

## DOSSIER

### Prise en charge de l'alcoolisation aiguë des moins de 25 ans aux urgences

Synthèse des résultats de l'enquête réalisée au CHRU de Rennes  
*« L'admission d'un jeune aux urgences pour un motif lié à une consommation excessive  
d'alcool : mieux comprendre les enjeux pour améliorer la prévention et la prise en charge »*  
Mise à jour septembre 2011



## Introduction

Le présent document présente les premiers résultats de l'enquête exploratoire « *L'admission des moins de 25 ans aux urgences pour un motif lié à une consommation excessive d'alcool : mieux comprendre les enjeux pour améliorer la prévention et la prise en charge* » menée par le CIRDD Bretagne en partenariat avec le CHU de Rennes.

L'objectif de ce travail, qui porte sur le thème des intoxications éthyliques aiguës (IEA) des jeunes aux urgences hospitalières de Rennes, est de mieux connaître la situation de manière à identifier les réponses possibles.

Cette enquête s'organise en deux volets principaux : le premier consiste en une analyse *quantitative* des données issues de la base nationale du PMSI<sup>1</sup>. Cette analyse est complétée par une étude statistique plus exhaustive réalisée directement à partir de la base de données du service d'accueil des urgences de Rennes (Res'Urgences). Il s'agit en effet de disposer d'un portrait épidémiologique de la situation à échelle régionale (données de cadrage) tout en éclairant ces données par une analyse approfondie d'un site spécifique.

Le second volet vise à tracer un état des lieux *qualitatif* des pratiques des professionnels intervenant aux urgences ainsi qu'en amont et en aval de l'hôpital. Pour cela, des entretiens ont été réalisés avec une cinquantaine de professionnels de tous champs (forces de l'ordre, pompiers, acteurs de prévention, acteurs du soin, éducation nationale, intervenants jeunesse...) dans le but d'identifier les forces et les faiblesses de la situation actuelle.

Ces travaux ont été conduits dans le cadre d'une réflexion commune avec le groupe de travail « addiction » mis en place par l'Agence régionale de santé de Bretagne dans le cadre de l'élaboration du programme médical de territoire du secteur sanitaire 5.

Ce projet, impulsé par le comité scientifique « Appréhender l'alcoolisation massive des jeunes en Bretagne », est inscrit dans le plan départemental 2008/2011 de lutte contre les drogues et la toxicomanie pour l'Ille-et-Vilaine.

Le CIRDD a bénéficié, pour sa réalisation, d'un cofinancement de la MILDT, de l'ARS, du Conseil Régional de Bretagne et de la ville de Rennes.

## Sommaire

|   |       |
|---|-------|
| Introduction                                    | p. 2  |
| Contexte de l'étude                             | p. 3  |
| Principaux résultats                            | p. 3  |
| L'orientation et la prise en charge des publics | p. 7  |
| Le projet du CIRDD au CHU                       | p. 10 |
| Références bibliographiques                     | p. 9  |

### Le groupe de travail du projet

Pour réaliser cet état de lieux, un groupe de travail s'est réuni une fois par trimestre en 2009 et 2010. Il était composé de :

- Guylaine Bénec'h, Chargée de mission, CIRDD Bretagne (animation du groupe de travail),
- Bénédicte Forêt, Chargée de mission CIRDD et animatrice du Point accueil écoute jeune du CRIJ,
- Dr Caroline Le Lan, Praticien Hospitalier, responsable de l'unité d'alcoologie de liaison, service des maladies du Foie, CHU de Rennes,
- Dr David Travers, Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie, CHU de Rennes,
- Dr Marie-Aline Guitteny, responsable des urgences pédiatriques de l'hôpital Sud, CHU de Rennes, accompagnée de Mme Françoise Pannetier, infirmière, urgences pédiatriques et du Dr Véronique Chasle, urgences pédiatriques,
- M. Olivier Picquart, Cadre de santé puériculteur. Unité des Grands enfants et des adolescents. Hôpital Sud.
- M. Jean-Pierre Poras, Cadre de santé au Département des conduites addictives, CHGR et membre du comité de pilotage « conduites addictives » du groupe « santé publique » de la conférence sanitaire du secteur 5.
- Dr Dina Joubrel, Chef du service psychiatrique d'accueil et d'orientation (SPA0) du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR)
- Mme Marie-Cécile Courchay, Directrice de l'ANPAA 35.

<sup>1</sup> Programme de médicalisation du système d'information

## Contexte de l'étude

### L'alcoolisation massive chez les jeunes : une préoccupation nationale

Depuis quelques années, les professionnels bretons, et notamment rennais, se montrent particulièrement préoccupés par l'augmentation du phénomène d'alcoolisation massive chez les jeunes publics, qualifié par certains de « Binge Drinking » (ou, selon ESPAD, de « Heavy episodic drinking » qui se mesure par 5 verres ou plus « d'un seul coup » ou en une occasion).

Notre région connaît en effet des prévalences d'ivresse et de comportements à risques particulièrement élevés chez les jeunes. Ainsi, à 17 ans, 26% des jeunes bretons déclarent des épisodes répétés ponctuels d'usage d'alcool sévères (5 verres et plus au moins 3 fois par mois), contre 19,7% au niveau national (ESCAPAD 2008). Les jeunes Bretons sont également plus nombreux à déclarer des prises de risques (tels que la conduite d'un deux roues, par exemple) en état d'ébriété. Face à l'ampleur des conséquences que peuvent avoir les alcoolisations excessives à échelle de l'individu (accidents, violence, rapports sexuels non désirés, décrochage scolaire, tensions familiales, risques de dépendance...) mais aussi de la société (nuisances sur l'espace public, interpellations policières, implication judiciaire, impacts sur le système de soins...), la prévention des alcoolisations massives des jeunes publics figure parmi les priorités de nombreuses politiques publiques. Ainsi, à l'instar du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, l'ensemble des plans départementaux MILDT bretons mentionnent parmi leurs priorités « la prévention des conduites d'alcoolisations des jeunes publics ».

### L'alcoolisation massive chez les jeunes : la situation de Rennes

La ville de Rennes est particulièrement concernée par le phénomène d'alcoolisation massive des jeunes, notamment en raison des grands rassemblements regroupant chaque fin de semaine plusieurs centaines de jeunes consommant de l'alcool sur l'espace public. En outre, des études sociologiques montrent que les consommations d'alcool par les jeunes dans la

sphère privée y sont toutes aussi préoccupantes, bien que moins visibles.

Si de nombreuses initiatives ont vu le jour en terme de prévention à échelle de la ville de Rennes (dispositifs « Prév'en Ville » et « Noz'Ambule », campagne « A ta santé » etc.), un nombre encore trop élevé de jeunes de moins de 25 ans sont admis chaque semaine aux urgences hospitalières suite à une consommation excessive d'alcool.

Pour les seules urgences pédiatriques (qui reçoivent les jeunes de moins de 16 ans) le nombre de mineurs admis pour intoxication alcoolique aiguë a triplé entre 2004 et 2008, passant de 32 à 90 jeunes. La situation est tout aussi préoccupante au niveau des urgences tout public, accueillant les jeunes de plus de 16 ans. Or, s'il existe quelques structures vers lesquelles les urgences peuvent orienter un jeune connaissant des difficultés, la situation est loin d'être satisfaisante, et ce en raison de faiblesses dans le système actuel (manque de formation, d'outils, de connaissance mutuelle entre les acteurs, absence de structures spécifiques pour ce public, manque de connaissance sur le phénomène...).

En 2009, les urgences pédiatriques de Rennes ont sollicité l'aide de l'ANPAA 35 pour réaliser des entretiens auprès de certains jeunes patients de moins de 16 ans, ainsi que de leurs parents. Une convention a été signée entre le CHU, l'ANPAA 35 et le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (qui gère un « Pôle addiction précarité »).

Cette initiative s'inscrit en complément du travail réalisé par les équipes d'alcoologie et d'addictologie de liaison, qui rencontrent une partie du public hospitalisé mais ne peuvent, à elles seules, répondre à la totalité des besoins.

Dans le même temps, le CIRDD Bretagne a entrepris, en partenariat avec le CHU de Rennes, de réaliser la présente enquête, de manière à pouvoir disposer d'un portrait précis de la situation, afin de définir des priorités d'action.

## Principaux résultats

### L'intoxication éthylique aiguë : concept, mesure

La notion d'intoxication éthylique aiguë (IEA) est une notion médicale faisant référence à une ingestion excessive d'alcool par un sujet. Les conséquences médicales d'une IEA peuvent être plus ou moins graves, allant du simple sentiment d'ébriété, à la diminution des fonctions cognitives et des capacités psychomotrices, à la perte de contrôle, au coma éthylique... Une relative confusion existe, chez les non soignants, entre l'IEA et le coma éthylique.

Or, la notion d'IEA ne se résume pas à celle du coma éthylique, le coma éthylique étant la forme la plus extrême, et probablement la moins courante. Dans certains cas, le coma éthylique peut entraîner la mort, en raison notamment du risque d'étouffement que présente le sujet en cas de vomissements. Le diagnostic d'IEA d'un patient est inscrit dans son dossier par un code spécifique, saisi par le médecin qui l'examine : le code F10.

Par exemple, le dossier d'un patient alcoolisé présentant une fracture de l'arcade sourcilière pourra comporter deux diagnostics : F10 (IEA) et S00 (liaison traumatique), à charge du médecin de

déterminer lequel de ces deux diagnostics est le « diagnostic principal ».

Comme le souligne le psychiatre Philippe Batel, Il n'est pas aisé pour un praticien de poser un diagnostic d'IEA : « *L'ivresse est une grande mystificatrice : elle peut mimer des syndromes psychiatriques et masquer des syndromes neurologiques* ». La manière d'appréhender l'alcool et l'ivresse pourra différer d'un praticien à l'autre, en fonction de l'expérience et des représentations propres à chacun. Or, d'un point de vue épidémiologique, l'unique source de donnée disponible pour traiter des IEA est la présence, dans les dossiers de patients, du codage « F10 ». On voit donc à quel point les biais de codage peuvent interférer dans la validité des données.

Cette information médicale (l'IEA) est saisie dans la base de données du service (à Rennes, le logiciel Rés'Urgences établit un résumé de passage aux urgences) par les médecins urgentistes. Cette information fait ensuite l'objet d'un traitement par le département d'information médicale (DIM) de l'établissement, puis est traitée au niveau national par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATI). La base de données qui en résulte fait l'objet d'analyses spécifiques par les différents Observatoires régionaux de santé, en fonction des priorités locales. A l'heure actuelle, en l'absence d'un système d'observation commun à l'ensemble des services d'urgences français, cette base de données est la seule source d'information permettant d'évaluer l'ampleur de la situation en matière de passage aux urgences de jeunes de moins de 25 ans pour intoxication éthylique.

Un observatoire régional des urgences est cependant en cours de développement en Bretagne.

#### Analyse des données PMSI pour la région Bretagne

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

Cette base de données comptabilise ainsi dans chaque établissement le nombre de séjours de courte durée en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour une pathologie donnée.

Concernant les intoxications éthyliques aiguës, en 2009 en France, on relève 100 653 séjours ; 6 903 séjours à l'échelle de la Bretagne ; et 1 642 séjours en Ille-et-Vilaine, 1 035 au CHRU de Rennes. Il s'agit uniquement des personnes ayant été effectivement hospitalisées. Un simple passage aux urgences ne débouchant pas sur une hospitalisation ne sera pas comptabilisé dans la base. Pour le département d'Ille-et-Vilaine, on relève une augmentation entre 2007 et 2009 de 17% du nombre de séjours.

Si ces données sont précieuses, il importe toutefois d'être vigilant quant à leur interprétation. En effet, ces chiffres ne reflètent que la « partie visible de l'iceberg » puisqu'ils ne prennent pas en compte la totalité des passages aux urgences, mais uniquement ceux qui sont suivis d'une hospitalisation dans un des services de l'hôpital. Or, toutes les personnes en IEA ne sont pas hospitalisées, puisqu'un nombre important d'entre elles quittent l'hôpital après avoir reçu les soins nécessaires lors de leur consultation aux urgences.

Enfin, les informations fournies par cette base doivent être relativisées en raison d'importants biais de codage liés au caractère très ambigu de la notion d'IEA, et plus largement de la notion « d'ivresse », source de difficulté de diagnostic pour le praticien. C'est pourquoi il est fondamental de souligner que si ces chiffres apportent un éclairage intéressant sur la situation épidémiologique française, ils doivent cependant être interprétés avec une extrême prudence.

Cette base n'apporte toutefois aucune information sur les patients, très nombreux, qui sont reçus en consultation aux urgences et qui, pour différentes raisons (interpellations policières, refus de soin, manque de lits...) repartent (le plus souvent dans la nuit) après avoir reçu les soins nécessaires mais sans être hospitalisés.

Or, si les patients hospitalisés reçoivent la visite, dans la journée qui suit leur admission, de l'équipe de liaison et de soins en addictologie, chargée d'effectuer un entretien d'évaluation et d'orientation, les patients non hospitalisés ne bénéficient pas tous de ce service. Seul un quart sera vu aux urgences, avant leur sortie.

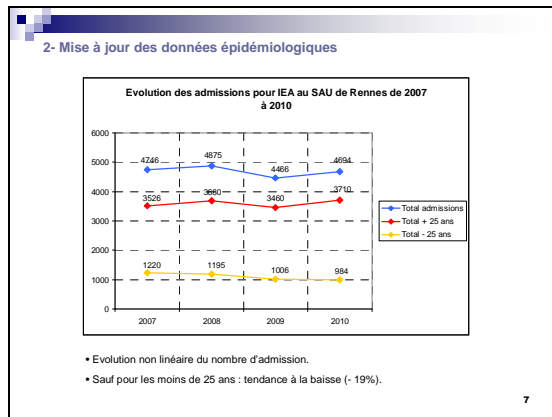
Pour les trois autres quart, la question de leur consommation d'alcool ne sera pas réellement abordée et ne fera l'objet d'aucun suivi, à moins bien sûr qu'ils ne retournent plus tard aux urgences, pour un motif, nécessitant, cette fois, une hospitalisation.

Ainsi, en 2008, 320 jeunes de 16 à 23 ans ont bénéficié d'un entretien avec les infirmières de l'alcoologie de liaison, sur les 1259 entretiens réalisés aux urgences.

Une réelle intervention auprès de ces publics semble donc nécessaire, dans le but de leur permettre de bénéficier d'une prise en charge à laquelle ils n'ont, pour l'instant, pas accès (l'entretien de repérage et d'orientation) de manière à minimiser le risque de réitération.

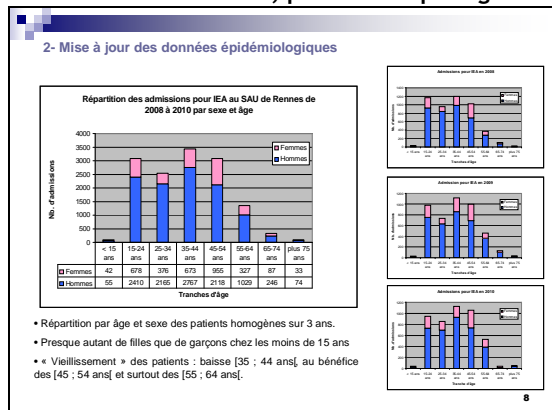
#### La situation spécifique des urgences de Rennes : une analyse à partir de la base de données du service d'accueil des urgences

L'ensemble des éléments présenté ci-après provient du logiciel Rés'Urgences. Chaque admission au SAU de Rennes est enregistrée dans ce dernier. Une demande d'extraction a été faite auprès du Département de l'Information Médicale (DIM) du CHU pour les années 2008, 2009 et 2010, pour les patients dont le diagnostic (principal ou associé) était une Intoxication Ethylique Aiguë (F.10).



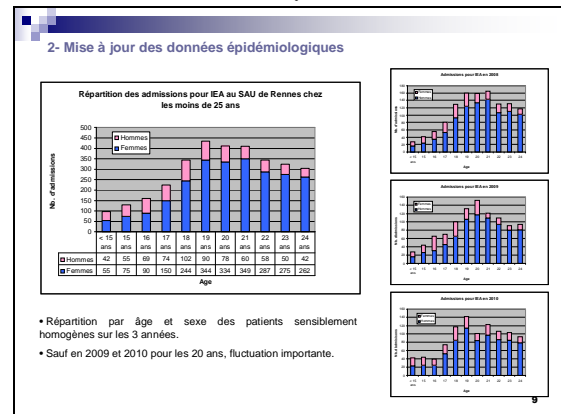
Ce graphique montre l'évolution du nombre d'admissions au SAU de Rennes pour IEA de 2007 à 2010. Pour l'ensemble de la population, cette évolution n'est pas linéaire. En revanche, chez les moins de 25 ans, on remarque que le nombre d'admissions est orienté à la baisse depuis 2007. En effet, entre 2007 et 2010, cette baisse est de 19%. Toutefois, on peut penser que le nombre total d'admissions pour IEA est sous-estimé, notamment pour les patients dont l'alcoolisation n'est pas le motif principal d'arrivée aux urgences. Pour ces derniers le diagnostic F.10 doit très certainement ne pas être posé lors de leur passage à l'hôpital.

### Répartition des admissions pour IEA au SAU de Rennes de 2008 à 2010, par sexe et par âge.



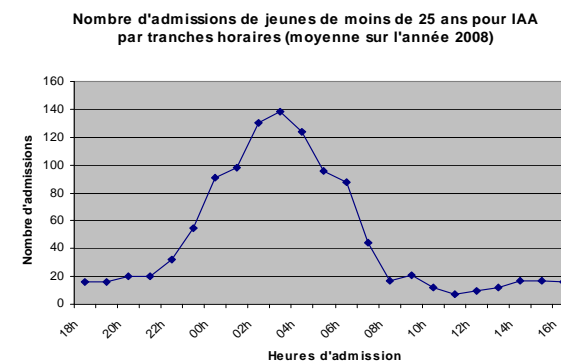
Ce graphique montre que la répartition des patients par sexe et par âge est relativement homogène (sans évolution majeure) sur les trois ans, avec les caractéristiques principales suivantes : une large majorité d'hommes est concernée par ce type d'admission ; la classe d'âge des 35-44 ans est celle qui concentre le plus d'individus. Deux éléments sont intéressants à souligner concernant cette répartition. Tout d'abord, pour les moins de 15 ans, on trouve une quasi-parité entre les garçons et les filles, même si cette classe d'âge ne concentre pas un nombre important d'individus. Enfin, une évolution sur la répartition de l'ensemble de la population est à noter : les effectifs des classes 35-44 ans et 45-54 ans semblent se réduire « au bénéfice » de celles des 55-64 ans.

### Répartition des admissions pour IEA au SAU de Rennes de 2008 à 2010, par sexe et par âge, chez les moins de 25 ans.

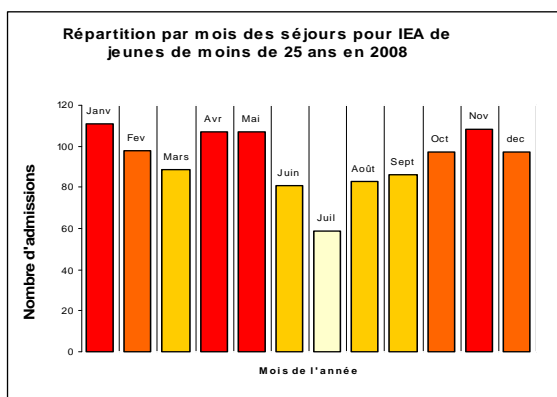
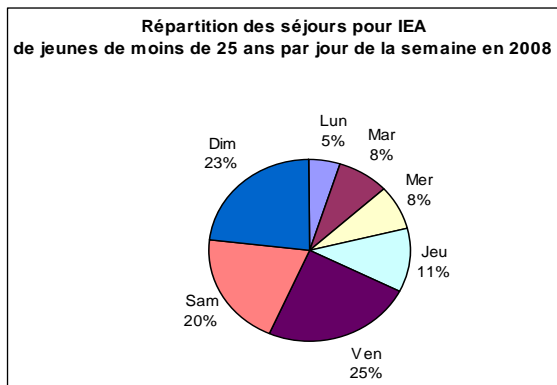


Ce graphique montre la répartition des patients âgés de moins de 25 ans par sexe et par âge. Le même commentaire que celui concernant l'ensemble de la population peut être fait. La répartition est relativement homogène (sans évolution majeure) sur les trois ans. Les caractéristiques principales de cette répartition sont les suivantes : on retrouve, comme pour l'ensemble de la population, une large majorité d'hommes concernée par ce type d'admission. Les âges qui concentrent le plus d'individus sont les 19, 20 et 21 ans (avec toutefois une fluctuation importante des 20 ans au cours des trois ans). La quasi-parité entre garçons et filles évoquée chez les moins de 15 ans est encore plus visible ici. En effet, jusqu'à 17 ans le rapport garçon-fille est inférieur à un sur deux. Après 17 ans, ce même rapport augmente de manière très importante.

### Des admissions la nuit et en fin de semaine



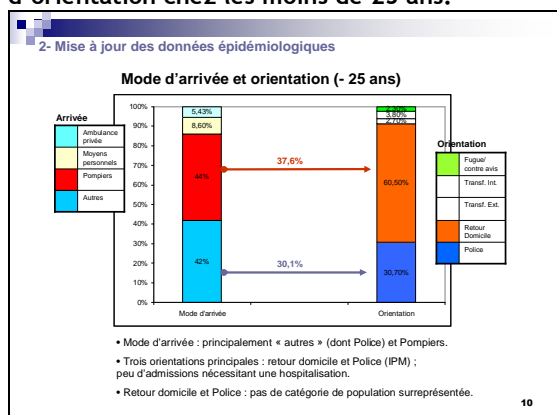
Les admissions des moins de 25 ans ont lieu essentiellement entre 22 heures et 8 h du matin (80% d'entre elles), avec un pic autour de 3h/4h. Le reste de la journée, le flux des admissions est plutôt régulier, avec des admissions oscillant entre 5 et 20 patients par heure.



La majorité des admissions de jeunes de moins de 25 ans a lieu le week-end : à partir du jeudi soir (22 h) jusqu'au lundi matin (8h). Le plus fort taux d'admission intervient dans la nuit du vendredi : 25%.

Pour les moins de 25 ans, les admissions ne sont pas linéaires sur l'année. Elles sont plus importantes en janvier, avril, mai et novembre. Ces admissions sont beaucoup moins importantes en période estivale, puisque de nombreux étudiants quittent la ville de Rennes.

**Le mode d'arrivée aux urgences et le type d'orientation chez les moins de 25 ans.**



Les deux principaux modes d'arrivée au SAU de Rennes sont les ambulances publiques (pompiers, SMUR...), soit 44%, et ce qui est nommé dans le logiciel, la catégorie « autres », soit 42%. Dans cette catégorie, on peut penser qu'une large

partie des patients arrivent accompagnée par les forces de l'ordre, puisque dans ces 42%, 30,1% ont une orientation du type « retour police ». Pour 10% de cette catégorie « autres », il est plus difficile de savoir quel est le mode d'arrivée à l'hôpital. En termes d'orientation, deux grandes catégories émergent. La principale est le retour à domicile (60,5%). Très peu d'hospitalisations sont effectives suite à cette admission aux urgences (moins de 7%). L'autre grande catégorie est celle évoquée plus haut, du « retour police », autrement dit, une ivresse publique manifeste (IPM). Pour ces deux grands types d'orientation, on ne trouve pas de catégorie de population surreprésentée.

**L'évolution de la durée moyenne de séjour aux urgences chez les moins de 25 ans.**

**2- Mise à jour des données épidémiologiques**

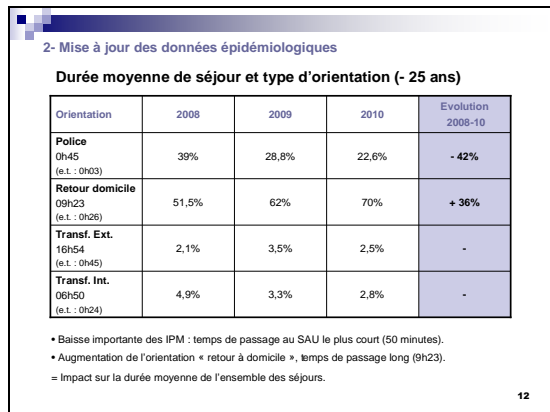
**Evolution de la durée moyenne de séjour**

| Année | Moy. | - de 25 ans | + de 25 ans |
|-------|------|-------------|-------------|
|       |      | e.t.        | 0h28        |
|       | min. | 0h01        | 0h01        |
|       | max. | 21h44       | 13h58       |
| 2009  | Moy. | 06h54       | 10h18       |
|       | e.t. | 0h26        | 0h45        |
|       | min. | 0h02        | 0h02        |
|       | max. | 22h35       | 21h19       |
| 2010  | Moy. | 07h49       | 10h39       |
|       | e.t. | 0h30        | 0h43        |
|       | min. | 0h02        | 0h01        |
|       | max. | 21h42       | 20h40       |

- Durée moyenne de séjour beaucoup plus faible chez les moins de 25 ans.
- Durée moyenne en augmentation depuis 2008.

Concernant la durée moyenne de séjour (DMS) aux urgences de Rennes, plusieurs constats peuvent être faits. Tout d'abord, la DMS des plus de 25 ans est largement supérieure à celle des moins de 25 ans. En termes d'évolution, la DMS des moins de 25 ans augmente de manière très importante entre 2008 et 2010 (C'est le cas aussi pour les plus de 25 ans, mais de manière moins importante). En effet, cette augmentation est de près d'une heure en plus chaque année (respectivement : 5h44, 6h54 et 7h49). Une explication possible pour l'augmentation de la DMS des moins de 25 ans est peut être à chercher dans le type d'orientation donné suite à cette admission pour IEA (cf. diapo suivante).

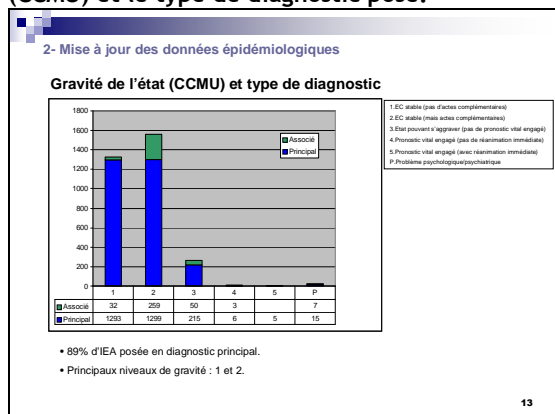
**Le lien entre durée moyenne de séjour et le type d'orientation chez les moins de 25 ans.**



Les différents types d'orientation suite à l'admission aux urgences pour IEA ont évolué depuis 2008. Ces modifications peuvent être un facteur explicatif de l'évolution de la DMS des patients de moins de 25 ans. En effet, on peut relever deux principales évolutions. Une baisse importante et régulière des IPM (orientation « retour police » entre 2008 et 2010 : - 42%, en même temps qu'une augmentation de l'orientation « retour domicile ». Or les durées de passage aux urgences des patients pour ces deux types d'orientation sont très différentes : en moyenne 45 minutes pour les IPM et plus de 9 heures pour le retour à domicile. L'augmentation de l'une des ces orientations conjointement à la diminution de l'autre peuvent être à l'origine de l'évolution de la DMS chez les patients.

Note : concernant cette diminution importante des admissions pour IPM, la Préfecture et la Ville de Rennes signalent qu'une convention a été signée depuis 2009 avec SOS médecin pour prendre en charge ces IPM directement au commissariat de police. 400 interventions ont été contractualisées pour l'année 2011 ; 330 en 2010.

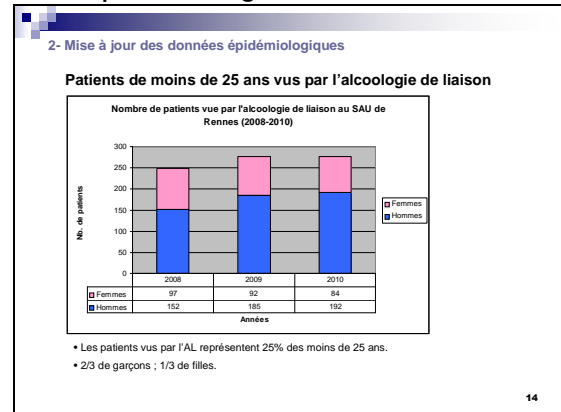
**L'estimation de la gravité de l'état du patient (CCMU) et le type de diagnostic posé.**



Une très large majorité des patients de moins de 25 ans présente un état de gravité peu élevé (code 1 et 2 de la Classification Clinique des Malades aux Urgences, soit un état clinique stable). C'est ce qui pourrait expliquer la faible importance du nombre d'hospitalisations. L'état des patients ne nécessite

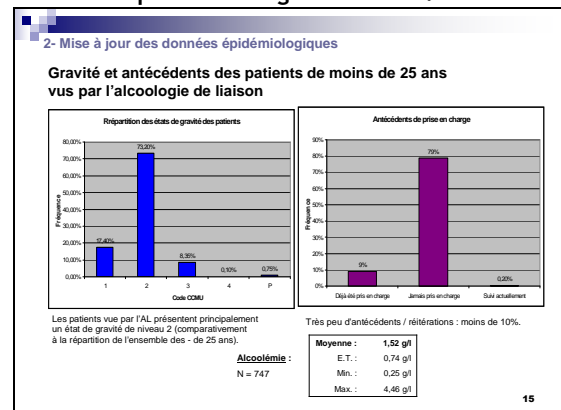
pas une prise en charge plus importante. Une fois dégrisés les patients peuvent quitter l'hôpital. On remarque également dans cette extraction de données que 89% des patients présentent le diagnostic IEA en tant que diagnostic principal. Ceci laisse penser qu'il y a effectivement un sous codage du nombre d'IEA, notamment pour ceux dont le motif principal n'est pas l'alcoolisation (on remarque, par exemple, que dans cette extraction aucun patient ne présente un problème de type traumatologique).

**Evolution du nombre de patients de moins de 25 ans vus par l'alcoolologie de liaison.**



Le nombre de patients de moins de 25 ans vus par l'alcoolologie de liaison est en hausse constante depuis 2008. Pourtant, il faut rappeler que le volume de ces patients est en sensible diminution ces dernières années au CHU de Rennes. 2/3 de ces patients sont des garçons.

**Gravité et antécédents des patients de moins de 25 ans vus par l'alcoolologie de liaison.**



Concernant l'état de gravité (code CCMU) des patients vus par l'alcoolologie de liaison, contrairement à la répartition de l'ensemble des moins de 25 ans, on remarque que l'effort se porte principalement sur des patients se trouvant dans un état clinique stable mais pouvant nécessiter des actes complémentaires (code 2).

En termes de réitération pour cette population du CHU de Rennes, très peu de patients sont concernés : 9% sur la période, soit environ 80

patients sur trois ans revus par l'alcoologie de liaison.

Le niveau d'alcoolémie de ces patients est proposé ici à titre indicatif, car les mesures ne sont pas toutes effectuées au même moment de ce séjour à l'hôpital. La moyenne est de 1,52 g/l (relativement conforme à ce que l'on peut trouver dans la littérature sur cette thématique).

### Catégorie professionnelle des patients de moins de 25 ans vus par l'alcoologie de liaison et mode d'alcoolisation de ces patients.

2- Mise à jour des données épidémiologiques

Les patients de moins de 25 ans vus par l'alcoologie de liaison : profession et type d'alcoolisation

|                                  | Hommes | Femmes | Total  |
|----------------------------------|--------|--------|--------|
| Etudiants                        | 35%    | 24%    | 59%    |
| Activité rémunérée continue      | 17,30% | 3,20%  | 20,50% |
| Activité rémunérée intermittente | 6,20%  | 2,70%  | 8,90%  |
| Autres inactifs                  | 5,60%  | 2,40%  | 8%     |
| Chômage                          | 2,70%  | 0,5%   | 2,75%  |

- Une majorité de patients ayant le statut d'étudiant
- Mode d'intoxication principalement de type festif : 83%

16

Deux principales catégories professionnelles des patients de moins de 25 ans vus par l'alcoologie de liaison semblent émerger : en effet, près de 60% sont des étudiants, et plus de 20% sont des individus avec une activité salariée. Ces deux catégories constituent une importante majorité de ces patients (80%).

Le mode d'alcoolisation est un item pouvant également être renseigné dans le logiciel. Une très large majorité des patients présenterait une alcoolisation de type festif (83%).

## L'orientation et la prise en charge des publics : état des lieux des pratiques des professionnels

Des entretiens menés auprès d'une cinquantaine de professionnels rennais intervenant à l'hôpital mais aussi en amont et en aval de l'hôpital a permis de mettre en évidence des atouts concernant la prise en charge de ces jeunes patients.

Ainsi, un travail important est réalisé par les réseaux d'addictologie et d'alcoologie, bien que la prise en charge porte surtout sur des questions d'alcoolisation et moins sur les comportements.

Les personnels sont motivés : une équipe de psychiatrie est présente 24h sur 24 et 7 jours sur 7 à Pontchaillou. Une équipe de liaison en alcoologie assure à Pontchaillou une permanence 7j/7 de 8h à 16h30. A l'hôpital Sud, une convention avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie permet de proposer un entretien de prévention aux moins de 16 ans admis en IEA et à leurs parents.

L'analyse réalisée a cependant pointé certains freins.

- **Le service d'accueil des urgences des plus de 16 ans est saturé** : le SAU de Rennes reçoit quotidiennement un nombre important de personnes alcoolisées (13 en moyenne), parmi lesquels de nombreux « habitués des urgences », des personnes en situation de grande précarité, des personnes alcoolo-dépendantes, des personnes souffrant de troubles psychiques, des personnes violentes etc. Les jeunes sont en quelque sorte « noyés » dans la masse. Dans ces conditions, il est

difficile de développer une prise en charge spécifique pour eux.

- **Le nombre de lits d'hospitalisation est insuffisant**. En effet, les personnes alcoolisées, à elles seules, rempliraient chaque nuit la totalité de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, rendant matériellement impossible l'hospitalisation systématique de toute personne alcoolisée, hospitalisation qui fait pourtant l'objet d'une recommandation de l'ANAES.

- **Les personnes admises pour une alcoolisation aiguë ne font pas l'objet d'une prise en charge spécifique aux urgences de Pontchaillou.**

- **Les jeunes admis dans le cadre d'une ivresse sur la voie publique (IPM), représente 39% des admissions**. Il s'agit de jeunes qui se présentent avec les forces de l'ordre et qui seront rapidement examinés dans un « box » distinct pour obtenir ou non un certificat médical de non hospitalisation. Les forces de l'ordre repartent avec ces jeunes pour les conduire en cellule de dégrisement. En 2009/2010, la préfecture a signé une convention avec SOS médecin pour désengorger le service d'urgence, abaissant ce nombre d'admission. Mais cette convention n'est pas pérenne.

- **La nature complexe de la situation d'ivresse**, souvent accompagnée de problématiques connexes (violence, problème psychiatrique, présence des forces de l'ordre) complique la prise en charge par les personnels soignants, dont le rôle premier est de traiter les urgences, et par conséquent de donner la priorité au problème somatique.



- **Le manque d'une « culture commune »** sur les questions d'alcoologie au sein des équipes de soignants, et la difficulté qu'il peut y avoir à aborder la question de l'alcool avec un patient qui « ne vient pas pour cela » est également un frein à une prise en charge adaptée.

- **Le manque de formation des équipes urgentistes sur le thème de l'alcool**, les représentations diverses liées à l'alcool, au sein des équipes, voire la « banalisation » du phénomène est aussi mis en évidence par ces entretiens.

- **Le manque de visibilité du travail des équipes de liaison** et, plus généralement, les moyens insuffisants accordés à cette équipe de liaison ne permettent pas de développer des interventions spécifiques envers les jeunes publics, en particulier, en raison du nombre élevé de patient plus âgés.

- **Le manque d'interconnaissance entre les nombreux acteurs** susceptibles d'intervenir en amont et en aval de l'hôpital (des acteurs de prévention et de réduction des risques aux acteurs de prise en charge psycho-sociale, en passant par les forces de l'ordre, les acteurs de la justice, ceux de l'écoute et de l'accompagnement des jeunes publics etc.), et le manque de connaissance du rôle de chacun sur l'ensemble du parcours de prise en charge ne permettent pas de créer les conditions d'un parcours de prise en charge.

- **L'absence d'étude spécifique sur cette population** et sur cette situation concourt à « cacher », le problème, bien qu'il suscite de plus en plus d'inquiétude chez de nombreux acteurs.

- **De nombreux professionnels ont le sentiment d'être « démunis »** face à un phénomène d'alcoolisation massive des jeunes de plus en plus médiatisé, et pour lequel les adultes peinent à trouver une réponse adaptée...

- **L'entourage (parents y compris), « banalise »** trop fréquemment l'alcoolisation d'un jeune (avec un discours de type « cela fait partie de la jeunesse, moi aussi je suis passé par là »)

- **A l'inverse, certains parents sont désemparés** devant une situation qu'ils ne savent pas gérer (« que dois-je lui dire ? », « que dois-je faire ? », « est-ce grave ? »)

#### En amont

L'analyse des entretiens avec des professionnels des structures en amont de la prise en charge aux urgences a mis en évidence un important travail de prévention et de réduction des risques, assuré par des adultes présents la nuit en centre ville (Prév en ville, Nozambules...).

De même, les pompiers, la police ou la gendarmerie, et le SAMU, qui agissent en complémentarité, sont largement mobilisés pour prendre en charge ces jeunes.

Ces acteurs ont aussi le sentiment d'être démunis, dépassés par ces alcoolisations et se questionnent sur le rôle et les limites de chacun : par exemple qui oriente vers le SAU et quand ?

Les ivresses publiques manifestes mobilisent aussi les forces de police et révèlent une ambiguïté entre répression et soins.

Tous s'interrogent aussi sur la place des parents « Où sont-ils ? Que font-ils ? »

Mais ces acteurs sont aussi conscients que bien que les alcoolisations se manifestent dans l'espace public, privé, à travers des accidents... la grande majorité d'entre elles ne se termine pas aux urgences.

#### En aval

Concernant les professionnels des structures « aval » d'écoute et de soins, l'existence à Rennes de structures de soins en alcoologie / addictologie comme les CSAPA mais également des organismes d'accueil et d'orientation pour les jeunes (Maison des adolescents, CASSAJA, PAEJ, BAPU, médecine scolaire et universitaire...) et d'accueil et d'orientation pour les parents (point écoute parent (UDAF 35), centre parents...) est un point très positif.

Pendant ces structures ne se connaissent pas encore très bien. Un travail en réseau serait à organiser, tout comme il serait nécessaire de créer des liens structurés entre les acteurs de l'amont, de l'aval et des urgences.

#### Liste des professionnels rencontrés durant l'enquête

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>En amont de l'hôpital</b>                                 |   |  |
| Pre'ven Ville  | Noz'ambules - Ville de Rennes                     | Noz'ambules - ANPAA                          |
| Noz'ambules - LMDE   | Ville de Rennes                                   |  |
| Centre de réception et de régulation des appels (15)         | SAMU 35   | SOS Médecins                                 |
| Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)                 | Pompiers  | Société nationale de sauvetage en mer (SNSM) |
| Gendarmerie Nationale  | Police nationale                                  | Police municipale                            |
| Protection judiciaire de la Jeunesse                         | Brigade des mineurs                               |  |
| Rectorat   | Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique | CPE établissements scolaires                 |
| Inspection académique  | ARKA  | Amistar                                      |
| Psychiatre Rennes  | Le Relais   |  |
|  |   |  |
| <b>Professionnels du soin</b>                                | Pontchaillou - service de réanimation             | Pontchaillou - Urgences Médecins             |
| Pontchaillou - Urgences Infirmiers + Infirmier psychiatrique | Pontchaillou - Urgences Infirmier addictologie    | Pontchaillou - Services sociaux              |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Pontchaillou - alcoologie de liaison               | Hôpital Sud - Urgences Pédiatriques Médecins      | Hôpital Sud - Urgences Pédiatriques Infirmiers |
| Hôpital Sud - Urgences Pédiatriques Cadre de Santé | Hôpital Sud - grands enfants                      | CHGR - DCA                                     |
| Guillaume Regnier                                  | CHGR - Unité Antares                              | CHGR - SPAO                                    |
| CHGR - Addictologie de liaison                     | Réseau Alcool 35 Assistante Sociale Coordinatrice | Réseau Alcool 35 Médecins Relais               |
| <b>En aval de l'hôpital</b>                        | ANPAA 35  | SÂS - CRIJ                                     |
| Association d'aide à la parentalité                | CASSAJA   | Maison des adolescents                         |
| Procureur de Rennes/Substitut                      |   |  |
| Pôle santé Beaulieu/Villejean                      | SIMPSS  | BAPU   |

## Le passage aux urgences : un évènement anodin ?

Le passage au service d'accueil des urgences d'un jeune pour un motif lié à une consommation excessive d'alcool n'est jamais un évènement anodin. Tous les jeunes admis aux urgences en intoxication éthylique aiguë ne présentent pas les mêmes facteurs de risque en matière de consommation d'alcool. Mais, en raison de la proportion très élevée de jeunes qui quittent l'hôpital sans faire l'objet d'une évaluation par un professionnel, il est impossible, à l'heure actuelle, de définir la proportion de patients à risque de réitération, voire de dépendance.

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

Il est donc nécessaire de mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour répondre au besoin de repérage et d'orientation des jeunes admis aux urgences pour intoxication éthylique aiguë, de manière à leur permettre d'accéder à l'ensemble des ressources dont ils peuvent avoir besoin. Il s'agit de s'assurer qu'une réponse adaptée est apportée à chaque jeune, et ce dans le but de diminuer la réitération. Il est essentiel dans ce domaine, de ne jamais banaliser, de ne jamais dramatiser, mais de toujours évaluer.

C'est dans cet esprit que le CIRDD a conçu en 2010 avec le CHU de Rennes un projet visant à améliorer la prise en charge des jeunes admis aux urgences en intoxication éthylique aiguë en créant en particulier un entretien de prévention post urgences et à en mesurer l'efficacité pour réduire les consommations des jeunes (p. 10).

Les principales structures vers lesquelles les moins de 25 ans peuvent être orientés :

- L'équipe d'alcoologie de liaison du CHRU
- L'équipe d'addictologie de liaison du CHGR
- La Consultation « Jeune consommateur » du Pôle Addiction Précarité (PAP) du CHGR
- Le Point Accueil écoute jeune du CRIJ
- L'ANPAA 35
- Le CCAA
- Les SIMPS
- L'USSAJA (unité d'hospitalisation)
- Le CASSAJA : ambulatoire (CMP)
- Le Relais (Sauvegarde de l'enfance)
- Le Planning familial
- Fil santé jeunes (ligne d'écoute téléphonique)

Pour les professionnels :

- La Maison des Adolescents
- Réseau alcool 35
- COSRAA
- Réseau ville hôpital toxicomanie

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES), *Recommandations pour la pratique clinique. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandations*, Paris, septembre 2001.
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES), *Recommandations pour la pratique clinique. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Argumentaire*. Paris, septembre 2001.
- AUGUSTIN-NORMAND C., CONSIGNY M. : « Mésusages d'alcool chez les jeunes. Enquête en service d'accueil des urgences », in *Alcoologie et Addictologie* 2007 ; 29 (3) : 267-269
- BABOR ET AL., « *Alcohol : nor ordinary commodity. Research and public policy* », Oxford University Press 2003. Résumé par: OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE, « Quelles sont les mesures efficaces en matière de politique de l'alcool ? », *Spectra +, prévention et promotion de la santé*, No 48, Bernd, janvier 2005. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- BANTUELLE M., DEMEULEMEESTER R. (Dir.), *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*, Editions INPES, 2008. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>
- HUERRE P. et MARTY F., *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse*, Paris, Albin Michel, 2007.
- INPES, « Prévention du mésusage d'alcool : la prévention primaire, ça peut marcher chez les adolescents ! » *Actualités alcool*, n° 14, 2003, Inpes. <http://www.inpes.sante.fr/AA/pdf/AlcoolActu14.pdf>
- JEAMMET, P., « La prévention, affaire de la société toute entière », in : *La santé de l'homme*, No 384, juillet-août 2006 : 15-19. <http://www.lasanteventenmangeant.inpes.sante.fr/SLH/articles/384/01.htm>
- MAURY, N. (2008). Les tentatives de suicide accueillies dans les services des urgences d'Ille-et-Vilaine : Quelle qualité de prise en charge. Mémoire de l'EHESP, Promotion 2007-08 Médecin Inspecteur de Santé Publique.
- McCAMBRIDGE J., STRANG J., "The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial". *Addictions*, 2004 Jan; 99(1): 39-52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14678061>
- MONTI PM, COLBY SM, BARNETT NP, SPIRITO A, ROHSENOW DJ, MYERS M, WOOLARD R, LEWANDER W., "Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999 Dec; 67(6): 989-94. <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1999-01811-018>
- MUSZLAK M., PICHEROT G., : « Intoxication alcoologique aiguë de l'adolescence. Une enquête prospective multicentrique française », in *Alcoologie et addictologie* 2005 ; 27 (1) : 5-12.
- NORDMANN, R., *Evolution des conduites d'alcoolisation des jeunes : motifs d'inquiétude et propositions d'action*, Rapport au nom de la Commission V-B (Addictions) de l'Académie nationale de médecine, Paris, 2007. [http://www.academie-medecine.fr/Upload/nordmann\\_rapp\\_5juin\\_2007..doc](http://www.academie-medecine.fr/Upload/nordmann_rapp_5juin_2007..doc)
- OSTERBERG, E., *What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2004. <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>
- PICHEROT G., MUZSLACK M., HAZART D., DRENO L., GRAS-LEGUEN C., « Alcool et adolescence », in : *Journal de pédiatrie et de puériculture* (2007) 20, 321-324.
- STEINER M., KNITTELL T., *Short report: the national pilot project Halt - scientific monitoring. Communal strategies for preventing heavy or risky alcohol consumption amongst children and adolescents*. On behalf of the German Federal Ministry of Health. Basle, 2007.

## Le projet du CIRDD au CHRU de Rennes

Au regard de cet état des lieux, il importe de mettre en place des actions, organisées en complémentarité avec les dispositifs déjà existants, pour intervenir auprès de ce public « invisible » qui ne bénéficie que trop rarement d'une prise en charge spécifique concernant ses consommations d'alcool et les prises de risques associées. Il existe en effet sur le territoire un réel besoin en matière d'accès à la prévention et à la prise en charge psychosociale pour cette jeunesse particulièrement à risque. Il est donc nécessaire d'apporter des réponses adaptées aux situations individuelles en termes de prévention et de prise en charge psychosociale de ces jeunes.

C'est pourquoi le CIRDD Bretagne, en collaboration avec plusieurs partenaires, a souhaité mettre en place un projet visant à améliorer la prise en charge des jeunes admis aux urgences pour un motif lié à une consommation excessive d'alcool, de manière à faire diminuer les réitérations et les prises de risques ultérieures.

**Ce projet consiste à créer une intervention dont bénéficieront les jeunes consommateurs d'alcool quelques jours après leur passage aux urgences, et dans certain cas leur entourage.**

Le passage aux urgences, encore trop souvent banalisé, doit être l'occasion d'instaurer un dialogue avec le jeune dans le but de susciter une réflexion sur sa consommation. L'instauration d'une procédure d'entretien systématique permettra d'évaluer, au cas par cas, la réponse la plus adaptée à chaque patient.

Pour cela, des outils simples, opérationnels et scientifiquement validés, adaptés au contexte de travail des urgentistes et des autres professionnels, devront être utilisés. Ces outils, assortis de formations, auront pour objectif de faciliter le travail de repérage, d'évaluation et d'orientation.

Le projet vise également à améliorer le travail en réseau des différents acteurs rennais concernés par cette thématique. Leur meilleure coordination permettra de clarifier les rôles de chacun et de bâtir le cas échéant un protocole commun d'intervention, à échelle du territoire rennais.

**Créer une consultation post-urgence et mesurer son efficacité.** L'intervention motivationnelle proposée dans ce projet est composée d'une consultation suivie de deux rappels téléphoniques. Afin d'évaluer l'efficacité de cette intervention spécifique, un protocole de recherche clinique a été élaboré au CHRU de Rennes. **Ce protocole est basé sur une étude randomisée contrôlée pour mesurer l'efficacité d'une intervention motivationnelle.** 140 jeunes bénéficieront de cette intervention contre 140 autres qui ne bénéficieront que de la remise d'un livret d'information. Trois mois après leur admission, les 280 jeunes seront rappelés pour évaluer leur consommation actuelle et leur changement de comportement éventuel. Le CHRU de Rennes est le promoteur de cette étude baptisée « AURIA » pour Admission aux Urgences de Rennes des Adolescents en Ivresse Aiguë.

Ce protocole est financé par le Haut Commissariat à la Jeunesse, la MILDT, l'Agence régionale de Santé et la ville de Rennes.

### Calendrier prévisionnel du projet

- Septembre 2010/septembre 2011 : procédures réglementaires liées au protocole de recherche clinique (dépôt AFSSAPS, comité d'éthique, CCTIRS, CNIL). Formation des personnels
- Septembre 2011/septembre 2012 : inclusion des patients de moins de 25 ans et entretien pour les 140 jeunes.
- Automne 2012 : publication des résultats de l'évaluation

### Le comité de pilotage du projet

Un comité de pilotage élargi, composé de représentants d'organismes concernés par la thématique, participe au déroulement de l'ensemble du projet tout en favorisant les échanges autour de la thématique.

Il est placé sous la coprésidence du préfet d'Ille-et-Vilaine, du directeur général du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Rennes et du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne.

Il se réunit une fois par an et est composé des personnes suivantes :

- ANPAA 35
- Associations d'aide à la parentalité
- CASSAJA
- Centre Médico-Psychologiques (CMPP) de Rennes
- Conférence sanitaire du secteur 5
- COSRAA-Bretagne
- COTER urgences
- CRES Bretagne
- CRIJ Bretagne
- ARS DT 35 (ex DDASS 35)
- Département des conduites addictives du CHGR
- ARS (ex DRASS)
- Maison des adolescents de Rennes
- Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)
- Observatoire régional de santé de Bretagne (ORS)
- Préfecture Ille et Vilaine
- Protection Juridique de la Jeunesse (PJJ)
- Rectorat (Inspection académique / DDEC)
- SPAO (CHGR)
- Unité d'alcoologie de liaison (CHU)
- Urgences pédiatriques, hôpital Sud
- Urgences de Pontchaillou
- Ville de Rennes

En 2011, un groupe de pilotage plus restreint a été créé.

Il est chargé de veiller au bon déroulement du protocole de recherche clinique élaboré dans le cadre de projet pour mesurer l'efficacité d'une intervention motivationnelle pour diminuer les consommations et les réitérations des jeunes et les prises de risque associées aux alcoolisations. Il est composé des représentants des urgences pédiatriques, des urgences adultes, des unités de psychiatrie et d'alcoologie de liaison, de la direction de la recherche clinique du CHRU et des financeurs du projet : le Haut Commissariat à la Jeunesse, l'Agence régionale de santé, la Préfecture d'Ille-et-Vilaine et la ville de Rennes.