant la prise en charge de patients alcoolisés. La réalisation d'une glycémie, d'une alcoolémie et d'un bilan sanguin notamment sont à l'évaluation de l'urgentiste et ne sont pas réalisés de façon systématique. Par ailleurs, la prévention du syndrome de sevrage n'est pas systématique et se fait au cas par cas selon l'évolution clinique et l'appréciation du médecin évaluant le patient.

En pratique, cela peut être source de désaccord entre médecins urgentistes et psychiatres, ces premiers favorisent en général une sortie rapide du patient pour désengorger les urgences, et se retrouvent en difficulté pour gérer le flux lorsque les patients alcoolisés saturent leur service. Les psychiatres quant à eux préconisent une sédation préventive du patient ainsi qu'une surveillance clinique de plusieurs heures, laquelle incombe aux médecins urgentistes. De plus, les psychiatres ne peuvent réaliser une évaluation psychiatrique ou addictologique de qualité avant disparition des signes cliniques d'intoxication et levée de la sédation, retardant encore la future sortie du patient. Cela peut être source de tensions entre les équipes et justifie le développement d'une véritable collaboration pour offrir aux patients une prise en charge optimale.

Le patient est surveillé cliniquement au sein du service d'urgence jusqu'à disparition des signes cliniques d'intoxication éthylique.

Lorsqu'une hospitalisation n'est pas indiquée, la sortie du patient est organisée en général après décroissance de l'alcoolémie. Le retour au domicile est favorisé par ses propres moyens lorsque cela est possible. Les urgentistes essaient de favoriser autant que possible l'implication de la famille ou des proches du patient afin qu'il soit accompagné à sa sortie.

Du fait de l'organisation structurelle et de la localisation des urgences de Saint Vincent (ouverture des portes automatisées sans badge, urgences proches de porte de sortie de l'hôpital et présence d'une station de métro au pied de l'hôpital), les fugues sont relativement fréquentes.

Concernant l'évaluation addictologique et psychiatrique :

L'hôpital Saint Vincent de Paul dispose d'une équipe de psychiatrie de liaison, baptisée UAMP (unité d'accueil médico-psychologique) composée d'infirmiers spécialisés en psychiatrie dédiés à cette activité, et de médecins psychiatres du pôle de psychiatrie adulte.

L'UAMP dispose d'une activité de garde, avec un infirmier et un médecin assurant une continuité de soins 24h/24, 7j/7, et a effectué depuis de nombreuses années un travail de lien précieux avec les urgentistes. Ces derniers sollicitent l'UAMP, en fonction des motifs de venue des patients ou des éléments recueillis cliniquement, nécessitant une évaluation plus spécialisée.

Cette évaluation est réalisée uniquement pour des problématiques psychiatriques : idées suicidaires, éléments dépressifs, décompensation psychotique, ... Les présentations mêlant symptomatologie psychiatrique et addictologique étant fréquentes et étant des comorbidités l'une de l'autre, ils sont régulièrement confrontés

à des patients relevant d'une prise en charge addictologique, exclusive ou associée à des critères psychiatriques, par exemple un patient alcoolisé verbalisant des idées suicidaires ou un patient usager de drogue et souffrant de schizophrénie se présentant pour une agitation. Cependant, une problématique addictologique pure n'entre pas dans les critères d'intervention de l'UAMP et il n'existe dans cette situation pas de professionnel dédié.

Enfin, une collaboration existe entre Saint Vincent et l'équipe de liaison en soins addictologiques (ELSA) de l'EPSM de l'agglomération lilloise. Mais cette dernière est sollicitée, dans les pratiques actuelles, uniquement par les services d'étage auprès de patients hospitalisés et n'intervient pas sur les urgences. Il n'existe actuellement pas de personnel spécialisé en addictologie intervenant auprès des patients admis sur les urgences.

Au total, par sa localisation, les urgences de Saint Vincent de Paul accueillent à la fois beaucoup de jeunes patients, et de problématiques addictologiques. Cette forte affluence a permis à l'équipe des urgences et de psychiatrie de liaison d'acquérir une expérience clinique solide mais basée sur des pratiques parfois empiriques, en tous cas soignants-dépendant, en l'absence d'équipe d'addictologie de liaison structurée.

C. Évaluation des besoins : recueil et analyses de données sur trois mois

1. Matériel et méthode

Afin d'évaluer les besoins et le nombre de patients ciblés par notre problématique, nous avons réalisé un recueil de données sur deux mois, du 2 juin au 2 août 2022.

Nous avons remis à l'équipe de psychiatrie de liaison (UAMP) un tableau afin de recenser les passages aux urgences des jeunes âgés de 15 à 25 ans admis pour intoxication éthylique aiguë, associée ou non à d'autres motifs d'admission. Pour chaque patient étaient précisés la date de venue, le sexe, l'âge, le ou les motifs d'admission, ainsi que la sollicitation ou non d'une évaluation psychiatrique par l'UAMP (*annexe G*).

Les infirmiers effectuaient leur recueil une fois par jour au moment de la prise de poste du matin :

- Ce choix s'est fait en concertation avec l'équipe IDE
- Il s'agissait d'instaurer une routine qui n'entravait pas trop leur pratique de psy de liaison
- Le matin paraissait adapté pour comptabiliser les patients admis durant la soirée et la nuit. Une étude australienne retrouvait que 82% des consultations aux urgences pour IEA ou motif associé ont lieu entre 17h et 9h (Sureau et al. 2006)

Il était initialement prévu que le recueil soit réalisé sur une durée de 6 semaines. Cependant, l'équipe de l'UAMP s'est bien engagée et était sensible à ce que ces chiffres mettaient en évidence, elle a donc souhaité poursuivre le travail durant deux semaines supplémentaires et nous transmettre des données sur deux mois complets.

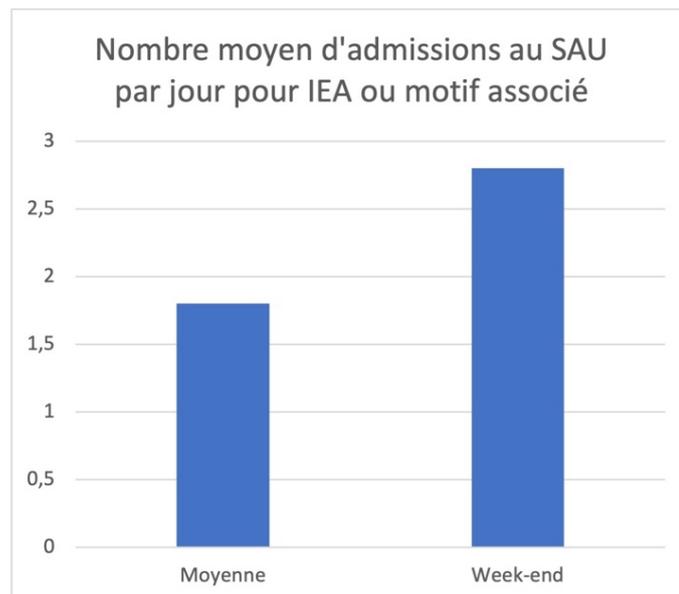
1. Résultats

Nombre d'admissions

Le recueil de données (*annexe G.*) a été réalisé sur 54 jours. Nous avons recensé 99 patients.

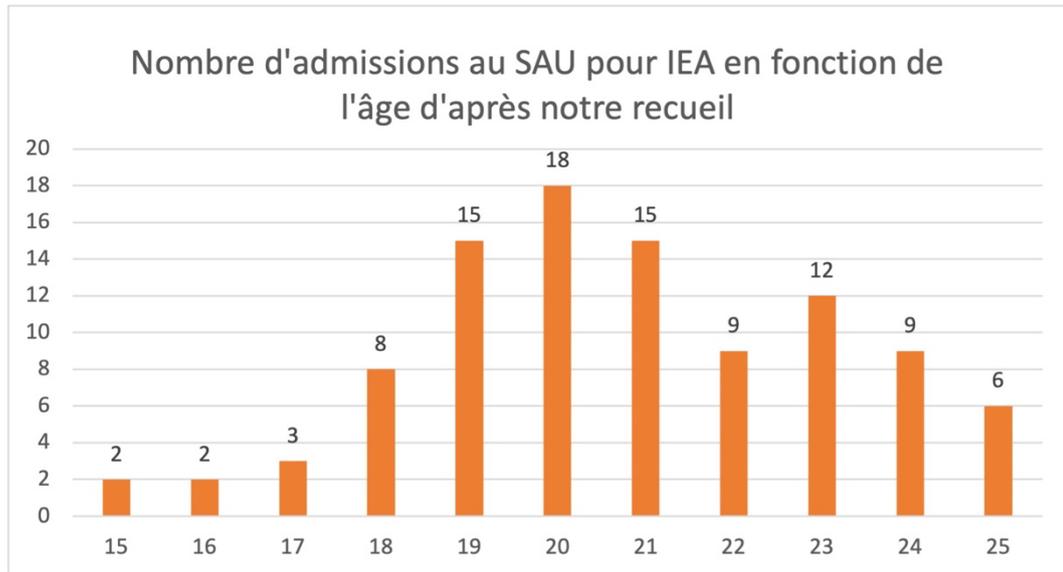
Ces venues représentaient entre 0 et 11 patients par jour, avec une moyenne de 1,8 patients par jour. Sur la période d'évaluation, il y a eu 7 jours sans admission de patient entrant dans nos critères, soit 13% du temps.

47 admissions ont eu lieu durant le weekend (sur les nuits du vendredi et samedi soir), avec une moyenne de 2,8 patients par nuit, soit un point de plus que la moyenne. Sur la journée du 21 juin 2022, jour de la fête de la musique, 11 patients se sont présentés aux urgences pour un motif d'intoxication alcoolique aiguë nécessitant une surveillance médicale.



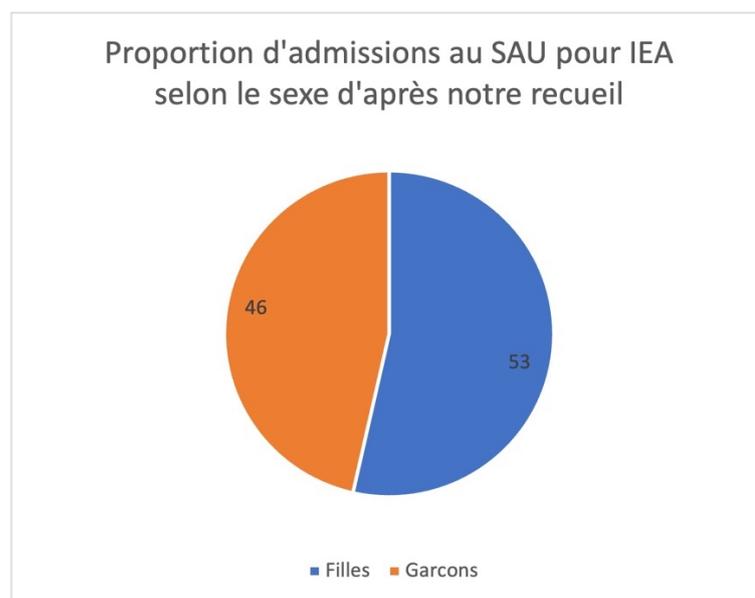
Âge

7 patients étaient âgés de moins de 18 ans, soit 7,1% des patients et 92 patients étaient majeurs, soit 92,9% des patients.



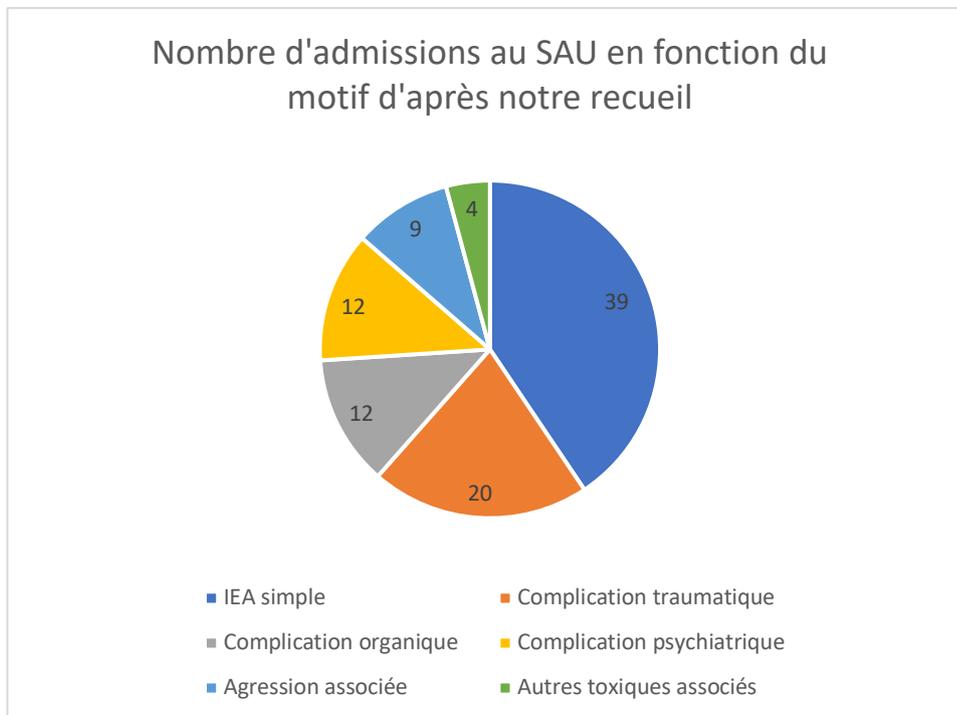
Sexe

Sur 99 patients, 46 patients étaient des garçons soit 46,5% des cas, contre 53 filles soit 53,5% des cas.



Motif d'admission

Les patients sont admis pour une intoxication alcoolique aiguë simple dans 39 cas, soit 39,4 % des cas. Elle était associée à une complication traumatique dans 20 cas, soit 20,2% des cas, à une complication organique dans 12 cas soit 12,1% des cas, à une agression dans 9 cas, soit 9,1% des cas, à une intoxication associée dans 4 cas, soit 4% des cas et à des symptômes psychiatriques dans 12 cas soit 12,1% des cas.



Les complications traumatiques retrouvées étaient liées à un traumatisme crânien (5 cas), un accident de la voie publique (2 cas), un traumatisme de la main (4 cas), une luxation de rotule (1 cas), une plaie ou dermabrasion (3 cas), une douleur d'une articulation (3 cas) et une chute (3 cas).

Les complications organiques étaient liées à un malaise (1 cas), des vomissements (5 cas), une dyspnée (2 cas), des douleurs abdominales (2 cas), un vertige (1 cas), des céphalées (2 cas) et une hypoglycémie (1 cas).

Les intoxications associées étaient liées à une consommation de cannabis (2 cas), de protoxyde d'azote (2 cas) et de taz (1 cas).

Les symptômes psychiatriques associés à une intoxication éthylique aiguë étaient :

- Des idées noires ou idées suicidaires (2 cas)
- Des scarifications (2 cas)
- Une tristesse de l'humeur (2 cas)
- Une intoxication médicamenteuse volontaire (3 cas)
- Une agitation (1 cas)
- Une agression (1 cas)
- Un trauma de la main (1 cas)

Sur l'ensemble des patients recensés, seuls 14 ont été évalués par l'équipe de l'UAMP, soit 14,1% de l'ensemble des patients inclus, et 100% des patients présentant un symptôme psychiatrique.

2. Discussion

Ce recueil, sur une période limitée, avait pour objectif d'apporter une première évaluation des besoins en termes de soins en addictologie chez la population des 15-25 ans à Saint Vincent de Paul. En particulier pour évaluer le nombre de patients qui,

ne présentant aucune symptomatologie psychiatrique justifiant une sollicitation de l'équipe de psychiatrie de liaison, ne bénéficient d'aucune évaluation clinique au-delà de la prise en charge par l'équipe du SAU. Notre recueil évalue la proportion de ces patients à 86%.

L'UAMP a évalué 14,1% des patients recensés au cours de l'étude, mais leur évaluation s'est basée sur la symptomatologie psychiatrique présentée par les patients, et leur évaluation ne fait pas état de la situation addictologique du patient. Notre recueil met en lumière en revanche l'exhaustivité des évaluations psychiatriques, rendue possible par l'existence d'une équipe mobile dédiée à cette activité de liaison.

Notre recueil confirme, si cela était nécessaire, l'existence d'une problématique addictologique chez les adolescents et les jeunes de moins de 25 ans. Le service d'accueil des urgences a été confronté à une ou des situations d'IEA chez des jeunes de manière quasi quotidienne (87% du temps de notre recueil : 47 jours sur 54 jours de recueil au total).

Ces situations étaient liées à une complication (directe : traumatisme, métabolique ; ou indirecte : symptômes psychiatriques) dans 53% des cas (53 cas sur 99 cas inclus au total), témoignant de l'impact de ces consommations à très court terme et constituant une mise en danger.

On note une fréquentation des urgences plus importante à partir de 18 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que les mineurs sortent majoritairement à l'occasion de soirées organisées chez des amis et peu dans les bars ou discothèques et se retrouvent donc moins exposés aux agressions, à l'ivresse sur la voie publique. Ils

vivent en général au domicile de leurs parents qui sont plus à même d'assurer une surveillance de leur enfant lorsqu'elle est nécessaire, contrairement aux majeurs qui sont plus souvent étudiants, donc plus indépendants en appartement, sortant en ville et se retrouvant plus fréquemment aux urgences

On retrouve une certaine parité au niveau des admissions aux urgences, en accord avec les données de la littérature quant à la répartition des IEA en fonction du sexe. On note toutefois une représentation légèrement majoritaire des filles.

Nous nous sommes concentrés dans cette étude sur les consommations d'alcool des adolescents. Une équipe d'addictologie de liaison déployée pour l'ensemble des situations d'addictologie des urgences, toutes substances et tous âges confondus, nécessiterait des moyens humains avec le recrutement d'une équipe dédiée à cette activité. Il serait intéressant de renouveler ce type de recueil de données en englobant des critères plus larges.

3. Limites du recueil

La méthodologie de ce recueil est bien entendu extrêmement imparfaite, source de nombreux biais et d'une évaluation qui reste grossière.

Nous n'avons pas repris pour chaque patient l'historique des admissions aux urgences. Il aurait été intéressant de disposer d'informations concernant les récurrences, une hospitalisation aux urgences pour intoxication éthylique n'étant pas anodine, la récurrence constitue un facteur de gravité.

Ces patients n'ayant pas été évalués sur le plan addictologique et nous n'avons pas pu investiguer les consommations associées, nous ne pouvons dans ce contexte pas conclure sur la fréquence des associations de consommation de toxiques.

Les données ont été recueillies une fois par jour au moment de la prise de poste du matin des infirmiers. Certains patients potentiellement sortis durant la nuit ou ceux admis et sortis en journée n'ont sans doute pas été pris en compte.

Enfin, les modalités pratiques de ce travail nous ont amenés à réaliser cette évaluation pendant 2 mois à partir du début du mois de juin. Si les données recueillies en juin reflètent probablement les effets de la vie étudiante, on note une fréquentation moins importante au cours de l'été, en accord avec la fréquentation globale des urgences moins soutenue à cette période (*annexes B, C et D*).

Malgré les nombreux biais, cette démarche a permis une mobilisation de l'équipe de psychiatrie de liaison, qui s'est engagée dans ce recueil avec intérêt, d'autant plus que cela permettait de mettre en lumière cette population ne bénéficiant à ce jour d'aucune orientation.

III. PROPOSITION D'UN DISPOSITIF

Notre revue de la littérature nous a permis de souligner que la consommation d'alcool chez les jeunes est problématique, à l'origine de complications somatiques, traumatiques, psychiatriques et sociales. Les adolescents adeptes du binge drinking sont rencontrés aux urgences à l'occasion d'une IEA, mais il n'existe pas de conduite à tenir claire.

Un protocole de service est nécessaire pour optimiser la **prise en charge du patient alcoolisé aux urgences** et prévenir les risques de complications (syndrome de sevrage, DT, encéphalopathie...).

Une **évaluation addictologique initiale** réalisée aux urgences permet de diminuer les réhospitalisations et la consommation globale au décours. Elle devrait être systématique pour les adolescents admis pour IEA ou traumatisme.

L'intervention ultrabrève a fait preuve de son efficacité permettant une diminution des consommations d'alcool sous les seuils recommandés par l'OMS dans 10 à 50% des cas, ainsi qu'une diminution des conséquences.

L'orientation du patient au décours vers un suivi de **type intervention brève étendue** permet d'augmenter le recours ultérieur à des soins addictologiques spécifiques.

En nous basant sur ces données, nous souhaitons proposer :

- Une conduite à tenir uniformisée sous forme d'un **protocole à destination des services d'accueil d'urgence**, initialement centré sur l'hôpital Saint Vincent de Paul mais pouvant s'imaginer se déployer à d'autres structures (du groupement hospitalier de l'institut catholique de Lille, ou structures tierces)

- Une proposition initiale de **dispositif de soins addictologiques ambulatoires** au décours pour accompagner les jeunes consommateurs et les orienter dans les soins addictologiques.

A. Protocole d'accueil sur les urgences

Si notre travail s'est concentré sur les jeunes admis pour une IEA, il a pu mettre en évidence des lacunes dans la prise en charge addictologique au-delà de cette population. Nous proposerons donc ici un protocole destiné aux patients de tout âge se présentant aux urgences pour un motif lié à l'alcool : intoxication éthylique aiguë, ou complication associée (coma éthylique, traumatisme, ...).

Dans un premier temps, il convient d'**accueillir et installer le patient** idéalement dans un box et sur un brancard.

Le **retrait des vêtements** et la mise en pyjama sont préconisés, permettant d'une part de limiter le risque de fugue, auquel les urgentistes sont fréquemment confrontés, mais aussi indispensable à la réalisation d'un examen clinique complet avec recherche de lésions cutanées ou traumatismes.

L'**examen clinique** doit être systématique et complet, incluant la recherche de complications directement consécutives à l'intoxication alcoolique :

- Traumatisme : lésions cutanées, articulaires, notion de traumatisme crânien...
- Symptômes de sevrage : tremblements, suées, nausées, vomissements, diarrhée, malaise, ...
- Signes d'encéphalopathie : confusion, ataxie, ophtalmoplégie

- Mais aussi éliminer les diagnostics différentiels et rechercher des signes de focalisation neurologique

Le **syndrome de sevrage** doit être prévenu en cas de suspicion de consommations chroniques, une surveillance de la décroissance alcoolique avec mesure du score de Cushman est indiquée chez les patients majeurs et à contrôler toutes les 4 à 6h. La décision d'hospitalisation ne peut reposer que sur ce score, mais sur l'ensemble de la clinique et de la biologie.

En prévention de complication du sevrage, il est indiqué :

- D'assurer une **hydratation suffisante**, par voie orale lorsqu'elle est possible, ou par pose d'une voie sous cutanée si non. Concrètement chaque patient admis pour IEA doit se voir remettre une bouteille d'eau et être encouragé à boire régulièrement
- De prescrire un **traitement de substitution** par benzodiazépines : Valium 10mg (goutte ou comprimé), dès l'apparition de symptômes, toutes les 4h, ou Oxazépam jusqu'à 100mg/jour si on a notion d'une insuffisance hépatocellulaire. On favorisera toujours la voie orale lorsque cela est possible, mais en cas de trouble de la conscience, la pose d'une perfusion est indiquée. La décroissance en benzodiazépines se fait ensuite d'un comprimé (ou 10mg de Diazépam) toutes les 48h jusqu'à arrêt complet.

Une vigilance s'impose devant l'apparition d'éventuels signes de délirium trémens et d'encéphalopathie de Gayet Wernicke, pour cette dernière une administration de vitamine B1 500mg par voie intraveineuse, 3 fois par jour, est indiquée.

En cas d'**agitation** du patient, on essaiera toujours dans un premier temps d'apaiser le patient à l'aide d'un environnement calme, un échange verbal posé et une proposition de traitement anxiolytique. En cas d'échec, on peut être amené à prescrire une contention. La contention physique se fait sur prescription médicale et implique une réévaluation une fois par heure minimum. Elle est indiquée lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou les personnes qui l'entourent. Elle sera toujours associée à une sédation, qui se fait classiquement par benzodiazépines (Rivotril 1mg ou Seresta 50mg) ou neuroleptique (Tercian 50mg ou Loxapac 50mg). L'administration de Tercian ne peut se faire qu'après réalisation d'un ECG avec calcul du QTc. La voie orale sera toujours privilégiée si elle est envisageable et que le patient est compliant. Sinon, une injection est réalisée.

La contention doit être levée dès que possible, idéalement dès l'obtention d'une sédation (Charpeaud et al., 2012).

Concernant les examens complémentaires à réaliser :

- A la suspicion de consommation d'alcool, le diagnostic d'intoxication éthylique est avant tout clinique. Même si l'évaluation de l'**alcoolémie** par **éthylomètre** n'est recommandée qu'en cas d'altération de la conscience dans la littérature, notre protocole propose cette mesure facile à réaliser et apportant des renseignements précieux pour la prise en charge. Elle pourra être confirmée par bilan sanguin si la clinique l'impose et qu'elle n'a pas pu être réalisée par éthylomètre. Une mesure de l'alcoolémie permet entre autres d'appréhender la durée de décroissance de l'alcoolémie à venir, mais également le temps nécessaire avant de pouvoir réaliser un entretien cohérent qu'il soit psychiatrique, addictologique ou tout simplement

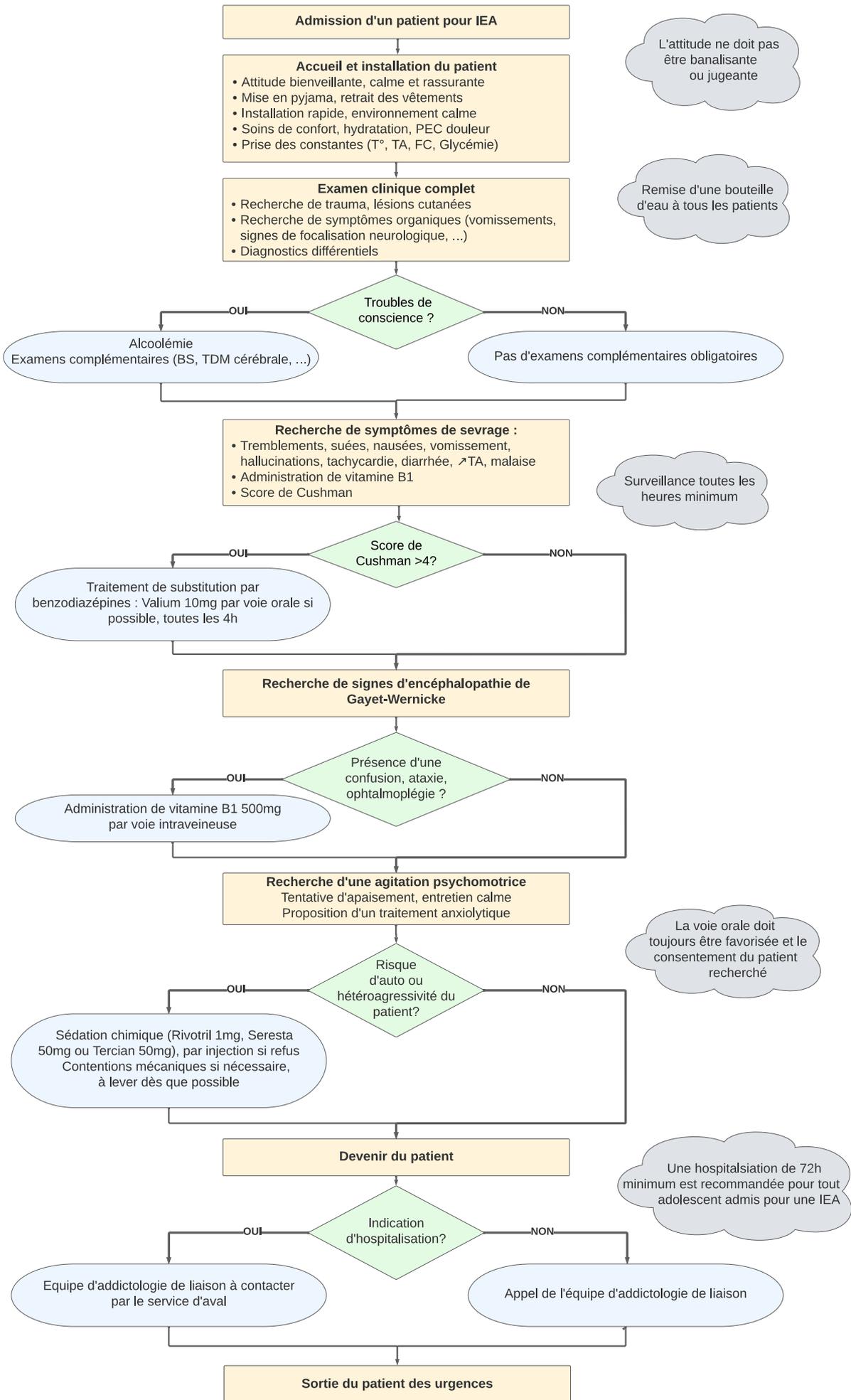
médical. Elle permet dans le cadre de l'entretien addictologique d'appuyer le discours du professionnel en luttant contre le déni.

- Un **bilan sanguin** n'est pas indiqué de façon systématique et n'est pas nécessaire lorsque l'IEA est évidente et non compliquée de troubles de la conscience. Il peut être indiqué pour écarter un diagnostic différentiel et rechercher d'éventuelles complications consécutives à la consommation d'alcool. La mesure de marqueurs d'une alcoolisation chronique (augmentation du VGM, GGT, ...) n'est pas indispensable aux urgences.

A l'issue de cette évaluation initiale, une surveillance clinique jusqu'à décroissance complète de l'alcoolémie ou disparition des signes cliniques d'intoxication est indiquée avant d'organiser la sortie du patient. Une hospitalisation de 24h minimum en UHCD Est indiquée pour tous les patients. En ce qui concerne les adolescents, les données scientifiques recueillies préconisent une surveillance durant 72h en UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée), mais cela semble difficile à mettre en place en l'état actuel de saturation du service d'urgence et du peu de lits disponibles.

Avant d'organiser la sortie du patient des urgences, une évaluation addictologique initiale systématique est indiquée directement aux urgences. En cas d'hospitalisation au décours, elle pourra être réalisée dans le service d'accueil par l'équipe d'addictologie de liaison.

PROTOCOLE D'ACCUEIL D'UN PATIENT ADMIS AU SAU POUR IEA



B. Évaluation addictologique initiale centrée sur les jeunes consommateurs

L'admission aux urgences pour une intoxication alcoolique aigue n'est pas à banaliser. Cette situation permet cliniquement de qualifier « d'usage nocif » la consommation du patient. Une évaluation addictologique est par conséquent indiquée pour chaque patient sans exception.

Cependant, notre travail, que nous concevons comme une première étape dans la mobilisation institutionnelle autour des enjeux addictologiques, porte sur les jeunes consommateurs (15 à 25 ans) se présentant aux urgences.

Ainsi, ce protocole est spécifique à cette population, mais pourra, à l'occasion d'un étayage de l'équipe être proposé à d'autres patients, voire dans d'autres services comme aux urgences de gynécologie obstétrique.

L'évaluation addictologique initiale peut être réalisée par tout professionnel soignant formé en addictologie, idéalement un infirmier des urgences ou d'une équipe mobile d'addictologie. Elle s'inscrit sous la forme d'un entretien motivationnel bref d'une dizaine de minutes maximum sous forme de « conseil bref structuré » (Rolland, Simioni, et Cottencin 2018).

1. Repérage précoce

a) Caractériser les consommations

Sur le plan quantitatif, qualitatif, évolutif :

- Évaluation de la quantité d'alcool consommée par occasion, par semaine, le nombre de jours de consommation par semaine et préciser le type d'alcool consommé
- Préciser le contexte : seul ou avec des amis, contexte festif, visée de défonce ou but anxiolytique par exemple
- Recherche d'une évolution du mode de consommation : depuis quand? augmentation des quantités?

b) Rechercher les antécédents du patient

- Antécédents addictologiques : recherche de consommation associée d'autres toxiques ou autres comportements addict (jeu, sexe, boulimie...)
- Antécédents psychiatriques : fréquence élevée d'association, avec continuum de l'un à l'autre (ex : consommation d'alcool qui entraîne un syndrome dépressif). Une attention particulière doit être portée sur les facteurs de risque de consommation pathologique d'alcool (tentative de suicide, maltraitance, abus sexuel...)
- Recherche de comorbidités : notamment antécédent de passage aux urgences pour un motif lié à l'alcool, maladie associée (ex : fragilité hépatique, rénale ...)
- Antécédents et comorbidités au niveau familial : permet également de préciser si environnement consommateur, étayant ou non et préciser la fragilité au niveau somatique (ex : cancer au niveau familial)

c) Rechercher les conséquences des consommations

- Complications somatiques ou psychiatriques (syndrome dépressif sur consommations chroniques...)
- Retentissement social : sur le plan scolaire, professionnel, familial et amical (isolement social fréquent)
- Recherche de facteurs aggravants : conduites à risque et mises en danger (conduite en état d'ébriété, rapports sexuels à risque ...)

d) Évaluer le mésusage à partir de questionnaires validés

Il est possible de les soumettre sous forme d'auto-questionnaire ou, dans le cas du DETA qui est relativement court, d'intégrer les questions au fil de l'entretien.

- DETA : il s'agit du questionnaire de première intention, il peut être proposé par tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge du jeune, dans le cadre de l'intervention ultra brève (*annexe E*)
- AUDIT : il est à faire dans un second temps, par un professionnel spécialisé en addictologie (*annexe F*)

e) Orientation du patient dans les soins

La prise en charge doit être adaptée au stade motivationnel du patient. Son implication dans les soins et sa compliance sont à rechercher. Il convient de s'interroger sur les valeurs et les objectifs du patient afin de personnaliser la prise en charge et répondre au mieux à ses attentes.

Dans le cas d'un refus de soins, il est recommandé de transmettre au patient les coordonnées des établissements de soin de son secteur auquel il pourrait avoir

recours à l'avenir. Il convient alors de délivrer les informations nécessaires au patient pour le laisser évoluer sur le plan de la motivation et se mobiliser par lui-même afin d'intégrer ultérieurement le parcours de soin.

Lorsque le patient est compliant et en demande de soin, le fait de fixer une date de rendez-vous avant la sortie va favoriser l'observance ultérieure. Il est recommandé de fixer le rendez-vous au maximum **une semaine après le passage aux urgences**.

Il est possible de laisser le patient être acteur de sa prise en soin et prendre le rendez-vous par lui-même auprès de la structure de son choix s'il le souhaite.

L'implication des parents ou responsables éducatifs doit être recherchée autant que possible. Elle est indispensable pour les patients mineurs.

2. Intervention ultrabrève

Elle comprend :

- Un feedback donné au patient sur sa consommation d'alcool : catégorisation de sa consommation selon le DSM (usage nocif, à risque, dépendance...)
- Une explication sur la notion « un verre d'alcool » : adaptée aux habitudes de consommation du patient, en fonction de ce qui lui correspond
- Une information sur les limites d'une consommation raisonnée : reprenant les normes à ne pas dépasser de l'OMS
- L'encouragement du patient à rester en dessous de ces limites
- La remise au patient d'un livret d'aide : contenant des informations sur l'impact de la consommation d'alcool sur la santé et des conseils sur la gestion des

consommations, ainsi que les coordonnées des établissements de soin
addictologique du secteur.

Questionnaire DETA :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
Oui Non
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
Oui Non
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
Oui Non
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
Oui Non

Questionnaire DETA : score /4 (positif si >2)

Intervention ultra brève :

Orientation :

- **Structure :**
- **Date de rendez-vous :**

Coordonnées remises :

Livret d'aide :

AU TOTAL :

Avant d'organiser la sortie du patient des urgences sont indiquées :

- La réalisation d'une évaluation addictologique initiale : directement aux urgences, en quelques minutes
- La prise d'un rendez-vous ambulatoire en addictologie lorsque le patient est compliant et en demande de soins
- La remise de coordonnées de structures spécialisées en addictologie
- La remise d'un livret d'aide
- La remise d'une lettre de liaison reprenant le déroulé de la prise en charge et le contexte, également adressée au médecin traitant du patient

C. Accompagnement addictologique ambulatoire et mise en place de soins ambulatoires

1. Consultation externe au décours de l'admission au SAU

Une consultation externe au décours du passage aux urgences est indiquée pour les **patients présentant un usage nocif ou un trouble d'usage léger à modéré**. Celle-ci doit s'organiser dans un délai **d'une semaine après la sortie**.

Elle est planifiée par une IDE spécialisée en addictologie qui évalue initialement le patient sur les urgences dans le cadre de l'évaluation addictologique initiale et le reconvoque au décours. Cela permet d'assurer une continuité de la prise en charge et donner des repères au patient, favoriser l'implication dans les soins.

La consultation externe doit, autant que possible, être programmée avec le même intervenant rencontré aux urgences par le patient si l'évaluation initiale a pu avoir lieu. Sa durée sera plus longue que l'intervention ultrabrève réalisée aux urgences.

Dans les **situations de simple usage à risque**, le conseil bref structuré dispensé sur les urgences en session unique est suffisant sans envisager de consultation externe.

Pour les **troubles d'usage sévères**, les interventions brèves paraissent inefficaces pour réduire les consommations dans ce contexte (Bernstein et al. 2007) et il est recommandé d'orienter les patients directement vers une structure spécialisée en addictologie (Haber et Riordan 2021; SAMHSA 2013; National Collaborating Centre for Mental Health Staff 2011).

L'entretien est individuel et personnalisé au contexte et aux attentes du patient. L'intégration d'un tiers proche du patient dans un cadre thérapeutique, même temporaire, peut indiscutablement avoir une fonction d'étayage.

Chez les patients mineurs, l'implication des parents ou responsables éducatifs est préconisée.

La consultation se base sur les recommandations du RPIB et vise à approfondir l'entretien réalisé aux urgences lorsqu'il a pu avoir lieu, elle s'appuie sur les outils de :

- L'entretien motivationnel : recherche d'une motivation personnelle pour le changement, évaluer les attentes du patient, mettre au point des objectifs précis
- La psychoéducation : informations sur les effets de l'alcool sur la santé, expliquer le verre standard, les équivalences...

Cette intervention brève étendue peut aboutir à plusieurs rendez-vous à moyen terme si le patient en est en demande. Cependant, l'objectif à terme est d'orienter le patient vers un suivi addictologique au long cours.

2. Recontact téléphonique

La prise de contact téléphonique au décours de l'intervention sur les urgences permet le maintien d'un lien avec le patient, elle doit lui être proposée à l'issue de la consultation et la date, dans un délai d'un mois, doit être fixée en amont.

Le mise en place de recontact via des sms ou des lettres type carte postale serait à réévaluer ultérieurement.

Il est alors important de personnaliser le message, en rappelant des éléments des échanges et en s'appuyant sur le contexte et les informations recueillies lors de l'entretien.

Les interventions virtuelles (applications sur Internet...) semblant quant à elles moins efficaces et ayant une influence plus limitée que les entretiens individualisés (Maurage et Campanella 2021), nous ne les avons pas retenues dans l'élaboration de ce dispositif.

IV. DISCUSSION, PERSPECTIVES ET CONCLUSION

Nous avons à travers ce travail abordé la **problématique des intoxications éthyliques aiguës chez les jeunes consommateurs**. Nous souhaitons dresser un état des lieux de l'accès aux soins addictologiques, de manière générale et en particulier chez **les jeunes se présentant aux urgences pour une intoxication alcoolique aiguë** ou motif lié, et ainsi mettre en lumière les recommandations existants concernant l'accompagnement de ces patients.

La littérature souligne l'ampleur de la problématique et les enjeux de santé publique. De nombreuses données confirment que l'intoxication alcoolique aiguë peut entraîner des complications physiques et cognitives durables, et qu'elle constitue le mode de consommation le plus fréquemment observé chez les jeunes.

Ces données confirment nos impressions au sein du service d'accueil des urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul.

Nous avons fait le **constat de l'absence de dispositif de référence** tant au niveau de l'accueil aux urgences que pour l'évaluation initiale, l'orientation dans les soins et l'accompagnement addictologique au décours, et avons donc souhaité proposer une première ébauche de protocole se basant sur les données scientifiques recueillies.

Les axes d'ouverture qui nous apparaissent importants sont :

- 1) **Constitution une équipe de liaison en addictologie**, pour répondre aux besoins actuels chez les jeunes consommateurs, les pratiques actuelles n'étant pas adaptées aux adolescents.

2) **Uniformisation de la prise en charge aux urgences** des jeunes alcoolisés sur le plan de l'accueil, de leur évaluation mais aussi l'orientation, en formalisant les protocoles. Cela permettrait aux patients concernés d'être évalués de façon plus systématique et exhaustive.

3) **Formation des équipes** des urgences, de psychiatrie et éventuellement d'autres service en addictologie car ils ne sont pas sensibilisés à cette problématique. Animés par les équipes d'addictologie de liaison, ces formations sont indispensables au développement d'une culture de soin évitant la stigmatisation (Rolland, Simioni, et Cottencin 2018)

4) **Validation de ce dispositif** pour pouvoir l'étendre plus largement, et à terme envisager une coordination entre les structures, pouvant établir un travail en réseau notamment entre Saint Vincent et les structures du CHRU de Lille (service d'addictologie de Fontan 2, CSAPA, consultations jeunes consommateurs...)

Dans le contexte d'un appel d'offre de l'ARS concernant les projets en addictologie, l'équipe de psychiatrie de l'hôpital Saint Vincent de Paul envisage de monter un dispositif global intitulé REAA-J (repérage, évaluation et accompagnement addictologique des jeunes) et constituer une équipe mobile d'addictologie dédiée à cette activité. Notre travail constitue ainsi la base d'élaboration de ce dispositif. Elle nécessitera d'être évaluée quant à sa pertinence et les possibilités pratiques de mise en place.

Bien entendu les jeunes ne sont de loin pas les seuls IEA rencontrés aux urgences, et ce travail est l'occasion d'améliorer la prise en charge globale de tous ces patients. Une étude avec enquête de pratiques auprès des urgentistes pourrait

également s'avérer pertinente afin d'évaluer les perspectives d'évolution de leurs pratiques.

Si ce travail cible la problématique des jeunes consommateurs et de l'intoxication éthylique aiguë, notre projet a pour objectif de faire évoluer profondément l'approche institutionnelle autour des pratiques addictologiques et uniformiser la prise en charge de ces patients, au sein de l'hôpital Saint Vincent mais aussi à terme à une échelle plus globale.

V. BIBLIOGRAPHIE

- ANAES. 2001. « Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins ». In *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272274/fr/orientations-diagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-d-une-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins.
- Arnaud, Nicolas, Christiane Baldus, Tobias H. Elgán, Nina De Paepe, Hanne Tønnesen, Ladislav Csémy, et Rainer Thomasius. 2016. « Effectiveness of a web-based screening and fully automated brief motivational intervention for adolescent substance use: a randomized controlled trial ». *Journal of medical Internet research* 18 (5): e103.
- Arnaud, Nicolas, Christiane Baldus, Tobias H. Elgán, Nina De Paepe, Hanne Tønnesen, Ladislav Csémy, et Rainer Thomasius. 2016. « Effectiveness of a Web-Based Screening and Fully Automated Brief Motivational Intervention for Adolescent Substance Use: A Randomized Controlled Trial ». *Journal of Medical Internet Research* 18 (5): e4643. <https://doi.org/10.2196/jmir.4643>.
- Barrett, Barbara, Sarah Byford, Mike J. Crawford, Robert Patton, Colin Drummond, John A. Henry, et Robin Touquet. 2006. « Cost-Effectiveness of Screening and Referral to an Alcohol Health Worker in Alcohol Misusing Patients Attending an Accident and Emergency Department: A Decision-Making Approach ». *Drug and Alcohol Dependence* 81 (1): 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.05.015>.
- Bava, Sunita, et Susan F. Tapert. 2010. « Adolescent Brain Development and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems ». *Neuropsychology Review* 20 (4): 398-413. <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9146-6>.
- Beck, François, et Jean-Baptiste Richard. 2014. « La consommation d'alcool en France ». EM-Consulte. 2014. <https://www.em-consulte.com/article/928066/la-consommation-d-alcool-en-france>.
- Bernstein, Edward, Judith Bernstein, James Feldman, William Fernandez, Melissa Hagan, Patricia Mitchell, Clara Safi, et al. 2007. « The Impact of Screening, Brief Intervention, and Referral for Treatment on Emergency Department Patients' Alcohol Use ». *Journal of the American College of Emergency Physicians* 50 (6): 699-710.e6. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.06.486>.
- Bertholet, Nicolas, Debbie M. Cheng, Tibor P. Palfai, et Richard Saitz. 2010. « Factors Associated with Favorable Drinking Outcome 12 Months After Hospitalization in a Prospective Cohort Study of Inpatients with Unhealthy Alcohol Use ». *Journal of General Internal Medicine* 25 (10): 1024-29. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1382-1>.
- Bhochhibhoya, Amir, Logan Hayes, Paul Branscum, et Laurette Taylor. 2015. « The use of the internet for prevention of binge drinking among the college population: a systematic review of evidence ». *Alcohol and alcoholism* 50 (5): 526-35.
- Black, Nicola, Barbara Mullan, et Louise Sharpe. 2016. « Computer-delivered interventions for reducing alcohol consumption: meta-analysis and meta-regression using behaviour change techniques and theory ». *Health psychology review* 10 (3): 341-57.
- Blow, Frederic C., Maureen A. Walton, Kristen L. Barry, Regan L. Murray, Rebecca M. Cunningham, Lynn S. Massey, Stephen T. Chermack, et Brenda M. Booth. 2011. « Alcohol and Drug Use among Patients Presenting to an Inner-city Emergency Department: A Latent Class Analysis ». *Addictive behaviors* 36 (8): 793-800. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.028>.
- Bonomo, Yvonne A., Glenn Bowes, Carolyn Coffey, John B. Carlin, et George C. Patton. 2004. « Teenage Drinking and the Onset of Alcohol Dependence: A Cohort Study over Seven Years ». *Addiction (Abingdon, England)* 99 (12): 1520-28. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00846.x>.
- Carbia, Carina, Eduardo López-Caneda, Montserrat Corral, et Fernando Cadaveira. 2018. « A Systematic Review of Neuropsychological Studies Involving Young Binge Drinkers ».

- Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 90 (juillet): 332-49. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.013>.
- Carey, Kate B., et John T.P. Hustad. 2005. « Methods for Determining Blood Alcohol Concentration: Current and Retrospective ». In *Comprehensive Handbook of Alcohol Related Pathology*, 3-3:1429-44. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-012564370-2/50108-2>.
- Charpeaud, T, P Eymere, E Goutain, M Garnier, C Tixeront, J Geneste, J Schmidt, et G Brousse. 2012. « La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre », 12.
- Cherpitel, C. J., K. Soghikian, et L. B. Hurley. 1996. « Alcohol-Related Health Services Use and Identification of Patients in the Emergency Department ». *Annals of Emergency Medicine* 28 (4): 418-23. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(96\)70008-2](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(96)70008-2).
- Choquet, Marie, Laure Com-Ruelle, Pascale Lengagne, Nelly LE Guen, Nicole Leymarie, et Xavier Neveu. 2007. « Les 13-24 ans et l'alcool », 298.
- Com-Ruelle, L, et N. Le Guen. 2013. « Les jeunes et l'alcool : évolution des comportements, facteurs de risque et éléments protecteurs ». *Les jeunes et l'alcool : évolution des comportements, facteurs de risque et éléments protecteurs*, n° 192.
- Crawford, Mike J., Robert Patton, Robin Touquet, Colin Drummond, Sarah Byford, Barbara Barrett, Ben Reece, Adrian Brown, et John A. Henry. 2004. « Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial ». *The Lancet* 364 (9442): 1334-39.
- Cronce, Jessica M., Traci L. Toomey, Kathleen Lenk, Toben F. Nelson, Jason R. Kilmer, et Mary E. Larimer. 2018. « NIAAA's College Alcohol Intervention Matrix ». *Alcohol Research: Current Reviews* 39 (1): 43-47.
- Csillik, Antonia S., et Jean-Michel Petot. 2012. « L'évaluation des stades de changement dans les addictions ». *L'Évolution Psychiatrique* 77 (3): 331-41. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.002>.
- Davidson, P., J. Koziol-McLain, L. Harrison, D. Timken, et S. R. Lowenstein. 1997. « Intoxicated ED Patients: A 5-Year Follow-up of Morbidity and Mortality ». *Annals of Emergency Medicine* 30 (5): 593-97. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(97\)70074-x](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(97)70074-x).
- Dawson, Deborah A., Risë B. Goldstein, Wenjun J. Ruan, et Bridget F. Grant. 2012. « Correlates of recovery from alcohol dependence: A prospective study over a 3-year follow-up interval ». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 36 (7): 1268-77. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01729.x>.
- Diestelkamp, Silke, Nicolas Arnaud, Peter-Michael Sack, Lutz Wartberg, Anne Daubmann, et Rainer Thomasius. 2014. « Brief motivational intervention for adolescents treated in emergency departments for acute alcohol intoxication – a randomized-controlled trial ». *BMC Emergency Medicine* 14 (1): 13. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-14-13>.
- D'Onofrio, Gail, et Linda C. Degutis. 2010. « Integrating Project ASSERT: A Screening, Intervention, and Referral to Treatment Program for Unhealthy Alcohol and Drug Use into an Urban Emergency Department ». *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 17 (8): 903-11. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00824.x>.
- D'Onofrio, Gail, Michael V. Pantalon, Linda C. Degutis, David A. Fiellin, et Patrick G. O'Connor. 2005. « Development and Implementation of an Emergency Practitioner-Performed Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinkers in the Emergency Department ». *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 12 (3): 249-56. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.10.021>.
- Elvy, G. A., J. E. Wells, et K. A. Baird. 1988. « Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital ». *British Journal of Addiction* 83 (1): 83-89. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb00455.x>.
- Enoch, Mary-Anne. 2006. « Genetic and Environmental Influences on the Development of Alcoholism: Resilience vs. Risk ». *Annals of the New York Academy of Sciences* 1094 (décembre): 193-201. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.019>.

- ESPAD Group. 2020. « ESPAD Report 2019 | www.espad.org ». 2020. <http://www.espad.org/espad-report-2019>.
- Fossi, Larissa Djembi, Christophe Debien, Anne-Laure Demarty, Guillaume Vaiva, et Antoine Messiah. 2021. « Suicide reattempt in a population-wide brief contact intervention to prevent suicide attempts-the vigilans program, France ». *European psychiatry*, 1-34.
- Grant, B. F., et D. A. Dawson. 1997. « Age at Onset of Alcohol Use and Its Association with DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey ». *Journal of Substance Abuse* 9: 103-10. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(97\)90009-2](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(97)90009-2).
- Guelfi, Julien-Daniel, et Marc-Antoine Crocq. 2003. *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e éd. Paris: Masson.
- Haber, Paul, et Benjamin Riordan. 2021. « Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. » Report. Sydney: Specialty of Addiction Medicine, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney. <https://alcoholtreatmentguidelines.com.au/about>.
- HAS. 2021a. « Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte has - Recherche Google ». 2021.
- . 2021b. « Utilité clinique du dosage de la vitamine B1 », 130.
- Havard, A., A. Shakeshaft, et R. Sanson-Fisher. 2008. *Systematic Review and Meta-Analyses of Strategies Targeting Alcohol Problems in Emergency Departments: Interventions Reduce Alcohol-Related Injuries. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-Assessed Reviews [Internet]*. Centre for Reviews and Dissemination (UK). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK74951/>.
- Inserm. 2014. « Conduites addictives chez les adolescents · Inserm, La science pour la santé ». In *Inserm*. <https://www.inserm.fr/expertise-collective/conduites-addictives-chez-adolescents/>.
- Knight, John R., Henry Wechsler, Meichun Kuo, Mark Seibring, Elissa R. Weitzman, et Marc A. Schuckit. 2002. « Alcohol Abuse and Dependence among U.S. College Students ». *Journal of Studies on Alcohol* 63 (3): 263-70. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.263>.
- Kuntsche, Emmanuel, et Gerhard Gmel. 2013. « Alcohol Consumption in Late Adolescence and Early Adulthood--Where Is the Problem? » *Swiss Medical Weekly* 143: w13826. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13826>.
- Lannoy, Séverine, Joël Billieux, Valérie Dormal, et Pierre Maurage. 2019. « Behavioral and cerebral impairments associated with binge drinking in youth: A critical review ». *Psychologica Belgica* 59 (1). <https://doi.org/10.5334/pb.476>.
- « Le dispositif de recontact Vigilans - Ministère de la Santé et de la Prévention ». s. d. Consulté le 5 septembre 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>.
- Lees, Briana, Louise Mewton, Lexine A. Stapinski, Lindsay M. Squeglia, Caroline D. Rae, et Maree Teesson. 2019. « Neurobiological and Cognitive Profile of Young Binge Drinkers: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Neuropsychology Review* 29 (3): 357-85. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09411-w>.
- Liu, Shen-Ing, Shu-I Wu, Su-Chiu Chen, Hui-Chun Huang, Fang-Ju Sun, Chun-Kai Fang, Chien-Chi Hsu, Chiu-Ron Huang, Hsiao-Mei Yeh, et Shou-Chuan Shih. 2011. « Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention for Unhealthy Alcohol Use in Hospitalized Taiwanese Men ». *Addiction* 106 (5): 928-40. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03330.x>.
- Llerena, Susana, María Teresa Arias-Loste, Angela Puente, Joaquín Cabezas, Javier Crespo, et Emilio Fábrega. 2015. « Binge Drinking: Burden of Liver Disease and Beyond ». *World Journal of Hepatology* 7 (27): 2703-15. <https://doi.org/10.4254/wjh.v7.i27.2703>.
- Maurage, Pierre, et Salvatore Campanella. 2021. *Le binge drinking chez les jeunes: une approche psychologique et neurocognitive*. 25. Bruxelles (Belgique): Editions Mardaga.
- Maurage, Pierre, Séverine Lannoy, Jessica Mange, Delphine Grynberg, Hélène Beaunieux, Ingrid Banovic, Fabien Gierski, et Mickaël Naassila. 2020. « What We Talk About When We Talk About Binge Drinking: Towards an Integrated Conceptualization and Evaluation ». *Alcohol and Alcoholism* 55 (5): 468-79. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa041>.

- Michaud, Philippe, Anne-Violaine Dewost, et Patrick Fouilland. 2006. « “Boire moins c’est mieux” : Comment intégrer le repérage précoce et l’intervention brève auprès des consommateurs à risqué dans la pratique des médecins? » *La Presse Médicale*, Dossier thématique : Déficiences immunitaires primitives de l’adulte, 35 (5, Part 2): 831-39. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(06\)74701-7](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(06)74701-7).
- Molina, Patricia E., et Steve Nelson. 2018. « Binge Drinking’s Effects on the Body ». *Alcohol Research: Current Reviews* 39 (1): 99-109.
- Muszlak, Mathias, et Georges Picherot. 2005. « Intoxication alcoolique aiguë de l’adolescent aux urgences: Une enquête prospective multicentrique française. » *Alcoologie et addictologie*.
- National Collaborating Centre for Mental Health Staff. 2011. *Alcohol Use Disorders: The NICE Guideline on the Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*.
- Newbury-Birch, Dorothy, Janet Walker, Leah Avery, Fiona Beyer, Nicola Brown, Katherine Jackson, Catherine A Lock, Ruth McGovern, et Eileen Kaner. 2009. *Impact of alcohol consumption on young people - A systematic review of published reviews*. Department of Children, Schools and Families. <https://www.drugsandalcohol.ie/12292/>.
- Ninane, Laura. 2017. « Exploration comportementale et électrophysiologique de l’interaction entre les processus émotionnels et cognitifs dans le binge drinking ».
- « OFDT. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Séries statistiques thématique alcool. - Recherche Google ». s. d. Consulté le 28 août 2022.
- Palle, Christophe. 2020. « Les évolutions récentes de la consommation d’alcool en France et de ses conséquences », 20.
- Paton, Alex. 2005. « Alcohol in the Body ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 330 (7482): 85-87. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7482.85>.
- Patrick, Megan E., Yvonne M. Terry-McElrath, John E. Schulenberg, et Bethany C. Bray. 2017. « Patterns of High-Intensity Drinking among Young Adults in the United States: A Repeated Measures Latent Class Analysis ». *Addictive Behaviors* 74 (novembre): 134-39. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.06.004>.
- Piano, Mariann R., Adriana Mazzuco, Minkyung Kang, et Shane A. Phillips. 2017. « Cardiovascular Consequences of Binge Drinking: An Integrative Review with Implications for Advocacy, Policy, and Research ». *Alcoholism, clinical and experimental research* 41 (3): 487-96. <https://doi.org/10.1111/acer.13329>.
- Reinert, Duane F., et John P. Allen. 2002. « The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research ». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 26 (2): 272-79.
- Robert, Docteur Philippe. 2016. « Utilisation de la grille de CUSHMAN dans le sevrage simple d’alcool », 12.
- Rolland, Benjamin, Nicolas Simioni, et Olivier Cottencin. 2018. *Chapitre 9. Addictologie de liaison*. Lavoisier. <https://www.cairn.info/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-page-80.htm>.
- SAMHSA. 2013. « TAP 33: Systems-Level Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment », 2013. <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/tap-33-systems-level-implementation-screening-brief-intervention-referral-treatment>.
- Sanhueza, Claudia, Luis M. García-Moreno, et Javier Expósito. 2011. « Weekend Alcoholism in Youth and Neurocognitive Aging ». *Psicothema* 23 (2): 209-14.
- SFA. 2003. « Recommandations pour la pratique clinique. Les mésusages d’alcool en dehors de la dépendance. Résumés des communications ». *Alcoologie et Addictologie*, n° Tome 25, n°2 (juin): 158-74.
- SFMU. 2013. « Recommandations de la SFMU / Société Française de Médecine d’Urgence - SFMU ». 2013. https://www.sfmou.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfmou/le-triage-en-structure-des-urgences-/con_id/393.
- Société Française d’Alcoologie. 2015. « Mésusage de l’alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. » *Alcoologie et Addictologie* 37 (1): 5-84.

Soderstrom, Carl A., Gordon S. Smith, Joseph A. Kufera, Patricia C. Dischinger, J. Richard Hebel, David R. McDuff, David A. Gorelick, Shiu M. Ho, Timothy J. Kerns, et Kathleen M. Read. 1997. « The accuracy of the CAGE, the Brief Michigan Alcoholism Screening Test, and the Alcohol Use Disorders Identification Test in screening trauma center patients for alcoholism ». *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 43 (6): 962-69.

Spilka, Stanislas. 2013. « La consommation d'alcool parmi les collégiens en 2010 et les lycéens en 2011, en France. Numéro thématique. L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France ». 2013. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/la-consommation-d-alcool-parmi-les-collegiens-en-2010-et-les-lyceens-en-2011-en-france.-numero-thematique.-l-alcool-toujours-un-facteur-de-risque>.

Stephens, David, et Theodora Duka. 2008. « Stephens DN, Duka T. Review. Cognitive and emotional consequences of binge drinking: role of amygdala and prefrontal cortex. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 363: 3169-3179 ». *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences* 363 (octobre): 3169-79. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0097>.

Sureau, Charpentier, Philippe, et Trinh-Duc. 2006. « ACTUALISATION 2006 DE LA SECONDE CONFÉRENCE DE CONSENSUS 1992 "L'IVRESSE ÉTHYLIQUE AIGUË DANS LES SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES" ». [sfmu. https://www.sfm.u.org/upload/consensus/Actualisation_consensus_ivresse__thylique_aigu__2006.pdf](https://www.sfm.u.org/upload/consensus/Actualisation_consensus_ivresse__thylique_aigu__2006.pdf).

« Utilité clinique du dosage de la vitamine B1 ». s. d. Haute Autorité de Santé. Consulté le 28 août 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3186171/fr/utilite-clinique-du-dosage-de-la-vitamine-b1.

Walter, M., D. Jousset, C. Traisnel, S. Berrouiguet, et C. Lemey. 2019. « Les racines philosophiques du « rester en lien » : la clinique du souci ». *L'Encéphale* 45 (janvier): S3-6. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.10.006>.

Wechsler, H., A. Davenport, G. Dowdall, B. Moeykens, et S. Castillo. 1994. « Health and Behavioral Consequences of Binge Drinking in College. A National Survey of Students at 140 Campuses ». *JAMA* 272 (21): 1672-77.

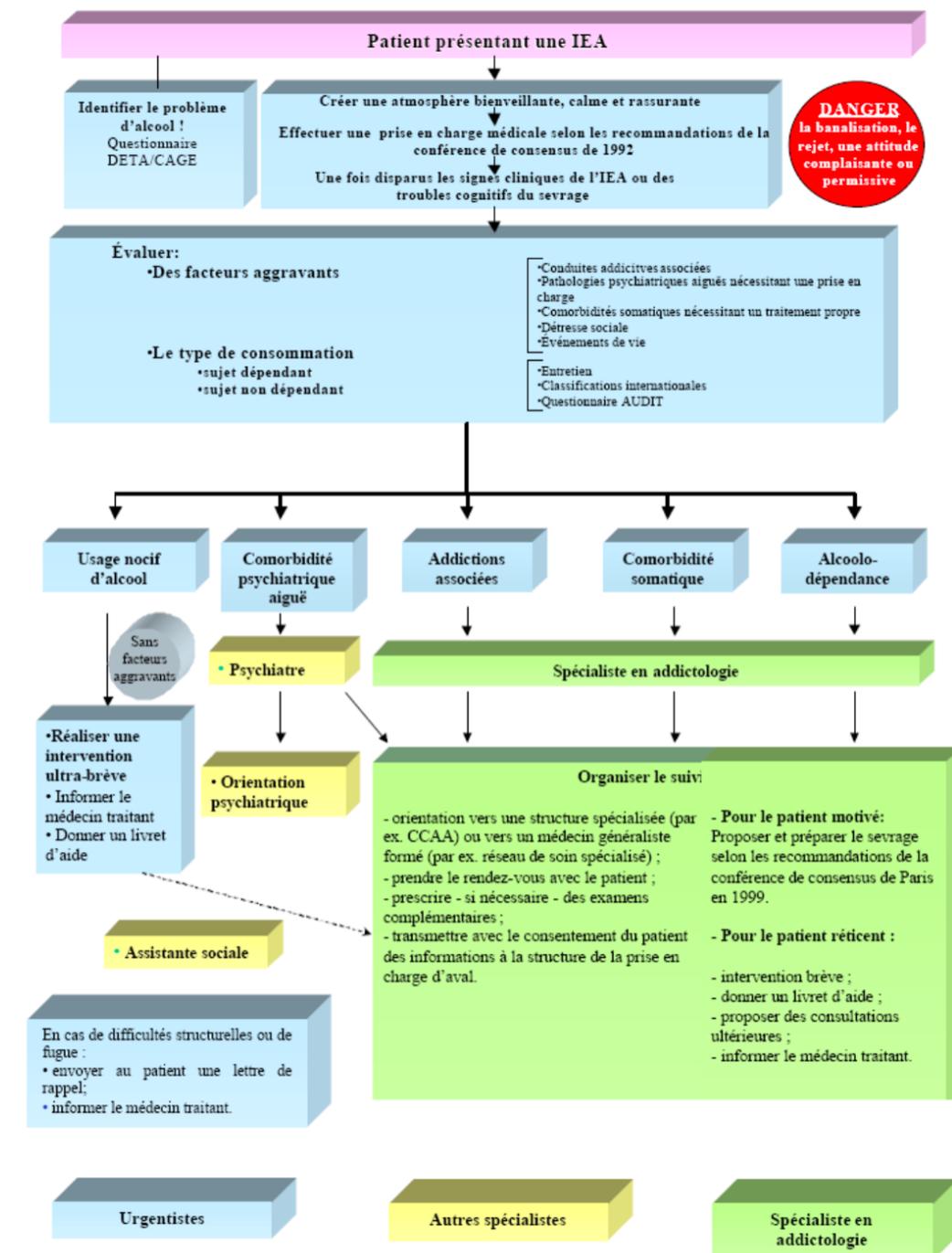
WHO. 2018. « Global Status Report on Alcohol and Health 2018 ». 2018. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>.

Wolter, L. 2013. « Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë ». *Revue Médicale Suisse*, 4.

VI. ANNEXES

A. Orientation diagnostique et prise en charge d'une IEA aux urgences (ANAES 2001)

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



B. Activité des urgences du GHICL (tous pôles confondus) pour l'année 2021

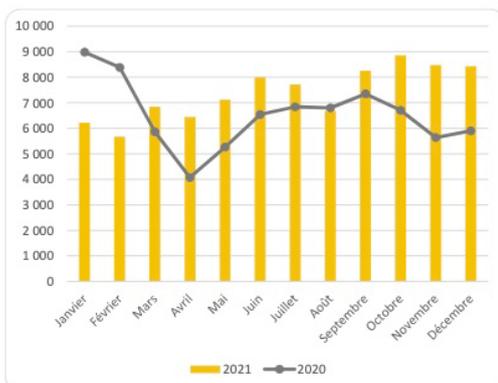
Tableau de bord des services d'Urgences

Situation en cumul à fin novembre 2021

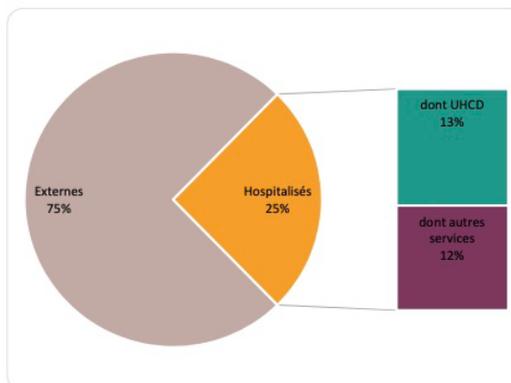


I- URGENCES GHICL

A- Evolution du nombre de passages



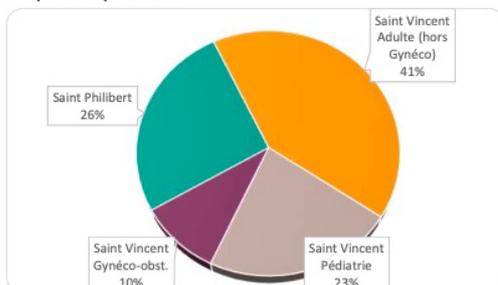
B- Réorientation après le passage aux Urgences



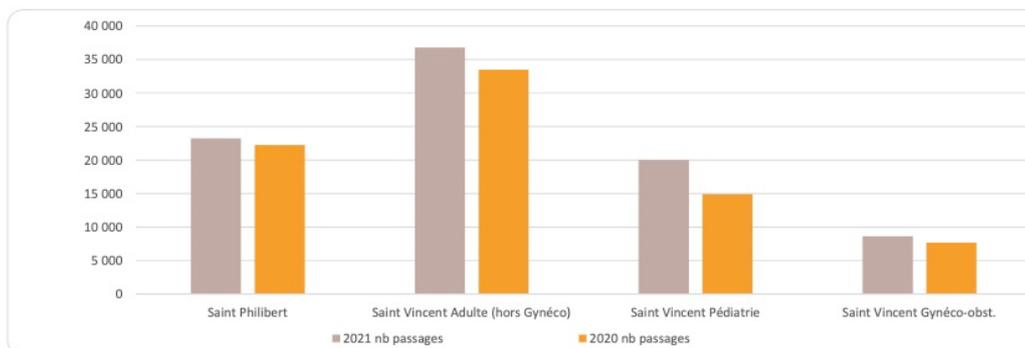
	2021	2020
Nombre de passages	88 751	78 341
Δ N/N-1	13,29%	

	2021	
	nb passages	Δ N/N-1
Hospitalisés	22 456	2,33%
- dont UHCD	11 835	3,77%
Externes	66 295	17,55%
Total général	88 751	13,29%

C- Répartition par secteur



	2021	
	nb passages	Δ N/N-1
Saint Philibert	23 250	4,44%
Saint Vincent Adulte (hors Gynéco)	36 802	9,95%
Saint Vincent Pédiatrie	20 045	34,30%
Saint Vincent Gynéco-obst.	8 654	12,64%
Total général	88 751	13,29%



C. Activité des urgences adulte de Saint Vincent de Paul pour l'année 2021

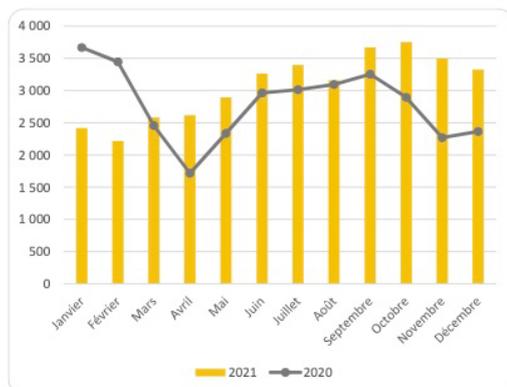
Tableau de bord des services d'Urgences

Situation en cumul à fin novembre 2021



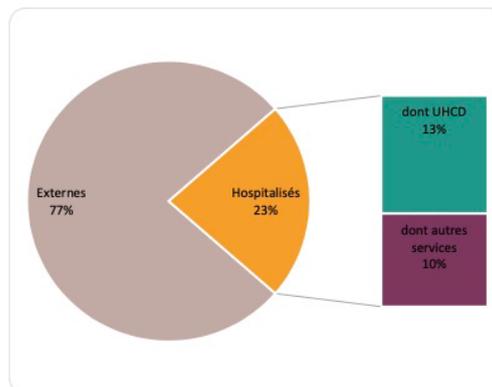
III-a URGENCES SAINT VINCENT ADULTE (hors Gynéco)

A- Evolution du nombre de passages



	2021	2020
Nombre de passages	36 802	33 471
Δ N/N-1	9,95%	

B- Réorientation après le passage aux Urgences



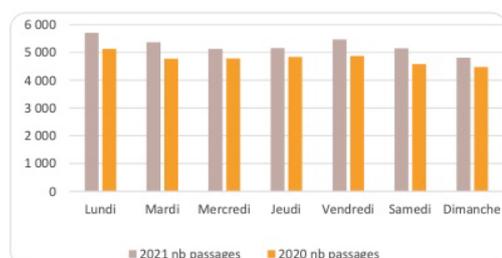
	2021	
	nb passages	Δ N/N-1
Hospitalisés	8 402	-4,69%
- dont UHCD	4 701	-8,13%
Externes	28 400	15,18%
Total général	36 802	9,95%

C- Répartition par âge et par sexe



nb passages	2021	
	Féminin	Masculin
- de 10 ans	2	0
10-19 ans	1 944	1 635
20-29 ans	4 732	5 026
30-39 ans	2 904	3 655
40-49 ans	2 507	2 989
50-59 ans	1 690	2 022
60-69 ans	1 231	1 395
70-79 ans	1 140	1 006
80 ans et +	1 994	926
Total général	18 144	18 654

D- Répartition par jour de la semaine



	2021	
	nb passages	Δ N/N-1
Lundi	5 703	11,17%
Mardi	5 371	12,43%
Mercredi	5 129	7,10%
Jeudi	5 160	6,57%
Vendredi	5 471	12,27%
Samedi	5 155	12,60%
Dimanche	4 813	7,39%
Total général	36 802	9,95%

D. Activité des urgences adulte de l'hôpital Saint Vincent de Paul de janvier à mai 2022

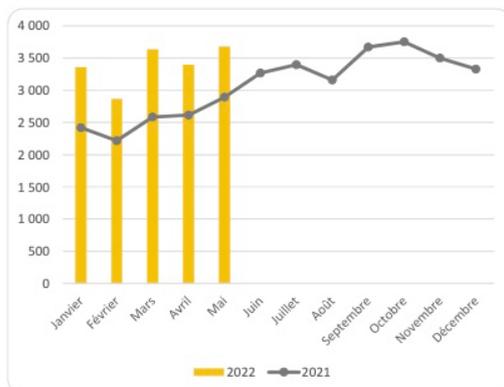
Tableau de bord des services d'Urgences



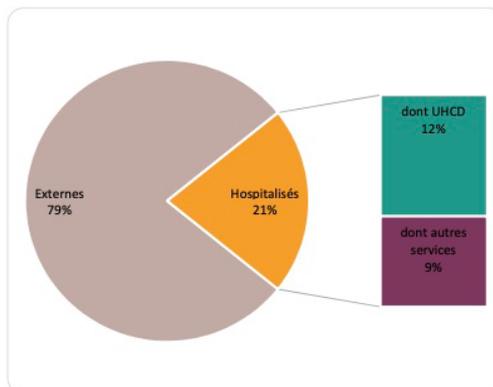
Situation en cumul à fin mai 2022

III-a URGENCES SAINT VINCENT ADULTE (hors Gynéca)

A- Evolution du nombre de passages



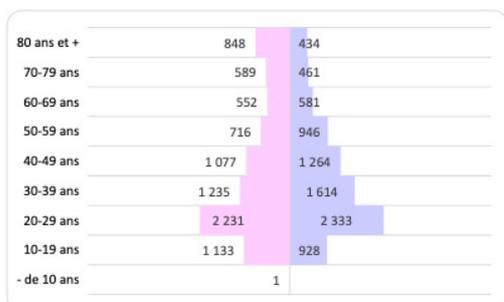
B- Réorientation après le passage aux Urgences



	2022	2021
Nombre de passages	16 944	12 728
Δ N/N-1	33,12%	

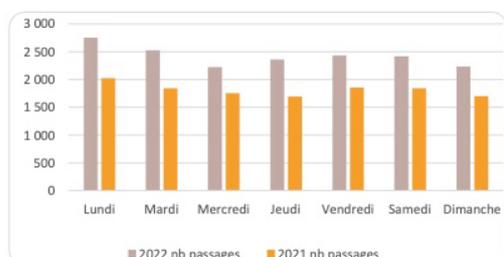
	2022	
	nb passages	Δ N/N-1
Hospitalisés	3 645	17,69%
- dont UHCD	2 089	39,83%
Externes	13 299	38,09%
Total général	16 944	33,12%

C- Répartition par âge et par sexe



Tranche d'âge	2022	
	Féminin	Masculin
- de 10 ans	1	0
10-19 ans	1 133	928
20-29 ans	2 231	2 333
30-39 ans	1 235	1 614
40-49 ans	1 077	1 264
50-59 ans	716	946
60-69 ans	552	581
70-79 ans	589	461
80 ans et +	848	434
Total général	8 382	8 561

D- Répartition par jour de la semaine



	2022	
	nb passages	Δ N/N-1
Lundi	2 757	35,95%
Mardi	2 524	36,80%
Mercredi	2 224	26,80%
Jeudi	2 360	39,23%
Vendredi	2 432	30,96%
Samedi	2 416	30,88%
Dimanche	2 231	31,00%
Total général	16 944	33,12%

E. Questionnaire DETA (version française du questionnaire CAGE)

Questionnaire DETA

Items	Réponses
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	Oui Non
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	Oui Non
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	Oui Non
Avez-vous déjà eu besoin d' alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Oui Non
Interprétation du score : deux réponses positives ou plus témoignent d'un usage à risque d'alcool	

Questionnaire DETA : évaluation de la consommation d'alcool

Questionnaire développé sous le terme CAGE (*Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener*) par : Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. JAMA. 1984;252:1905-7. Validé par Mayfield D, McLeod G, Hall P. The cage questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131:1121-3.

F. Questionnaire AUDIT

Questionnaire AUDIT

Questions	Score				
	0	1	2	3	4
1 Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois/semaine ou plus
2 Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3 Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
4 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
5 Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
6 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
7 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
8 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
9 Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10 Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

G. Recueil de données sur trois mois recensant les jeunes (15 - 25 ans) se présentant aux urgences de Saint Vincent de Paul pour motif d'intoxication éthylique aiguë

	Date de venue	Age (<25)	Sexe	Motif de venue (OH, OH+trauma, OH+IDS, OH+TS...)	UAMP sollicitée ? (O/N)
Nuit du 2 + jours 3/6	Jeudi 2 juin	19	M	OH aigue - Retrouvé allongé sur solpe	NON
	"	20	M	OH aigue - Retrouvé A VP	NON
	"	23	M	OH - TC → agression	NON
Nuit du 3 au 4	Samеди 4 juin	19	F	OH aigue + MALAISE	NON
	"	19	F	OH aigue	NON
	"	24	F	OH aigue + suspicion Drogue à son insu	NON
	"	22	F	OH aigue	NON
	"	20	F	OH aigue + Vomissement	NON
	"	19	F	OH aigue	NON
Nuit du 4+5/6	dimanche 05 juin	20	F	OH	NON
	"	21	F	OH aigue + IDS	Oui
	"	15	M	TC sans PCI + chute + OH	NON
Nuit du 5+6/6	lundi 06/06/22	19	M	OH	NON
	"	25	M	OH + AVP en trotinette	NON
	"	18	M	OH aigue	NON
	"	20	M	AVP - OH (voiture seule)	NON
Nuit du mardi 08 au jeudi 9/6		18	M	OH Aigue sur VP	NON
Nuit du 9 au 10/6		21	F	OH sur VP + angoisses	non
	"	21	F	OH + TAZ - agitation	non
	"	20	M	OH + plaie OPN	non
	"	19	F	OH + pense avoir été droguée à son insu en boîte de nuit	non
Nuit du 12 au 13/6		18	F	Trauma main + OH	NON
	"	20	M	OH - Luxa @ rotule, trauma cuide	NON
Nuit du 13 au 14/6					
Nuit du 14 au 15/6		20	M	OH + s'est fait agression dans la rue	NON
	"	15 ans 11 mois 22/05/2006 → (22/06/2006)	M	OH + PROTOXYDE AZOTE + cannabis	NON
Matin 15/6					

	DATE VENUE	AGE	SEXE	NOTIF VENUE	UAMP?(O/N)
→	16/6 Matin	23A	F	ébriété ivresse	Oui
		24A	M	Dermatologie (pne TC OH)	Non
→	17/06 Nuit	21 ans	M	Ébriété, ivresse	N
→	18/06 nuit	-	-	-	-
→ nuit	de 18/06 au 19/06	19 ans	M	OH ^{aigüe} + doublem corde	NON
		20 ans	F	Dyspnée (ATCD Asthme) OH ^{éthyle} 0,54	NON
→ nuit	du 19 au 20/06	21	F	ION + OH	Oui
→	Nuit 21/06	24	F	OH	Non
	"	23	H	OH	N
	"	22	H	OH	N
	"	22	H	OH	N
	"	24	F	OH	N
	"	24	F	OH	N
	"	21	F	OH	N oui
	"	23	H	OH	N
	"	22	F	OH	N
	"	20	H	OH	N
	"	17	H	OH	
→ nuit	du 22/06				
	23/06				
→ nuit	du 23/06	18	F	OH + scarification	Oui
	"	23	F	OH Aigüe (éthyle impossible)	Non
	"	23	F	OH (éthyle 0,55)	Non
	"	19	F	TC sans PCI / OH aigüe	Non
→	Nuit du 24/06				
→	Nuit ^{du} 25/06	20	H	OH	Non
	au 26/06	23	H	Vm ⁺ / Deux abdo - OH+++	Non

AUTEURE : Nom : MULLIE

Prénom : Mathilde

Date de soutenance : 13 octobre 2022

Titre de la thèse : Accès aux soins addictologiques des jeunes (15 – 25 ans) admis au service d'accueil des urgences pour intoxication éthylique aiguë.

L'exemple de Saint Vincent de Paul

Thèse - Médecine - Lille « Année 2022 »

Cadre de classement : Addictologie

DES + FST/option : Psychiatrie

Mots-clés : trouble d'usage à l'alcool, intoxication éthylique aiguë, mésusage, binge drinking, adolescent, urgences, protocole, addictologie de liaison

Résumé :

Contexte : La consommation d'alcool chez les jeunes, et en particulier le binge drinking, est un problème de santé publique. Les admissions de ces patients aux urgences pour intoxication éthylique aiguë représentent ainsi des occasions privilégiées pour le repérage et la prise en charge de ces usages à risque. Dès lors, un dispositif d'évaluation et d'orientation addictologique apparaît nécessaire au sein du service d'accueil des urgences.

Méthode : Une revue systématique de la littérature portant sur la prise en charge initiale puis l'évaluation et l'orientation addictologique des jeunes admis aux urgences pour intoxication éthylique aiguë est proposée. Un état des lieux est ensuite dressé sur l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille : dispositifs existants et évaluation des besoins par le recensement durant deux mois des admissions aux urgences des 15-25 ans pour un tel motif.

Résultat : Le binge drinking est un trouble d'usage à risque de nombreuses complications aiguës, augmentant par ailleurs le risque de développer un trouble sévère d'usage à l'alcool. Pour optimiser la prise en charge médicale initiale des intoxications éthyliques aux urgences, un protocole de service est proposé. Concernant l'évaluation addictologique initiale, l'intervention ultrabrève a fait preuve de son efficacité et doit être proposée systématiquement. Notre recueil évalue à 1,8 le nombre moyen de patients de 15 à 25 ans admis tous les jours à Saint Vincent de Paul, sans être évalués ni orientés sur le plan addictologique. Pour pallier à cela, un protocole est proposé comportant une évaluation initiale puis un rendez-vous à 7 jours.

Conclusion : Ce protocole sera mis en place aux urgences à l'occasion de la constitution d'une équipe d'addictologie de liaison. Une évaluation de sa pertinence ainsi que la formation du personnel des urgences apparaissent comme des perspectives nécessaires afin de proposer une prise en charge optimale.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseur : Docteur Abdallah MOSSAD

Directeur de thèse : Docteur Philippe CHAMBAUD