

Année 2019/2020

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État  
par

**Tatiana PERIER**

Né(e) le 3 Aout 1987 à Bruges (33)

---

#### TITRE

Etude observationnelle rétrospective réalisée sur 167 admissions au Service d'accueil des Urgences de Blois de patients en état d'ivresse aiguë du 1<sup>er</sup> février au 31 Août 2019,  
après sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques.

---

Présentée et soutenue publiquement le 30 avril 2020 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

**Directeur de thèse : Docteur Anne-Marie BRIEUDE, Médecine Générale, Addictologie-Orléans.**

UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004 Pr

Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL Pr.

Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN Pr

Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER  
– C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS  
– C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE  
– J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA  
– P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH  
– J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A.  
SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David .....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe .....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire LABARTHE
François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence LARDY Hubert
.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## PROFESSEURS ASSOCIES

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale ROBERT Jean  
..... Médecine Générale

## PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE

---

MC CARTHY Catherine ..... Anglais

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

BARBIER Louise..... Chirurgie digestive  
BERHOUET Julien ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique  
BRUNAUT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie

CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication CLEMENTY
Nicolas .....	Cardiologie
DENIS Frédéric .....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure .....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine .....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine .....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno .....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste .....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille .....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Thérapeutique
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure .....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
BOREL Stéphanie .....	Orthophonie
NICOGLU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

---

BARBEAU Ludivine .....	Médecine Générale RUIZ
Christophe .....	Médecine Générale
SAMKO Boris .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001

MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259  
 PAGET Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
 RAOUL William ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001  
 SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 WARDAK Claire  
 ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire ..... Orthophoniste  
 GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de  
mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de  
la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai  
jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne  
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à  
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je  
rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si  
je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert  
d'opprobre et méprisé de  
mes confrères si j'y manque.

## RESUME :

Etude observationnelle rétrospective réalisée sur 167 admissions au Service d'accueil des Urgences de Blois de patients en état d'ivresse aiguë, du 1<sup>er</sup> février au 31 Août 2019, après sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques.

Contexte : 1,38% des passages aux urgences en France sont en lien direct avec une consommation d'alcool et traduisent un mésusage qui expose à une morbidité et une mortalité accrue. 90% de ces patients ont une consommation pathologique d'alcool et seulement 2% d'entre eux bénéficient d'une prise en charge spécialisée. C'est un lieu privilégié d'intervention qui n'est pas suffisamment exploité.

L'objectif était d'étudier la population admise en état d'ivresse aux urgences et les interventions spécialisées réalisées, après sensibilisation des professionnels de santé aux bonnes pratiques de prise en charge des intoxications éthyliques aiguës.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective de la population admise avec les cotations CIM-10 correspondantes et de sa prise en charge, du 1<sup>er</sup> février, au 31 août 2019, sur 167 passages, au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Blois.

Résultats : La population de notre étude était comparable aux autres travaux sur le sujet et la prise en charge adaptée avec 21,6% des patients ayant bénéficié d'une intervention de l'ELSA (11% d'entre elles aux urgences). 26,3% ont été hospitalisés. 27,6% ont eu un courrier des urgences pour le médecin traitant et 40,1% sont repartis sans aucune intervention.

Conclusion : Les difficultés rencontrées nous ont permis de proposer des pistes d'amélioration pour favoriser le lien entre le service des urgences et l'ELSA, mais aussi avec le médecin traitant. Augmenter la formation des équipes soignantes pour accroître la confiance en leur capacité d'agir et modifier leurs représentations négatives, afin de favoriser la pratique du RPIB dont l'efficacité est démontrée.

Mots clés : Alcool, Intoxication éthylique aiguë, Urgences, Recommandations de bonne pratique.



## ABSTRACT:

Retrospective observational study, carried out on 167 admissions at the Blois's Emergency Department, of patients in inebriety, from the 1st of February to the 31st of August 2019, after health professionals' awareness of best practices

Context: 1,38% of emergency' admissions in France are in direct link with alcohol consumption and show an excessive use exposing patients to an increasing morbidity and mortality. 90% of these patients have a pathological alcohol consumption and only 2% of them are receiving a specialized treatment. It is a preferred place of intervention not exploited enough.

The goal was to study the population admitted in inebriety at the Emergency Department and the specialized interventions conducted after giving health professionals awareness of best practices regarding treatment of acute alcohol intoxication.

Material and method: We conducted a retrospective study of the population admitted with the corresponding ICD-10 codes and its treatment from the 1st of February to the 31rd of August 2019 on 167 patients, at the Admission Service of Blois's Emergency Department.

Results: The population of our study was similar to the ones in other studies on the subject and the suited treatment, with 21,6% of the patients receiving an ELSA intervention (11% of those at the Admission Service of Emergency Department). 26,3% were hospitalized. 27,6% had a letter from the Emergency Department for their general practitioner and 40,1% went home without any intervention.

Discussion: The difficulties encountered have allowed us to suggest some improvements mostly to encourage a link between the Emergency Department and the ELSA but also the general practitioner. Enlarge the nursing staff training in order to increase their confidence in their ability to react and change their negative image in order to support the early identification and brief intervention practice, which was demonstrated as efficient.

Key words: Alcohol, acute alcohol intoxication, emergency, best practices.

## REMERCIEMENTS :

### **A Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU.**

Professeur des universités, Médecin généraliste.

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de présider ce jury,

Pour m'avoir encadré lors de mon SASPAS et avoir participé à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS.**

Professeur, Psychiatre. Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour l'intérêt que vous y accorderez. Soyez assuré de ma reconnaissance.

### **A Madame le Professeur Clarisse DIBAO-DINA.**

Professeur des universités, Médecin généraliste. Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

### **A Mon directeur de thèse, Le Docteur Anne-Marie BRIEUDE.**

Médecine générale-Addictologie.

Merci à toi pour m'avoir encadré lors de mon premier stage d'internat, pour ta pédagogie ta bienveillance. Pour m'avoir transmis ta passion pour l'addictologie.

Pour avoir repris cette thèse avec moi en cours de route quand je n'avais plus de directeur. Pour ton implication, ta réactivité, ta disponibilité. Pour m'avoir guidé, dirigé et conseillé tout au long de ce travail. J'espère que nos routes se recroiseront.

Puisses-tu trouver en ce travail l'expression de mon profond respect.

A mon Papa, sans toi je n'en serai jamais arrivée là. Merci d'avoir toujours été là, de m'avoir guidé tout au long du chemin et de m'avoir aidé à devenir la femme que je suis. Merci de m'avoir donné la force et le courage d'aller jusqu'au bout et de m'avoir épaulé durant les périodes difficiles. Merci pour ton soutien à toute épreuve, toutes nos conversations sur mon travail, et même pendant mes gardes. Tu attendais ce jour avec fierté, Et même si tu n'es plus là physiquement tu seras toujours dans mon cœur.

A ma maman, merci pour ton soutien également durant toutes ces années, pour ta douceur et tes sacrifices pour mon bonheur. Merci d'être une merveilleuse mamie. Et pour ces heures de relecture et de correction.

A toi Michaël qui partage ma vie depuis tant d'années, qui m'as suivi lors de mon internat « dans le Nord ». Je ne te remercierai jamais assez. Ça n'a pas toujours été facile pour toi mais tu as tenu bon et tu m'as aidé de toutes tes forces. Merci pour la vie de famille et d'être un compagnon et un papa râleur mais formidable.

A toi Mila, te voir grandir et être ta maman est la plus grande joie qui m'ait été donnée.

Merci,

Au reste de famille pour votre présence et votre amour, mon grand-père, ma tante, mes cousins Julien, Grégory et Bastien et ma grand-mère qui n'est plus là.

A Mamie, Sylvie, Lorris et Louis pour votre présence et votre affection, pour votre soutien dans les épreuves de la vie et les moments de joie partagés.

A ma belle-famille, merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail depuis le début et à Véronique pour la relecture.

A tous mes co-externes, tous ces moments partagés avec vous, il y en a tellement...

A tous ceux qui ont participé à ma formation, qui m'ont soutenu et qui ont participé à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui : Merci,

Au Dr Anne-Marie BRIEUDE en addictologie, les infirmières de l'ELSA et tous les membres du Rézo,

Au service de Pneumologie à TOURS, au DR PICHON et à toi Bruno DIOT pour ta bienveillance, ton aide si précieuse et pour les fibroscopies... mais aussi à toute l'équipe infirmiers et aides-soignantes pour votre soutien et votre gentillesse. C'était un réel travail d'équipe et un plaisir de travailler avec vous.

Au service des urgences de Blois, à toute l'équipe pour votre formation et m'avoir permis de réaliser ma thèse dans votre service. Et particulièrement à toi Roger qui t'es tant impliqué même si cela n'a pas eu le résultat escompté.

A mes MSU de niveau 1 : le Dr Dominique PERE, le DR Annie RECOUVREUR, et le Dr CHAUVET et Valérie, Merci pour tout vous avez été tellement fantastiques avec moi en plus de la formation et de m'avoir permis de me « lancer en solo » votre bienveillance a été d'une très grande aide. Travailler à vos côtés ensuite en vous remplaçant a été un réel plaisir.

A mes MSU de SASPAS le Professeur Jean-Pierre LEBEAU, le Dr Christina SANTACRUZ et le Dr Alain AUMARECHAL pour votre patience, l'intérêt et l'enthousiasme que vous avez mis dans ma formation.

Au Service de Pédiatrie de l'hôpital de Blois, merci à tous les médecins, les infirmières, les aides-soignantes et les secrétaires qui ont partagé cette aventure riche d'enseignements et d'émotions.

A tous mes co-internes : Benoit avec qui j'ai partagé ce petit bureau pendant tant d'heures en pneumologie je te remercie particulièrement car tu as été mon premier co-interne et ton soutien a été très important pour moi mais aussi à Marion, Guillaume, Hélène, Thomas, Anaïs, Raoul, Benjamin, Claire, Marjolaine, Louis et Marco avec qui j'ai tant partagé joie, rires et larmes parfois. Le soutien et l'entraide dont vous avez fait preuve je ne l'oublierai jamais.

A tous mes amis même si je ne cite pas tout le monde merci à tous de faire partie de ma vie.

A Raoul et Caroline, une si belle rencontre, cette presque collocation ces 3 années à Amboise a été une merveilleuse expérience. Toutes les heures que tu as passé à m'écouter Raoul je ne n'oublierai jamais. Tous ces moments partagés, votre amitié, votre soutien là-bas mais aussi à distance ... et ces années d'amitié encore à venir je vous en remercie sincèrement.

A Laetitia, merci pour ta folie, ton amitié à toute épreuve, malgré la distance.

A Emilie pour ta gentillesse tu es une personne en or, merci pour ton amitié. Merci pour la relecture et les propositions d'amélioration tu as été d'une aide précieuse.

A Amanda comment ne pas te citer même si on ne se voit plus beaucoup 30 ans d'amitié ça n'a pas de prix. Et toutes nos conversations par téléphone non plus. Nous avons partagé tous les événements de la vie ensemble toutes les étapes heureuses et difficiles. Tu es dans mon cœur.

Et à toi Sophie, en plus d'avoir été une co-extreme extraordinaire et d'avoir partagé tant de moments ensemble (et beaucoup de soirées...) tu es une amie qu'on ne risque pas d'oublier. Merci pour tous tes conseils pour cette thèse, pour les statistiques et de m'avoir recentré sur le sujet ... tu as été d'une grande aide.

A Steph et Mélanie depuis l'Oregon vous veillez sur moi, merci pour la correction de la traduction.

A tous les autres....

Merci.

J'espère vous faire honneur aujourd'hui.

# Table des matières

Introduction.....	19
I. Description de la consommation d'alcool.....	21
A. Définitions.....	21
1. L'éthanol.....	21
2. Action.....	21
3. Le verre standard/ l'unité d'alcool.....	22
4. Les seuils en France.....	22
5. L'intoxication éthylique aiguë.....	23
6. Le Bige Drinking et autres alcoolisations excessives.....	24
B. Classifications.....	25
C. La situation en France.....	26
1. Tendances générales.....	26
2. Consommation selon l'âge.....	27
3. Consommation selon le sexe.....	28
Cas particulier des femmes enceintes :.....	28
4. Les Alcoolisations ponctuelles importantes.....	28
5. En région centre.....	29
6. Position de la France dans le monde.....	29
7. La politique publique de lutte contre les drogues.....	30
D. Vulnérabilité/Facteurs de risques.....	31
1. Facteurs génétiques.....	31
2. Facteurs socio-environnementaux.....	31
II. Les complications de l'alcool.....	33
A. Complications somatiques immédiates.....	33
B. Alcool et grossesse : Syndrome d'alcoolisation fœtal.....	34
C. Complications somatiques long terme.....	35
D. Psycho-sociale.....	37
E. Mortalité.....	37
F. Alcool au volant.....	38
G. Le French paradoxe.....	38
H. Chiffres des soins liés à l'alcool.....	38
III. Les intoxications éthyliques aux urgences.....	40
A. IEA et urgences en chiffres.....	40
B. Organisation des soins.....	42

C.	L'ELSA. ....	42
D.	Recommandation de prise en charge addictologique des IEA aux urgences.....	43
1.	Au niveau médical. ....	43
2.	Au niveau addictologique.....	44
IV.	Repérage précoce intervention brève.....	46
A.	Repérage.....	46
1.	Les questionnaires.....	46
2.	DETA/CAGE.....	47
3.	AUDIT.....	47
4.	FACE.....	48
B.	Intervention brève.....	48
C.	Intervention Ultra-brève. ....	48
D.	RPIB aux urgences. ....	49
	Matériel et Méthode.....	50
I.	Diagramme de prise en charge selon les bonnes pratiques. ....	50
II.	Recueil de données. ....	51
	Résultats.....	54
I.	Diagramme des flux.....	54
II.	Description de la population. ....	55
A.	Tableau descriptif de la population étudiée (n=167) sur la période du 1 <sup>er</sup> Février au 31 Août 2019 :.....	55
B.	Répartition de la population en fonction de l'âge et du sexe :.....	56
C.	Répartition de la population en fonction de l'alcoolémie mesurée : .....	57
III.	Prise en charge des patients.....	58
A.	Mode de Sortie des patients admis au SAU en état ivresse :.....	58
B.	Répartition des hospitalisations :.....	58
C.	Description des hospitalisations.....	59
1.	Durée moyenne des hospitalisations, moyenne d'âge et répartition hommes/femmes : ...	59
2.	Hospitalisations en fonction des antécédents addictologiques :.....	59
D.	Prise en charge spécialisée.....	60
1.	Prise en charge par l'ELSA : .....	60
2.	Prise en charge globale :.....	61
IV.	Répartition dans le temps. ....	62
A.	Répartition des admissions en fonction du temps :.....	62

B.	Répartition des admissions en fonction des jours de semaine ou du Week-end : .....	63
C.	Répartition des admissions en fonction des vacances scolaires : .....	64
D.	Interventions de l'ELSA selon les mois de l'étude : .....	64
V.	Questionnaire : .....	65
A.	Description de la population ayant répondu au questionnaire. ....	65
1.	Selon la fonction hospitalière : .....	65
2.	En fonction du sexe et de la durée d'exercice aux urgences : .....	65
B.	Réponses concernant l'ELSA.....	66
1.	Avant sensibilisation : .....	66
2.	Après sensibilisation : .....	66
C.	Réponses concernant le RPIB. ....	67
D.	Réponses concernant le diagramme de prise en charge. ....	67
E.	Réponses concernant le courrier au Médecin Traitant.....	68
F.	Réponses aux Commentaires/ proposition d'amélioration. ....	69
VI.	Données avant sensibilisation aux recommandations de bonne pratique. ....	70
A.	Diagramme des flux.....	70
B.	Tableau rapportant la prise en charge des patients sur les 7 mois précédents et les 7 mois suivant le début de l'étude.....	70
Discussion : .....		71
I.	I. L'Echec de l'application du protocole et du recueil de données.....	71
1.	Le recueil de données.....	71
2.	Concernant l'ELSA.....	72
II.	La méthode.....	73
III.	Résultats.....	73
A.	Description de la population. ....	73
B.	Prise en charge. ....	75
1.	Hospitalisations. ....	75
2.	Concernant les interventions spécialisées. ....	75
3.	Les admissions en fonction du temps. ....	76
IV.	Questionnaire.....	77
V.	Comparaison.....	77
VI.	Propositions d'amélioration. ....	78
Conclusion. ....		80

Bibliographie.....	81
Annexes.....	88
I. DSM-IV critères d'abus et de dépendance.....	88
II. CIM-10 Utilisation nocive et syndrome de dépendance.....	89
III. DSM-V Trouble de l'usage d'une substance.....	89
IV. Questionnaire AUDIT :.....	90
V. Questionnaire DETA (CAGE).....	91
VI. Diagramme de prise en charge des intoxications éthyliques aiguës.....	92
VII. Dossier mis à disposition des urgences.....	94
A. Projet/instructions.....	94
B. Recueil de données : informations nécessaires.....	95
C. Fiche rappel RPIB.....	96
D. Fiche rappel prise en charge des Intoxications éthyliques aiguës.....	99
E. Documents patients/affichage.....	100
VIII. Questionnaire à destination des soignants.....	103
IX. PowerPoint.....	106
A. Présentation :.....	106
B. RPIB.....	110



## LISTE DES ABREVIATIONS :

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

API : alcoolisation ponctuelle importante.

CHB : Centre hospitalier de Blois.

CIM : Classification internationale des maladies.

CNH : Certificat de non-hospitalisation.

DIM : département de l'information médicale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

ELSA : Equipe de liaison en soins addictologiques.

HAS : Haute autorité de santé.

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat.

IEA : Intoxication éthylique aigue.

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

IREB : Institut de Recherches scientifiques sur les Boissons.

NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

ONISR : Observatoire national interministériel de la sécurité routière.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

SAU : Service d'accueil des urgences.

SBIRT : Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (dépistage, intervention brève et orientation vers un traitement).

SFA : Société Française d'alcoologie.

UHTCD : Unité d'hospitalisation de très courte durée.

**« Quiconque a eu un remords à apaiser, un souvenir à évoquer, une douleur à noyer, un château en Espagne à bâtir, tous enfin vous ont invoqué, dieu mystérieux caché dans les fibres de la vigne »**

**Charles Baudelaire.**

# Introduction

L'admission en elle-même dans les services d'urgences pour intoxication éthylique aiguë constitue un mésusage. Elle est un élément prédictif d'une consommation exposant à une morbidité et une mortalité accrue. (1,2)

Cette situation justifie que l'évaluation de la consommation et la prise en charge des patients débute dès le service d'accueil des urgences (SAU).

Les prises en charge sanitaires interviennent tardivement, faute de détection à temps des consommateurs à risques, ce qui nuit à la continuité et à la qualité des soins. (3,4)

Alors que 90% des sujets arrivant aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë ont une consommation pathologique d'alcool (abus ou dépendance), une prise en charge addictologique spécialisée n'est proposée qu'à 2% d'entre eux (5).

Ces passages surviennent en moyenne 4,5 ans avant les hospitalisations pour dépendance et 13 ans avant les hospitalisations pour complications.(6)

Même si la consommation d'alcool en France a diminué ces cinquante dernières années, 23,6% de la population adulte dépassait les repères en 2017.(7)

Certains comportements à risque persistent, l'usage d'alcool durant la grossesse et la conduite automobile en sont des exemples tout comme les consommations ponctuelles excessives (le binge drinking pour ne citer que lui)(8).

Elle continue d'être associée à de très nombreuses maladies, des traumatismes et contribue fortement à la mortalité évitable ainsi qu'aux inégalités sociales de santé. C'est une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. (6)

Le nombre de décès liés à cette consommation en France s'est élevé à 41 000 en 2015.(9)

Elle est responsable d'une part non négligeable de passages aux urgences : 1,38% en moyenne sont en lien direct avec une consommation d'alcool en France.(7)

Pendant mon internat, lors de mon passage en addictologie au Rézo 41, je me suis aperçue qu'il s'agissait d'un très gros problème de santé public.

Les patients inclus souffraient de nombreuses comorbidités : qu'il s'agisse de dommages physiques dus à une consommation excessive et durable, de dommages psychosociaux allant du conflit familial et de la perte d'emploi ou de logement à des conséquences judiciaires comme le retrait de permis de conduire ou des peines d'emprisonnement.

Il est donc essentiel de dépister ces patients avant que leur situation ne devienne pathologique ou problématique ; avant que ne s'installe un problème de dépendance.

C'est dans ce contexte que le médecin addictologue, en poste à l'hôpital, souhaitait mettre en place un protocole de prise en charge des intoxications éthyliques aiguës aux urgences et que nous avons commencé à travailler sur le sujet.

Le mémoire réalisé par une infirmière du service d'addictologie, nous a démontré que ces passages concernaient essentiellement les sujets majeurs et proposait des ouvertures pour une amélioration de la prise en charge des patients : La mise en place d'un protocole, la formation des équipes et une meilleure visibilité des outils étant les principaux axes.

La situation au cours de mon travail de recherche a évolué dans l'hôpital avec le départ des médecins de l'unité d'addictologie qui n'ai composé désormais que d'infirmières.

Il était donc essentiel d'envisager des solutions pour aider et favoriser la détection et la prise en charge des patients nécessitant une intervention spécialisée ou non.

Nous avons élaboré un diagramme de prise en charge pour une meilleure visibilité et un rappel des recommandations dans le but d'inciter les intervenants à repérer les situations à risque, à pratiquer l'intervention brève ou à faciliter les liens avec l'ELSA selon les besoins et à tenir le médecin généraliste informé par courrier.

L'objectif du travail étant de décrire la population admise en état d'ivresse aiguë et d'évaluer la prise en charge de ces patients après avoir sensibilisé les intervenants aux recommandations de bonne pratique afin de pouvoir faire des propositions d'amélioration.

## I. Description de la consommation d'alcool.

L'alcool, en particulier le vin, est l'un des symboles de la tradition et de la gastronomie française. Il est associé à la fête, à la convivialité et accompagne systématiquement les événements marquants de la vie sociale. Il est apprécié pour le plaisir du goût, mais aussi pour ses vertus euphorisantes.

(10) Au-delà des phénomènes de dépendance et d'ivresse, une consommation inscrite dans les habitudes de vie peut être excessive et avoir des conséquences sur la santé.

Selon les Baromètres Santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la tendance inscrite depuis les années 2000 montre que plus les hommes consomment régulièrement de l'alcool, plus ils ont tendance à en minimiser les conséquences et à écarter le risque pour eux-mêmes, en définissant la consommation à risque pour la santé à un niveau supérieur à leur propre consommation (11).

Nous allons revenir sur les différentes définitions et seuils admis.

### A. Définitions.

#### 1. L'éthanol.

Ce qu'on appelle communément « alcool », malgré des modes de production très différents et une grande variété de goûts et de couleurs, est composé d'une seule substance : l'éthanol, qui agit de manière spécifique sur l'organisme.

Il provient de la fermentation de fruits, de grains ou de tubercules. La fabrication de certains alcools comporte une étape de distillation, qui permet d'augmenter la concentration en alcool pur.(12)

C'est un nutriment non indispensable. Les conséquences sur l'organisme varient selon l'importance et les modalités d'usage et dépendent de nombreux facteurs environnementaux et individuels.

#### 2. Action.

L'alcool n'a pas de récepteurs spécifiques dans le cerveau : il agit sur de nombreuses cibles dont il modifie l'activité, perturbant la transmission de signaux nerveux excitateurs et inhibiteurs. Il stimule notamment la libération de dopamine, neuromédiateur du plaisir, qui est impliquée dans la dépendance. A forte dose, s'opère un remodelage des connections entre les neurones qui permet au cerveau de s'adapter, de diminuer ses effets et entraîne un appel à consommer.(13)

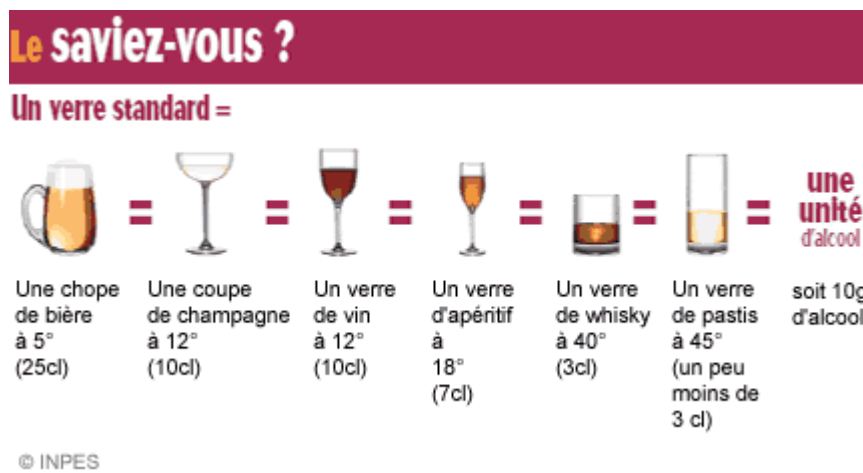
La concentration d'éthanol dans le sang est maximale au bout de 45 minutes lorsqu'il est consommé à jeun et au bout de 90 minutes au cours d'un repas. L'élimination se fait au rythme d'environ 0,15 g/l/h en cas de concentration supérieure à 0,50 g/l, avec d'importantes variations individuelles notamment en fonction de :

- La quantité,
- Le moment de la consommation,
- La fréquence,
- L'âge,

- Le sexe,
- La corpulence,
- L'état de santé,
- L'histoire familiale,
- L'association avec d'autres produits ou médicaments. (13,14)

### 3. Le verre standard/ l'unité d'alcool.

On utilise pour quantifier la quantité d'alcool consommée le verre standard, plus compréhensible que le grammage en alcool.



(12)

Figure 1 : le verre standard

Chez soi ou entre amis, les verres sont servis souvent plus généreusement et contiennent des quantités d'alcool plus importantes.

Le verre standard à 10g d'alcool pur est communément utilisé en France et dans la plupart des pays Européens.

### 4. Les seuils en France.

Les repères de consommation font débats depuis de nombreuses années, l'enjeu étant de savoir s'il existe un seuil au-delà duquel la consommation est nocive et si le risque existe même dès le premier verre.

Les directives officielles sur la consommation d'alcool sont produites par les gouvernements : par le Ministère de la Santé ou d'autres services gouvernementaux en charge de l'alcool comme l'INPES en France.

Si aucun niveau exempté de risque n'existe (Dufour, 1999) pour la plupart des individus, les seuils se veulent offrir une base en-dessous de laquelle les risques sont faibles. C'est le rapport bénéfices/risques de la consommation d'alcool qui permet de déterminer le point de transition (OFDT, 2013). (15)

La Haute autorité de santé (HAS) a publié, en 2014, un outil de repérage des consommations à risque pour l'alcool, le tabac et les drogues, à destination des professionnels de santé, pour évaluer les seuils nécessitant une intervention médicale (11).

*« Réduire sa consommation d'alcool, c'est réduire les risques pour sa santé » s'inscrit dans la lignée des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui prône le "Less is better".*

#### Les nouveaux seuils :

En 2017 un avis d'experts (relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool) recommande de ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 par jour pour les hommes et les femmes.(16)

### **« Pas plus de 2 verres par jour et pas tous les jours »**

« Ces seuils définis n'ont pas de valeur absolue, ils constituent de simples repères et doivent être abaissés dans diverses situations. ».(13)

Abstinence dans les cas suivants :

- Grossesse ou allaitement,
- Prise de médicaments,
- Conduite d'un véhicule (au-delà de 2 verres, la limite légale pour conduire est dépassée) ou d'une machine dangereuse,
- Activité qui exige de la vigilance,
- Maladie chronique (épilepsie, pancréatite, hépatite C),
- Antécédent d'alcool-dépendance,
- Pendant toute la période de croissance, durant l'enfance et l'adolescence.(13,15)

Aucun repère de consommation n'est validé pour les jeunes, chez lesquels toute consommation peut être nocive, en raison de la vulnérabilité accrue du cerveau en développement.

L'HAS a donc proposé une liste des situations particulières majorant le risque de dommages qui reprend les cas précédemment énoncés et les complètent en précisant que :

- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- La consommation d'alcool par les personnes âgées, affectées de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes est à proscrire. (13)

La question des seuils n'a pas fini de faire débat autant sur la quantité que sur leur utilité.

Une recommandation nutritionnelle destinée au grand public doit tenir compte de l'ensemble des effets et impacts potentiels et ne pas se baser sur une morbi-mortalité spécifique selon le Haut conseil de santé publique.

## 5. L'intoxication éthylique aiguë.

La présentation clinique est très variable, allant d'un simple état d'ébriété à celui du coma. L'intoxication est la conséquence de l'ingestion de quantités importantes d'alcool en un temps limité.

Une intoxication est responsable de perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, du jugement, de l'affect ou du comportement, ou d'autres fonctions et réponses

psychophysiologiques. Son intensité décroît et ses effets se dissipent progressivement quand le sujet arrête de consommer la substance (CIM-10).

On distingue plusieurs phases :

Tout d'abord l'excitation motrice : l'éthanol a un effet stimulant qui s'accompagne d'une désinhibition : les tâches cognitives sont exécutées plus rapidement avec une impression de facilité intellectuelle et relationnelle, une hyper-expansivité, une perte du contrôle des fonctions supérieures et une libération des tendances instinctives. (En général pour des mesures inférieures ou égales à 0,50 g/l)

Suit la phase d'incoordination :

Au-delà d'une certaine quantité (en moyenne 0,50 g/l), l'alcool a un effet sédatif et perturbe les fonctions motrices : (17)

- Altération de la capacité de jugement et de la concentration avec un ralentissement du temps de réaction, une altération de la perception des objets et de la vision spatiale ;
- Troubles de l'équilibre (démarche instable),
- Troubles de la coordination des mouvements et dysmétrie (Syndrome cérébelleux).
- Troubles du langage : parole bredouillante,
- Surestimation de soi, désinhibition, perte de l'esprit critique,
- Signes végétatifs : nausées, vomissements, diarrhées, mydriase.

Puis la phase comateuse :

A partir de 3 g/l peuvent survenir amnésie et coma chez le non-dépendant,

Et à partir de 4 g/l : Dépression, arrêt respiratoire, voire décès.(17)

Comme souligné précédemment ces effets dépendent d'une sensibilité individuelle.(18)

Il n'y a pas corrélation entre gravité, alcoolémie et signes cliniques.

## 6. Le Bige Drinking et autres alcoolisations excessives.

Les nouvelles alcoolisations ponctuelles importantes (API) allant du « binge drinking » (dans son expression anglaise) ou « biture expresse » ou encore « beuverie express » à la neknomination (mise en scène de la consommation de boissons alcooliques sur Internet) sont des phénomènes en expansion.

Ils caractérisent la consommation massive d'alcool dans un temps très court avec une recherche intentionnelle et organisée d'ivresse. Les pertes de contrôle de soi et les comas ne sont pas rares(19)

Plusieurs définitions existent. La plus basse retenue par l'Institut de Recherches scientifiques sur les Boissons (IREB), correspond à la consommation de 5 verres (soit 50g d'alcool) ou plus pour les hommes et 4 verres (soit 40g) ou plus pour les femmes en une seule occasion.

La NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) précise sur une durée brève (2 heures ou plus) et la SAMHSA (Administration des services de toxicomanie et de santé mentale), qui mène l'enquête nationale annuelle sur la consommation de drogues et la santé, utilise le même nombre de verres absorbés au moins un jour au cours du dernier mois.(20,21).

Dans son guide la HAS parle de 6 verres par occasion. C'est un seuil qui est retenu dans la littérature pour de nombreuses études épidémiologiques que nous allons citer.

Rappelons que l'OMS préconise de ne pas boire plus de 4 verres par occasion.

Ces phénomènes concernent plus particulièrement les jeunes pour des consommations en générale festives.



Elles font partie des consommations à risque avec des effets sur le consommateur lui-même (coma éthylique, traumatismes, jusqu' au décès dans certains cas) mais également sur les autres (accidents de la route, violences physiques, morales ou sexuelles).

## B. Classifications.

Il existe deux systèmes de classification du mésusage d'alcool, la classification internationale des maladies 10<sup>ème</sup> version (CIM-10) et le Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) dans ses versions 4 (DSM-IV) et 5 (DSM-5) (cf. Annexes I, II et III).(22)

La CIM sert de base pour établir les tendances et les statistiques sanitaires permettant un langage commun pour échanger des informations.

La CIM-11 a été présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2019, pour adoption par les États Membres, et entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.(23)

Alors que la CIM-10 et le DSM-IV semblaient se correspondre, le DSM-5 a apporté un changement avec la disparition de l'abus et de la dépendance.

Il introduit la catégorie des « Troubles addictifs liés à l'usage d'une substance » (Substance use and addictive disorders), parmi lesquels figure le trouble : Alcohol use disorder (trouble de l'usage d'alcool). Il est gradé en mild (léger), moderate (modéré) ou severe (sévère), *qui ne sera pas suivi par la 11<sup>ème</sup> version de la CIM.*

La Société Française d'alcoologie (SFA) a choisi de conserver comme référence la CIM-10.(22)

Le diagnostic unique des troubles liés à l'usage d'alcool correspond à l'évolution des connaissances neurobiologiques.

On distingue cinq catégories d'usages :

- Le non-usage, encore appelé abstinence correspond à l'absence de consommation (il peut être primaire ou secondaire quand il vient après une période de mésusage.) ;
- L'usage social, simple ou à faible risque pour lequel la consommation est inférieure aux seuils cités plus haut en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.
- Le « mésusage » qui se décompose en trois sous populations :
  - ✓ L'usage à risque qui se définit par une consommation ponctuelle ou régulière supérieure aux seuils. Situation qui n'est pas encore associée à des complications (médicale, psychique ou sociale) mais qui entraîne une augmentation du risque de développer une pathologie liée à l'alcool. Il inclut également les consommations dans les situations à risque.

*La notion d'usage à risque ne se retrouve pas dans les systèmes de classification psychiatrique du DSM ou de la CIM, mais a été proposé par l'OMS.*

- ✓ L'usage nocif (INPES) entraîne des complications liées à la consommation d'alcool qu'elles soient somatiques, psychologiques ou sociales sans être associé à une dépendance.

*Il correspond à la définition de l'utilisation nocive à la santé de la CIM 10 ou abus de la classification DSM IV et renvoie à la définition des conduites d'alcoolisation que la SFA fournit dans ses recommandations face aux mésusages de l'alcool.(13)*

- ✓ L'usage avec dépendance qui se caractérise par la perte de contrôle de la consommation et qui est associé à des complications diverses. (13,20,24)

La dépendance est caractérisée par une consommation compulsive, qui persiste en dépit des conséquences négatives qu'elle engendre et l'envie irrépressible et urgente de consommer que l'on nomme Craving. La répétition des consommations entraîne une tolérance aux effets négatifs et un syndrome de sevrage quand elle cesse : confusion, tremblements, voire crises convulsives.(18)

### C. La situation en France.

La consommation d'alcool est un sujet sensible en France, car il est associé aux événements festifs, aux modes de vie, à la culture et à la gastronomie. Cet héritage social et culturel, renforcé par les enjeux économiques qui lui sont attachés, induit une tolérance générale vis-à-vis de sa consommation. (20)

La culture de la vigne contribue à l'image internationale de la France, comme en témoigne le récent classement par l'UNESCO des coteaux, maisons et caves de Champagne ou des « climats » de Bourgogne au patrimoine mondial dans la catégorie des « paysages culturels ». (20)  
Sans compter que selon les comptes de l'agriculture, le chiffre d'affaires hors taxes de la filière française de l'alcool représentait, en 2013, près de 22 milliards d'euros (15 pour la vitiviniculture).

Alors que l'opération "Dry January" rencontre un franc succès dans d'autres pays (Royaume-Uni, Belgique, Finlande) elle devait être mise en place en France, début d'année 2020 avec le soutien des associations d'addictologie et de l'INPES mais le projet a été ajourné par le gouvernement. Son soutien a été annulé par l'Elysée sous la pression du lobby de l'alcool. L'industrie a multiplié les courriers aux députés, sénateurs, au gouvernement, brandissant « *l'art de vivre à la française* ». (25)

- Quand on sait que 87% des 18-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par an.(7)

#### 1. Tendances générales.

En France la consommation a diminué de façon quasi-linéaire depuis une cinquantaine d'années : le volume des ventes enregistrées, rapporté au nombre d'habitants âgés de 15 ans et plus dépassait 26 litres d'alcool pur par tête en 1961.

- En 2018, la consommation, mesurée à partir des ventes sur le territoire français, s'établissait à 11,55 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (OFDT, 2018). Cette quantité équivaut à une moyenne d'un peu moins de 2,3 unités standards par habitant et par jour.(26)

Cette baisse des ventes enregistrées est confortée par la baisse des déclarations de consommation dans les enquêtes en population générale.

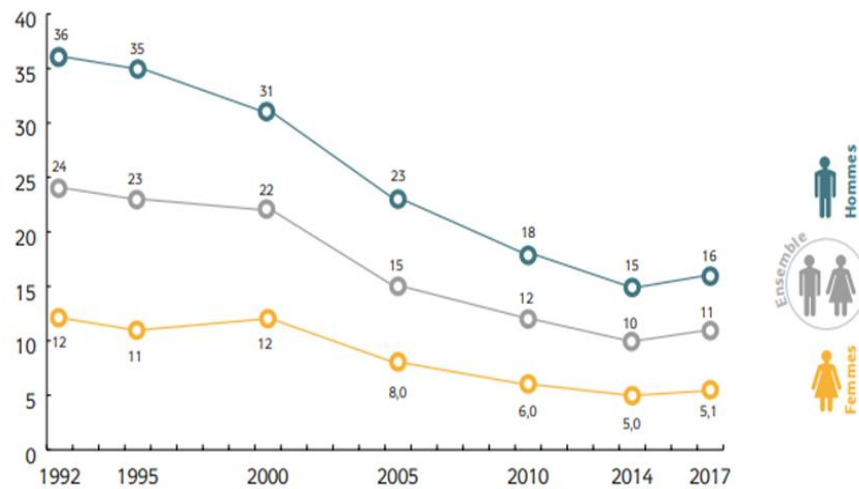
- 23,6% des personnes de 18-75 ans dépassaient les repères de consommation (2017).

On constate une tendance globale au recul des usages fréquents :

- Usages réguliers au cours du dernier mois : 63 % en 2000 contre 40 % en 2017.

(20,27-30).

- Usages quotidiens :



Source : 1992 - 2017 : Baromètres santé, INPES puis SpF

#### Drogues et addictions - Données essentielles

Figure 2 : Pourcentage de consommateurs quotidiens d'alcool parmi les 18-75ans, 1992-2017 (en %)

- En 2017 La consommation quotidienne d'alcool concerne 10% des Français. Le vin reste de loin la boisson la plus consommée.(18)
- Ces 10% des 18-75 ans boivent à eux seuls 58% de l'alcool consommé.(31)
- 13,5% des adultes ne boivent jamais.

Le pourcentage de consommateurs quotidiens, en forte baisse dans les années 2000, semble s'être stabilisé entre 2010 et 2017.

Il existe une très grande hétérogénéité des modes de consommation, notamment selon l'âge et le sexe (JB Richard et coll.).

#### 2. Consommation selon l'âge.

- Les consommations quotidiennes d'alcool s'observent essentiellement chez les 65-75 ans (26% en 2017). Elles sont presque inexistantes avant 40 ans (11).

Les 18-25 ans se distinguent de façon croissante depuis 2005 des personnes plus âgées, puisqu'on observe dans cette tranche d'âge une stabilisation de la consommation quotidienne d'alcool à des niveaux faibles, associée à un taux élevé d'API et d'ivresses régulières (3) :

- 13,4% des 18-24 ans déclarent au moins 10 ivresses par an en 2017. (7)

L'enquête santé et protection sociale de 2014 retrouvait une augmentation croissante des consommateurs à risque chronique ou dépendants avec l'âge.

(5,4% des 15-39, 7,4% pour les 40-64 ans et 7,6% des plus de 65 ans)

Et inversement pour les consommations à risque ponctuel.

(31,9% des 15-39 ans, 22,5% des 40-64ans et 7,9% des plus de 65 ans). (32)

Le risque d'alcoolisation excessive est maximum entre 35 et 64 ans (33).

- La consommation hebdomadaire d'alcool chez les 18-30 ans s'élevait à 32,5 % pour la France métropolitaine.

### 3. Consommation selon le sexe.

En France, le risque d'alcoolisation excessive, ponctuelle ou chronique, concerne surtout les hommes. (34)

- En 2017, les hommes déclarent consommer chaque jour trois fois plus d'alcool que les femmes (dans la tranche d'âge des 18-75ans) (31) 15,2% d'entre eux en boivent tous les jours, contre 5,1% des femmes.
- Les consommations occasionnelles (moins d'une fois par semaine) concernent 55,7% des femmes et 36,8% des hommes.

Légère diminution dans les deux sexes depuis 2014 ( 5,4 % vs 16%) de consommateurs quotidiens et (28 % vs 53%) hebdomadaires (Beck et al., 2015 ; Richard et al., 2019).(34)

En termes de quantité bue, l'écart entre les sexes est également marqué : les hommes déclarent boire en moyenne 2,8 verres un jour ordinaire où ils consomment de l'alcool, contre 1,8 verres pour les femmes. (35)

Il existe toutefois une tendance au rapprochement des chiffres entre les deux sexes ces dernières années en France, comme dans d'autres pays européens à mesure que la catégorie d'emploi s'élève.

#### Cas particulier des femmes enceintes :

Une étude française faisait état d'une consommation déclarée par 23 % des femmes et d'une consommation de trois verres ou plus en une même occasion par 2 % des femmes en 2010. Parmi les femmes qui consommaient de l'alcool avant la grossesse, 40 % n'avaient pas totalement arrêté de boire à l'annonce du diagnostic.(20,36) Même si l'on constate une diminution, (37) la consommation d'alcool, ne serait-ce qu'occasionnelle, pendant la grossesse était déclarée par environ une femme sur dix en 2017 (88% n'ont pas consommé) (baromètre Santé publique France 2017 F. El-Khoury et coll.).(38)

### 4. Les Alcoolisations ponctuelles importantes.

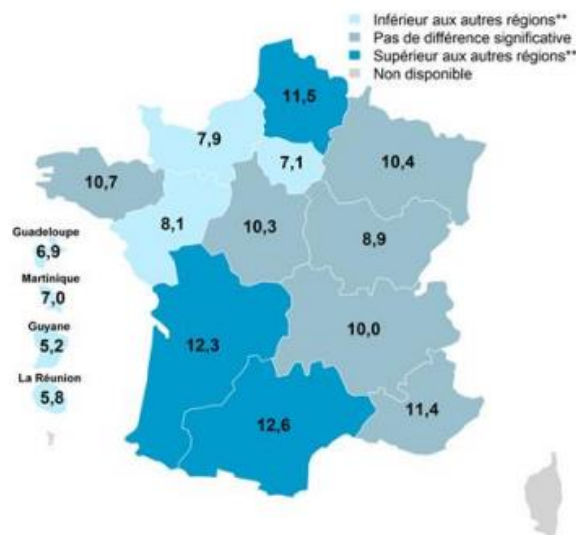
Après une tendance qui était à la hausse entre 2005 et 2014, le nombre d'API hebdomadaires chez les 18-25ans est globalement à la baisse en 2018. Diminution moins marquée que pour les API dans le mois pour l'ensemble de la population. A l'inverse la prévalence des ivresses dans l'année a augmenté. (26)

- En 2017 plus de la moitié (54,1%) des 18-24 ans déclarent au moins une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année.(39)
- Les alcoolisations ponctuelles importantes (6 verres ou plus en une seule occasion dans l'étude) mensuelles varient selon les régions de France métropolitaine de 13,9 % en Île-de-France à 20,5 % en Bretagne. La moyenne nationale était de 16,2 % en 2017.

Des études épidémiologiques montrent que les jeunes adultes sujets à des ivresses répétées ne savent pas qu'ils courent des risques accrus de dépendance à un âge plus avancé de leur vie et de pathologies chroniques.

## 5. En région centre.

Les dernières données de l'OFDT montrent que la région centre se situe dans la moyenne concernant la consommation d'alcool.



\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

\*\* Différence significative entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

(7)

Figure 3 : Prévalences régionales standardisées\* de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014.

## 6. Position de la France dans le monde.

La France fait partie des pays qui ont enregistré une réduction régulière de la consommation. Elle est même, après l'Italie, le pays dont la consommation a le plus baissé entre 1992 et 2013. Néanmoins, elle reste un des pays parmi les plus consommateurs d'alcool au monde. (3)

Elle occupe une position intermédiaire en Europe. D'après les données de l'enquête SEAS (Palle et al., 2017), dans 19 pays européens, elle se place au 13<sup>ème</sup> rang concernant la déclaration de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois.

Mais elle reste parmi les pays où la proportion de consommateurs quotidiens est élevée :

- Elle se situe au sixième rang parmi les 34 pays de l'OCDE en 2017.(7)

Elle est proche de la moyenne européenne concernant les API. C'est l'un des pays affichant les plus fortes baisses entre 2011 et 2015. (40)

Les volumes d'alcool consommés en France sont plus faibles que dans la plupart des pays d'Europe orientale mais sont parmi les plus élevés d'Europe de l'Ouest. Elle affiche en revanche des volumes de vente nettement supérieurs à ceux de tous les pays extra-européens (à l'exception de la Russie).(41)

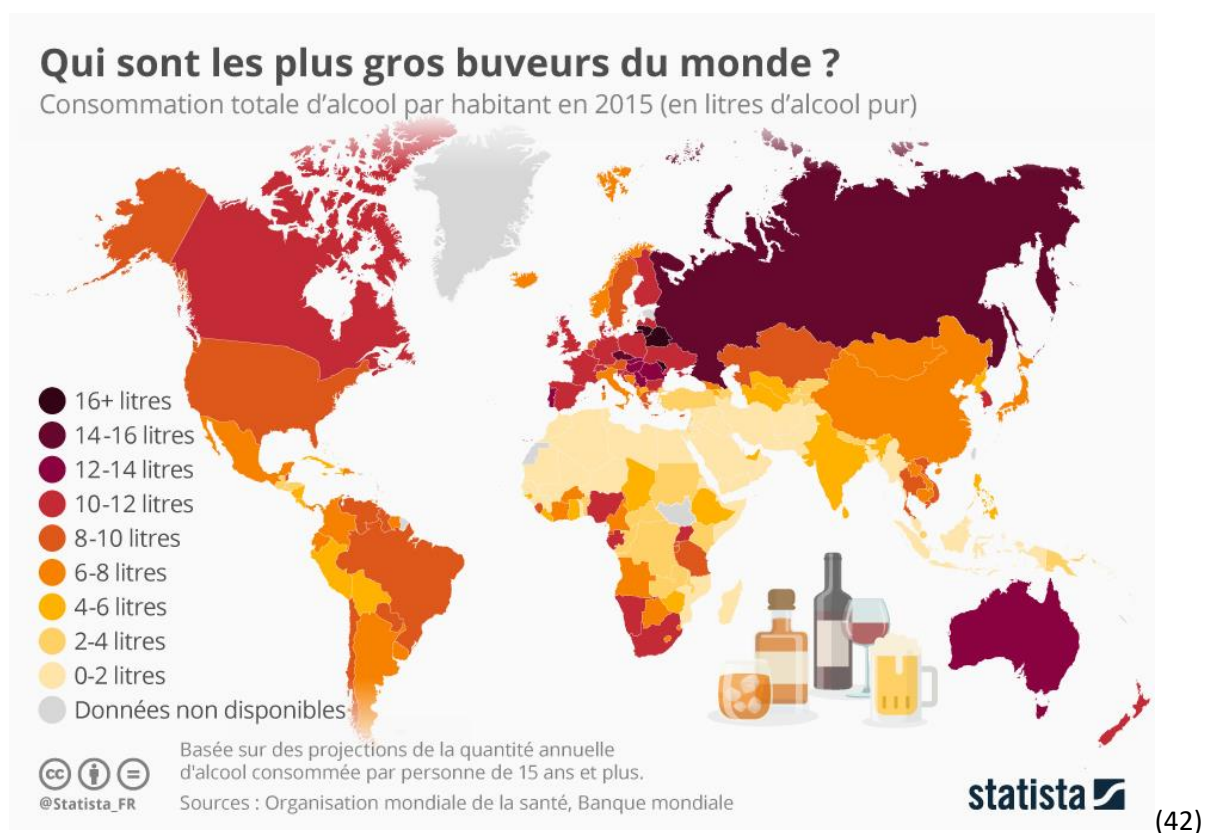


Figure 4 : Consommation totale d'alcool par habitant en 2015 (en litres d'alcool pur)

On estime que 240 millions d'adultes dans le monde souffrent de troubles liés à l'alcool.(43)

## 7. La politique publique de lutte contre les drogues.

À la différence de nombre de ses partenaires européens, la France n'a pas choisi de mettre en œuvre un programme de lutte contre les consommations nocives d'alcool, mais a privilégié une approche globale de lutte contre les drogues et pratiques addictives.

La politique, en matière de conduites addictives, est coordonnée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Elle est guidée par de grands principes directeurs qui animent l'action des pouvoirs publics sur ce sujet depuis le début des années 2000 (13). Ceux-ci prennent donc en compte « toutes les addictions, qu'elles soient liées ou non aux substances, à travers une approche intégrée, équilibrée et cohérente qui conjugue prévention, prise en charge, réduction des risques, insertion, lutte contre le trafic, coopération et recherche. »

Le Plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions (MILDECA, 2018-2022) (44) dont les 6 axes, 19 priorités et plus de 200 mesures proposées, fait suite à une large concertation menée depuis fin octobre 2017.(45,46)

Le troisième plan cancer (2014-2019) comportait un objectif de diminution des cancers liés à l'alcool.

Le budget, consacré par l'établissement public et la sécurité sociale, aux campagnes dédiées à l'alcool a largement diminué entre 2010 et 2014.(3)

Pour 2019, c'est un budget de 120 millions géré par l'Assurance Maladie qui vient renforcer la mobilisation contre les addictions de manière globale.(47) Cette annonce a fait l'objet d'une lettre ouverte dénonçant L'alcool comme « le grand absent du financement » du fond de lutte contre les addictions aux substances psychoactives.

#### D. Vulnérabilité/Facteurs de risques.

Tous les individus ne sont pas égaux en termes de vulnérabilité à développer une addiction. Elle dépend de l'interaction entre des facteurs génétiques et environnementaux.

Les effets de la consommation alcoolique montrent des variations individuelles considérables.

On observe une variation d'un facteur 3 à 4 dans la vitesse du métabolisme de l'alcool et d'un facteur 2 à 3 dans la pharmacodynamique de l'alcool, ce qui influe sur le potentiel d'apparition d'une dépendance à l'alcool et le risque de lésions organiques. (48)

##### 1. Facteurs génétiques.

Les facteurs génétiques, jouent un rôle capital, puisqu'ils contribueraient à hauteur d'environ 50 % du risque de développer la maladie (Prescott et Kendler, 1999 ; Goldman et coll., 2005).

Des études d'agrégation familiale apportent la preuve d'une forte héritabilité de l'addiction à l'alcool (Bierut et coll., 1998 ; Merikangas et coll., 1998).

Toutefois, à ce jour, aucun gène de prédisposition n'a été identifié en dépit de très nombreuses études menées dans ce domaine. On présume que la fragilité répondrait à la définition de maladie génétique complexe : de nombreuses altérations au niveau de nombreux gènes sont les déterminants multiples de la maladie, chaque modification étant par elle-même incapable d'induire le trouble.

##### 2. Facteurs socio-environnementaux.

Les jeunes ne sont pas tous égaux face au risque de s'engager dans un comportement d'alcoolisation excessive. Parmi les facteurs de risque de ce type de pratique, on retrouve :

- Un faible niveau socioéconomique,
- Recevoir beaucoup d'argent de poche,

- La recherche de nouvelles sensations,
- L'impulsivité et la faible capacité d'auto-contrôle,
- Les troubles des conduites,
- Consommer pour gérer ses émotions et ses problèmes (principalement chez les adolescentes),
- La consommation excessive des pairs, la consommation à risque des parents (Stolle et coll., 2009),
- Une relation conflictuelle avec les parents (ou leur « laisser- faire »).

Plus l'initiation de la consommation d'alcool survient à un stade précoce du développement, pendant l'adolescence, voire in utero, plus les risques de présenter des complications et une dépendance sont élevés.

Des travaux récents(18), ainsi que l'étude SAMHSA86 menée aux États-Unis (2011), indiquent qu'un début de la consommation dès l'âge de 11-12 ans multiplie par dix le risque de développer une dépendance par rapport à une initiation vers 18 ans. (49)

La facilité à consommer (prix, disponibilité, publicité) joue un rôle important. Une étude européenne a aussi démontré, que l'exposition à l'alcool dans les médias et les films, augmente la prévalence du binge drinking.(18)

La proportion de patients à risque est élevée chez les patients ayant déclaré au moins un arrêt de travail dans les douze mois précédents, ou une hospitalisation.

Les patients en invalidité ou en longue maladie comme ceux bénéficiant de l'allocation pour adulte handicapé présentent des risques d'alcoolisation supérieurs à la moyenne (33)

De nouvelles pistes à explorer : La flore intestinale pourrait bien jouer un rôle important dans la vulnérabilité à l'alcool. Des études montrent un lien entre sa composition et le risque de dépendance à l'alcool, notamment via l'anxiété/dépression et le craving qui favorisent les rechutes.

Ils doivent être pris en compte pour initier un repérage des populations à risque.



## II. Les complications de l'alcool.

La frontière entre une consommation à faible risque et une consommation dangereuse est difficile à établir : l'idée qu'il existe une consommation exempte de tout risque est comme nous l'avons vu, de plus en plus remise en question.

La consommation d'alcool provoque des dommages importants sur la santé. Elle peut agir sur le « capital santé » des buveurs tout au long de la vie, depuis le stade embryonnaire.

Pour rendre compte plus complètement des dommages liés à l'alcool, il faut tenir compte de l'ensemble des personnes dont la santé est altérée et la qualité de vie dégradée, en raison de leur consommation d'alcool ou de celle de tiers.

Une étude récente sur le coût social des drogues (Kopp, 2015) présente, un chiffre global de 1,4 million de personnes souffrant de pathologies attribuables à l'alcool.(30)

Ces problèmes de santé ne touchent pas que les personnes dépendantes, ils concernent aussi celles qui maîtrisent leur consommation.

### A. Complications somatiques immédiates.

Les conséquences immédiates de la consommation d'alcool correspondent à des causes externes pour la plupart : l'augmentation du risque de décès dépend de l'alcoolisation aiguë.

#### Complications neuropsychiques :

- Ivresses pathologiques :
  - Ivresse excitomotrice avec risque de passage à l'acte auto ou hétéroagressif,
  - Ivresse hallucinatoire,
  - Ivresse délirante,
  - Autre : anxieuses ou avec troubles thymiques.
- Comportements à risque :
  - Infection sexuellement transmissible,
  - Grossesse non désirée,

En affectant le libre arbitre et la capacité à maîtriser la situation.

- Violences :
  - Physiques, morales ou sexuelles, (54)

Il existe une relation forte et stable entre la consommation d'alcool et les agressions physiques (55), en particulier intrafamiliales (statistiques du ministère de l'intérieur), (21)

Avec une plus grande vulnérabilité aux agressions.

- Incivilités, actes criminels ou délictueux.

- Neurologiques :
  - Effet neurotoxique de la consommation massive, surtout sur le cerveau de l'adolescent,
  - Troubles de l'érection chez l'homme et diminution du plaisir,
  - Crise convulsive : (abaissement du seuil épileptogène), état de mal (5%),(50)
  - Coma éthylique : aréactivité, mydriase, hypotonie, dépression respiratoire, hypothermie et hypotension engageant le pronostic vital.(50)
  - Inhalation bronchique.

#### Complications digestives :

- Hépatite alcoolique aiguë,
- Pancréatite aiguë,
- Gastrite aiguë.

#### Cardiovasculaires :

- Troubles du rythme : Des allongements des espaces PR et QTc à l'électrocardiogramme sont possibles et peuvent se compliquer d'arythmies auriculaires, ventriculaires ou tachycardie paroxystique, même chez les patients indemnes de toute pathologie cardiaque, ce syndrome est appelé "holiday heart".
- Mort subite : (diminution de la contractibilité du myocarde qui engendre une vasodilatation périphérique responsable d'une baisse modérée de la pression sanguine, compensée par une augmentation de la fréquence et du débit cardiaque.)

#### Musculosquelettiques :

- Fractures, polytraumatismes, traumatisme crânien,
- Le risque de blessure augmente avec la quantité d'alcool consommée ; il est considérablement plus élevé pour les femmes. (51)
- AVP : L'abus d'alcool aggrave fortement l'insécurité routière,(20)
- Accident du travail,
- Rhabdomyolyse,

#### Complications Biologiques :

- Hypoglycémie,
- Hypothermie,
- Déshydratation intracellulaire,
- Acidose,
- Autres : hyperlipidémie, hyperuricémie.

#### Décès :

En extrapolant les résultats du risque relatif méta-analytique estimé par Corrao et coll. pour les traumatismes et les violences : celui de décès associé à l'alcool pour une cause externe augmentait d'environ 5% pour une augmentation de 10 grammes par jour d'alcool pur consommé.(9,52)

Le cas du binge drinking est particulièrement dangereux à court terme pour la santé des jeunes, qui se retrouvent de plus en plus souvent aux urgences. Mais il a aussi un impact à long terme sur le développement de leur cerveau et leurs capacités d'apprentissage. (19) (30)

.

#### B. Alcool et grossesse : Syndrome d'alcoolisation fœtal.

En France, comme dans d'autres pays occidentaux, la consommation d'alcool pendant la grossesse est considérée comme la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant.

Les conséquences sont variables :

- Troubles causés par l'*alcoolisation fœtale* (TCAF) allant de troubles comportementaux mineurs au :

- Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) : anomalies sévères du développement se manifestant par une malformation du crâne et du visage, un retard de croissance, des handicaps comportementaux et cognitifs.

Près d'un enfant sur deux atteints de SAF montre un retard mental et la plupart ont des problèmes d'apprentissage, de mémoire, d'attention ou de comportement.

Cela concernait au moins 1% des naissances selon Académie de médecine en mars 2016 (un pour mille pour les formes graves, soit environ 8 000 nouveau-nés par an. Cela implique près de 500 000 Français. (18,53)

### C. Complications somatiques long terme.

L'alcool a une part de responsabilité dans plus de soixante maladies et deux cents items de la classification internationale des maladies (CIM-10), ce qui explique pourquoi l'alcool a été identifié comme une des toutes premières causes d'hospitalisation grâce aux données PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) de 2012 en France.(38)

#### Cancers :

D'après l'INCA (institut national du cancer) le risque de cancer associé à l'alcool augmente dès 1 verre par jour qu'il soit quotidien ou concentré sur certains jours de la semaine.

Le Haut Conseil de Santé Publique publie que les données scientifiques objectivent un risque de cancer associé à la consommation d'alcool sans effet seuil et que les données analysées ne permettent pas d'estimer avec précision les risques attribuables aux consommations d'alcool à faible dose.

Sept cancers ont un lien avéré :

- Larynx, pharynx : 65% des cancers, (20)
- Œsophage : 80%,
- Foie 25%,
- Côlon et rectum : 20%,
- Sein : 17%. (54–57)

Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont ceux de la cavité orale, oropharynx et hypopharynx (4 900 cas), les cancers colorectaux (4 600 cas) et les cancers du foie (4 000 cas). Chez les femmes les cancers du sein sont de loin les plus fréquents (8 100 cas), suivis par les cancers colorectaux (2 100 cas).(30)

#### Digestives :

- Gastrite chronique,
- Malabsorption,
- Ulcères,
- Hypertension portale avec risque d'hémorragie digestive, varices œsophagiennes...
- Pancréatite chronique.

#### Hépatocellulaire :

- Hépatite chronique,
- Stéatose hépatique,
- Cirrhose du foie dont c'est la cause principale. (Bonaldi et Hill, 2019),
- Carcinome hépatocellulaire.

#### Métabolique :

- Diabète,
- Acidocétose,
- Hypokaliémie,
- Hyponatrémie,
- Hyperuricémie,
- Hyperlipidémie,
- Hyperparathyroïdie,
- Hypercorticisme,
- Hypogonadisme.

#### Hématologie :

- Anémie macrocytaire,
- Thrombopénie,
- Carence en vitamine K, défaut synthèse des facteurs I et V, CIVD (coagulation intravasculaire disséminée).

#### Cardiovasculaire :

- Cardiomyopathie,
- Tachycardie,
- Augmentation de la pression artérielle et du risque d'hypertension,
- Risque d'hémorragie cérébrale.

#### Neurologique :

- Encéphalopathie : encéphalopathie de Gayet-Wernicke, pellagreuse, hépatique,
- Troubles cognitifs : démence alcoolique, Syndrome de Korsakoff, Syndrome de Marchiafava-Bignami,
- Atrophie cérébelleuse,
- Epilepsie,
- Neuropathies : optique, polyneuropathie longueur dépendante, focales,
- Myopathie aiguë ou chronique,
- Complications indirectes : Myélinolyse centropontine, AVC, TC, neuro-infections.

#### Syndrome de sevrage :

- Syndrome hyperesthésique, hyperémotif,
- Crises convulsives,
- Délirium trémens (et pré délirium trémens).

#### Psychiatrique :

- Délire chronique alcoolique,
- Suicide,
- Modification du caractère.

#### Trois causes de mortalité sont plus particulièrement liées à l'alcool :

- La cirrhose alcoolique,
- Le cancer des voies aérodigestives,
- Les maladies mentales liées à l'alcool.

Plus la consommation d'alcool commence à un âge précoce, plus la détérioration du cerveau est importante.(57)

L'exploration du fonctionnement cérébral, avec les nouvelles techniques d'imagerie et l'utilisation de tests neuropsychologiques pointus ont montré l'existence de déficits cognitifs dès les premiers stades de la dépendance et avant même leur traduction clinique.(58)

#### D. Psycho-sociale.

Une consommation excessive d'alcool est souvent associée à des troubles psychiques (anxiété et dépression notamment). Il est parfois difficile de déterminer lequel est la cause et lequel est la conséquence.

Les relations avec les proches sont perturbées, (délinquance, diminution de la qualité de vie, tensions avec l'entourage, violences intra-familiales et extra-familiales) et la vie professionnelle peut également être touchée (absentéisme, accidents du travail 10 à 20%). Toutes ces difficultés ne font souvent qu'accroître le mal-être qui a précédé la dépendance et peuvent conduire à des situations de rupture familiale et/ou professionnelle.

#### E. Mortalité.

En France il s'agirait d'après l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) de la 2<sup>ème</sup> cause de décès prématurés. (18)

L'impact de l'alcool sur la mortalité est très élevé. On estime actuellement à 41 000 le nombre de décès attribuables à l'alcool en France (30 000 chez l'homme et 11 000 chez la femme) (C. Bonaldi et C Hill).

Ce qui laisse apparaître un recul de 8000 décès par rapport à 2009 (Guérin et al, 2013). (7,59)

Cette diminution serait principalement expliquée par la baisse de la mortalité due aux progrès dans la prise en charge de ces maladies plutôt qu'aux changements de comportement d'alcoolisation.

Parmi ces décès :

- 39 % (16 000) sont provoqués par des cancers,
- 24 % (9 900) par des maladies cardiovasculaires,
- 17 % (6 800) par des maladies digestives, 13 % (5 400) par accidents ou suicides et
- 7 % (3 000) par d'autres causes.

Au total, 11 % des décès masculins et 4 % des décès féminins parmi les personnes âgées de 15 ans et plus sont attribuables à l'alcool.

L'alcool serait responsable en France de 7% des décès. C'est plus que ce qui est observé dans nombre d'autres pays européens.(30,31)

L'OMS estime que l'alcool est responsable de 3,3 millions de décès chaque année.

En Europe, où la consommation est la plus élevée, l'alcool est la troisième cause de mortalité évitable (13,3 % des décès), après le tabac et l'hypertension (20). C'est aussi le cas au niveau mondial.(55)

C'est la première cause chez les 15-49 ans. Dans le groupe d'âge des 20-39 ans, environ 25% du nombre total de décès sont imputables à l'alcool. (56)

## F. Alcool au volant

A partir d'un taux de 0,5g/l d'alcool dans le sang, il est estimé que le risque d'être responsable d'un accident mortel de la circulation est multiplié par 8,5 (60). Ce risque augmente très rapidement : il est multiplié par 6 pour un taux compris entre 0,5 et 0,8 g/l, et par 40 pour un taux supérieur à 2 g/l.

En 2018 l'alcool et la conduite sous stupéfiant restent la deuxième cause de mortalité routière après la vitesse. Les facteurs alcool et stupéfiants sont surreprésentés chez les 35-44 ans (25%).(61)

- 30 % des accidents de la route les plus graves sont liés à l'alcool : on comptabilisait en 2017, 1 035 victimes d'accidents mortels provoqués par des conducteurs en état d'ébriété et 3400 hospitalisations (12% des accidents corporelles) (Observatoire national interministériel de la sécurité routière ONISR, 2018)(30).

Les jeunes de 18-24 ans et les conducteurs âgés de 25 à 44 ans sont plus fréquemment alcoolisés que les autres. Ces âges sont également plus fréquemment alcoolisés en tant que piétons décédés dans un accident de la route.(62) Les 18-34ans représentent 50% de ces conducteurs.

Le taux de positivité (tests positifs/nombre de dépistages effectués) des contrôles s'établissait à 3,3 % en 2017 après avoir baissé entre 2011 (3,5%) et 2015 (3%). (63–65)

## G. Le French paradoxe.

En 1992, Serge Renaud et Michel de Lorgeril présentaient le « French paradox » dans *The Lancet* : une consommation journalière de 20 à 30 grammes d'éthanol (soit 2 à 3 verres standards) peut réduire le risque de maladie coronarienne de 40 %.(66,67)

Cet effet protecteur est aujourd'hui réfuté. En 2016 déjà, une équipe de l'Université de Victoria, au Canada, avait démontré l'absence d'effet bénéfique sur la mortalité d'une consommation modérée d'alcool. Ils révélaient que la mortalité, toutes causes confondues, ne semblait pas réduite chez les consommateurs modérés d'alcool par rapport à la mortalité des consommateurs excessifs. (68) Cette absence d'effet s'est vu à nouveau confirmée par une grande étude prospective chinoise publiée dans la revue *The Lancet*. (67)

## H. Chiffres des soins liés à l'alcool.

Une étude publiée en 2015 montre que l'alcool était la première cause d'hospitalisation (580 000 patients) pour un coût estimé à 2,6 milliards d'euros. Cela correspond à 3,6% de l'ensemble des dépenses hospitalières en 2012 (BEH 2015). (6)

136 000 séjours hospitaliers, avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement, étaient liés à l'alcool en 2016 : 58 000 séjours pour sevrage de l'alcool (60) et plus de 2,7 millions de journées d'hospitalisation ont été enregistrées en psychiatrie, représentant 10,4% du total.(6,18)

En ce qui concerne l'âge des patients hospitalisés pour alcoolisation aiguë, il faut remarquer, que si le pourcentage de jeunes ( $\leq 24$  ans) a été stable entre 2006 et 2012 (19,1%), celui des patients les plus âgés ( $\geq 55$  ans) a augmenté passant de 20,9% à 24,8%.(55)

Concernant les hospitalisations pour alcoolo-dépendance, c'est chez les plus âgés que l'on constate l'augmentation la plus importante des séjours entre 2006 et 2012 (22,8% à 27,9%, soit un accroissement de 5,1%).(6)

Les données sur le nombre de consultations, de séjours hospitaliers, et dans une certaine mesure sur les coûts existent mais ne permettent pas d'isoler l'activité liée à l'alcool seule. (20)

Le coût social de l'alcool représente 120 milliards d'euros (60) (118 milliards en 2010) (30) Le coût annuel pour les finances publiques est de 4,9 milliards d'euros par an.(55).

### III. Les intoxications éthyliques aux urgences.

Elles représentent un défi important, pour le système de soins. Les alcoolisations aiguës aboutissant à une admission aux urgences représentent une part infime des consommations et suggèrent qu'il s'agit d'un groupe particulier ayant déjà un trouble de l'usage d'alcool ou à risque de développer des complications dans le futur. Ce qui justifie des mesures de prévention ciblées.

L'objectif qui doit être poursuivi lors d'une intervention au SAU est de faciliter l'entrée et le maintien dans le parcours de soins pour les conduites addictives.

#### A. IEA et urgences en chiffres.

En 2011, le nombre de passages aux urgences pour IEA était de 100 404 (275 par jour), tous âges confondus. Cela représentait 1% de l'ensemble des passages selon le réseau Oscour (la littérature fait état de chiffres allant de 4 à 40%).

On retrouvait deux pics dans l'année : le 1er janvier et le 22 juin, une augmentation en début de mois, notamment chez les 40-54 ans, et une augmentation les week-ends ;

Chez les jeunes (<25ans) on constatait une augmentation en juin et en octobre et une autre très marquée les week-ends.(69)

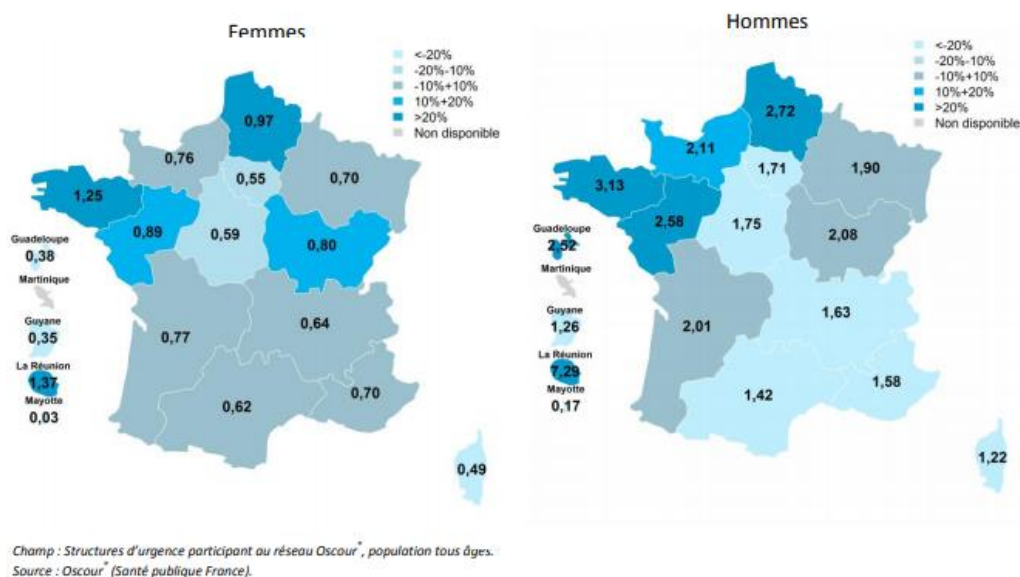
De nouveaux chiffres ont été publiés, en 2017 :

En moyenne quotidienne, et suivant les régions, pour les hommes, entre 1,2% et 3,1% des passages aux urgences sont en lien direct avec une consommation d'alcool. Cependant deux régions se distinguent : Mayotte avec un taux de 0,2% et La Réunion avec 7,3%. Pour les femmes, entre 0,3% et 1,4% des passages sont en lien direct avec l'alcool. (7)

Tous sexes confondus, les personnes âgées de 45-60 ans sont davantage concernées par ces passages aux urgences liés à l'alcool. Il s'agit en majorité d'intoxications éthyliques aiguës.(7)

Dans les « ivresses » aiguës, 2/3 des patients correspondent à des sujets alcoolodépendants, 1/3 à des buveurs à risques non dépendants(70). Chiffres pouvant aller jusqu' à 80-90% selon les publications.(71)





(7)

Figure 5 : Taux bruts régionaux de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017



(69)

Figure 6 : Répartition par âge et sexe des patients ayant eu recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France, en 2011

Les patients hospitalisés pour alcoolisation aiguë ont en moyenne 43,5 ans, contre 47,9 ans pour les patients hospitalisés pour le traitement de leur dépendance à l'alcool et 56,7 ans pour ceux hospitalisés pour une complication de leur alcoolisme.(6)

## B. Organisation des soins.

À l'hôpital, les soins aux personnes ayant un problème de conduites addictives sont organisés depuis 2007 au sein d'une filière addictologique regroupant différentes unités. Leur objectif étant l'accès à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire, en recourant à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts :

Les structures de niveau 1 sont des structures de proximité qui ont pour mission la mise en place des sevrages résidentiels simples, les activités de consultation et de liaison. Ces missions sont assurées dans le cadre d'unités de sevrage simple, de consultations hospitalières en addictologie qui accueillent les patients en ambulatoire et d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

Les structures de niveau 2 possèdent en plus une offre de soins résidentiels (unités de sevrages et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie. Ces derniers accueillent les patients pour des séjours de quelques mois, le plus souvent à la suite d'un sevrage.

Les structures de niveau 3 assurent les missions des structures de niveau 2 et des missions d'enseignement, de recherche et de formation.(72)

## C. L'ELSA.

« La place de l'ELSA sera de dessiner une place entre un sujet, un produit et une structure institutionnelle afin d'inaugurer une rencontre et peut-être une demande d'aide. » (73)

Les ELSA ont été créés en 1996 et ont plusieurs missions (DHOS/DGS du 8 septembre 2000 et 2008) : (74,75)

- Repérer et prendre en charge le temps de leur hospitalisation ou de leur passage aux urgences les consommateurs de substances psychoactives,
- Assurer une coordination de soins avec le secteur extrahospitalier,
- Aider le patient rencontré dans des conditions d'hospitalisation à avoir une réflexion sur son comportement addictif,
- Former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients : ils peuvent ainsi contacter l'ELSA pour un diagnostic et la mise en place, si besoin, d'un protocole de soins addictologiques et, le cas échéant, l'orientation vers une structure spécialisée adaptée.

Selon la circulaire DHOS du 26 septembre 2008, l'ELSA bénéficie au minimum d'une présence de médecin et d'infirmier, de psychologue, d'assistant de service social et de diététicien. (76,77)  
Elles font partie du plan MILDECA 2018-2022.

Pour faciliter la prise en charge des patients, un circuit addictologique avait été mis en place en 2014 par L'ELSA du Centre hospitalier de Blois.

Elle était aussi à l'initiative de plusieurs formations à destination du personnel du centre hospitalier, soignants ou non soignants, dans le but de développer une prise en considération des problèmes liés aux addictions comme une véritable pathologie mais aussi de former le personnel au repérage et à la prise en charge, avec l'équipe d'addictologie, de patients dépendants.

Aujourd'hui l'équipe d'addictologie n'est plus composée que des 3 infirmières (une à temps plein et deux à mi-temps) et d'une de tabacologie, ce qui limite leurs actions.  
Il existe aussi un médecin et une infirmière des urgences référents en addictologie.

#### D. Recommandation de prise en charge addictologique des IEA aux urgences.

##### 1. Au niveau médical.

Aux urgences, le diagnostic d'IEA est le plus souvent clinique : il n'est pas recommandé de mesurer la concentration d'éthanol dans le sang ou dans l'air expiré dans les IEA isolées et non compliquées. Elle l'est dans les autres circonstances ou en cas de doute diagnostique.(78)

Une fois le patient installé, une étape d'évaluation somatique s'impose avant toute intervention addictologique ou psychiatrique.

Un examen clinique complet, chez un patient déshabillé, est effectué s'assurant de la normalité des paramètres vitaux : Glasgow, Fréquence cardiaque, Pression Artérielle, Température, Saturation en oxygène, Fréquence Respiratoire et Glycémie capillaire.

Et recherche d'éventuelles complications ou critères de gravité :

- Gravité secondaire à l'intoxication : coma, manifestations excitomotrices, délires, hallucinations.
- Complications : inhalation, crise convulsive, hypothermie, troubles du rythme supraventriculaire, hypoglycémie, acidocétose, gastrite, syndrome de MalloryWeiss, hépatite alcoolique aiguë, accident vasculaire cérébral ischémique et rhabdomyolyse.
- IEA associée : traumatisme crânien, polytraumatisme ou autre traumatisme, intoxication associée, pathologie infectieuse, toute autre pathologie.

Une surveillance clinique horaire, jusqu'au rétablissement des fonctions relationnelles, accompagne la prise en charge avec recherche de l'apparition de signes de complications et d'un éventuel syndrome de sevrage, dont la prévention doit se faire sans attendre.

Cette surveillance sera particulièrement attentive chez le patient diabétique ou dénutri avec un contrôle de la glycémie toutes les 2h.

La prise en charge est symptomatique pour maintenir un niveau d'oxygénation et d'hydratation adéquate :

- Hydratation de préférence par voie orale :1,5l/jour,
- Vitaminothérapie B1 et B6,
- Benzodiazépines (diazépam ou oxazépam si insuffisance hépatique) pour la prévention du syndrome de sevrage.

Cette prise en charge nécessite un repérage précoce, dès l'admission, de l'ingestion chronique d'alcool.

L'utilisation des échelles de cotation du syndrome de sevrage éthylique, comme celle de Cushman, permet aux équipes soignantes d'adapter les doses de benzodiazépines, associée à une surveillance étroite.

Ce traitement permet de limiter les effets de l'intoxication et d'apporter un apaisement. En cas d'aggravation du syndrome de sevrage, le traitement est symptomatique et nécessite parfois un transfert en réanimation.

Un état d'agitation peut nécessiter une contention physique, qui sera réalisée suivant les règles préconisées par la conférence de consensus sur l'agitation en urgence, (79) et une sédation médicamenteuse ( Diazépam ou Clorazépate IV, Haldol en dernier recours).(80)

Les examens complémentaires sont dictés par les données de l'examen clinique.

L'IEA est aussi considérée dans la littérature comme un facteur de risque de suicide qui nécessite une évaluation.(5)

Il n'y a pas de sortie contre avis médical possible dans ces situations : « Toute intoxication éthylique peut se compliquer et présenter un risque non négligeable d'évolution péjorative pour le patient, d'autre part, l'état d'imprégnation alcoolique ôte au sujet son libre arbitre, sa capacité à consentir ou à ne pas consentir, alors on se doit d'agir. Il y a nécessité thérapeutique en référence à l'article 163 du Code Civil et l'état du patient rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir »  
(5,78,80,81)

## 2. Au niveau addictologique.

L'évaluation et la prise en charge doivent débuter après disparition des signes cliniques d'IEA et en l'absence de troubles cognitifs de sevrage, au mieux après quelques heures en Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD).

Une attitude négative vis-à-vis des patients peut nuire à la prise en charge globale. L'expression de l'empathie par une écoute attentive est essentielle.

Il est recommandé globalement selon l'ANAES et les sociétés savantes : (5,78)

De déterminer le type de consommation :

- Avec le questionnaire DETA : toute l'équipe doit être capable de l'utiliser,
- Ensuite identifier des signes de dépendance d'après les critères du DSM et de la CIM-10 : avec le questionnaire AUDIT.

De rechercher des facteurs aggravants et d'évaluer le contexte (pouvant nécessiter une prise en charge spécifique) :

- Des conduites addictives associées, consommations de substances ou médicaments,
- Un symptôme ou une pathologie psychiatrique associée (état délirant, trouble du comportement, risque suicidaire, antécédents de suivi psychiatrique ou suivi en cours),
- Un événement de vie particulier (deuil, séparation perte d'emploi),
- Des comorbidités somatiques.

D'engager une démarche thérapeutique adaptée :

L'urgentiste seul doit pouvoir réaliser une intervention de premier niveau :

- Réaliser une intervention ultra-brève (selon le modèle OMS), (82)
- Informer le médecin traitant avec accord du patient,
- Remettre un livret d'aide,
- Demander l'intervention d'une assistante sociale si besoin,

- Organiser le plus souvent possible un suivi assuré soit par une structure spécialisée, soit par un médecin traitant formé, ou les acteurs d'un réseau alcool en cas d'usage nocif et en complément de l'intervention brève.

Et en cas d'alcool-dépendance :

- Si le patient est motivé : préparation d'un projet thérapeutique comprenant le sevrage et la prévention des rechutes,
- S'il est réticent : proposer une nouvelle évaluation et fournir un livret d'aide,
- Si aucune intervention n'a été menée : envoyer une lettre au patient lui rappelant son admission en lui proposant un rendez-vous dans une structure spécialisée ou de consulter son médecin traitant.

L'ensemble de l'équipe doit savoir aborder la question de la consommation d'alcool. Un intervenant de l'équipe doit être plus particulièrement formé aux questions d'addiction.

Pour les patients avec facteurs aggravants ou comorbidités, les équipes doivent pouvoir avoir accès à des intervenants spécialisés formés et facilement mobilisables (ELSA, psychiatre).

Pour le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, il faut penser à rechercher un mésusage de l'alcool dans certaines situations, dont le passage au service d'accueil des urgences.(24)

Un avis psychiatrique apparaît nécessaire dans certaines situations cliniques :

- Absence d'équipe d'addictologie,
- Lors d'une intoxication éthylique aiguë suicidante,
- Lors d'une intoxication éthylique pathologique,
- Hypothèse de troubles psychiatriques associés,
- Discussion de soins sous contrainte.

## IV. Repérage précoce intervention brève.

Il vise une réduction de la consommation d'alcool en dessous des seuils.

Bien que toutes les recherches n'aient pas produit d'effets positifs, un groupe de travail américain sur les services de prévention (USPSTF), a estimé que les preuves étaient suffisamment solides pour permettre de recommander le RPIB concernant l'alcool en 2004, et a réaffirmé sa recommandation en 2013(43).

Il n'y a pas de manière définitivement standardisée de délivrer une intervention brève. Elle peut se faire en une séance unique ou au contraire être répétée. Par exemple, les interventions aux urgences sont en général uniques, sans suivi.(24)

Un outil d'aide au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (RPIB), « Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte » a été édité en 2015 par la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de mettre à disposition des outils pratiques pour les professionnels de santé de premier recours ...

Le Comité d'experts de l'OMS a conclu que « l'évaluation et l'intervention brève dans le contexte des services de soins de santé primaires s'étaient avérées efficaces pour diminuer la prise de boisson excessive ou les problèmes liés à l'alcool dans toutes sortes de situations socioculturelles différentes. » (48)

Au cours des 30 dernières années, le modèle SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) a développé une fonction et une utilité croissante. SAMHSA décrit les trois composants de SBIRT :

- Le dépistage évalue rapidement la gravité de l'utilisation de substances et identifie le niveau de traitement approprié.
- Une intervention brève se concentre sur l'amélioration de la compréhension et la prise de conscience en matière de consommation de substances ainsi que sur la motivation pour un changement de comportement.
- L'aiguillage vers un traitement aux personnes identifiées comme nécessitant l'accès à des soins spécialisés.(83)

### A. Repérage.

#### 1. Les questionnaires.

Trois outils standardisés :

- AUDIT l'Alcohol Use Disorders Identification Test et sa version plus courte l'AUDITc ;
- DETA: Diminuer, Entourage, Trop, Alcool , forme française du test CAGE (Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers);
- FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation.

Ils permettent de repérer les « usages à risque » de l'alcool.

Les tests AUDIT-c et DETA font plutôt référence à une notion d'usage à risque de l'alcool, c'est-à-dire à « une conduite d'alcoolisation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un

quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. »

## 2. DETA/CAGE.

C'est le premier test proposé aux médecins généralistes dans le guide de l'INPES.

Il comporte 4 questions. (Annexe V)

De nombreuses études ont montré que le questionnaire CAGE ( Ewing, 1984 ; Rueff *et al.* , 1989 ) avait l'avantage d'être rapide, simple et performant ( Liskow *et al.* , 1995 ).

Chez les patients admis pour ivresse aiguë aux urgences, CAGE possède une très bonne sensibilité (0,94) au seuil  $\geq 2$  pour la détection de l'abus et / ou de la dépendance. Elle varie de 72 à 91% et sa spécificité de 77 à 96% ( Bernardt *et al.* , 1982 ; Bush *et al.* , 1987 ; Beresford *et al.* , 1990 )

La version française du CAGE : DETA (diminuer, entourage, trop, alcool), avec un seuil  $\geq 2$ , montre une sensibilité de 83% et une spécificité de 96%. IL semble aussi plus adapté aux populations féminines.(84)

La spécificité de CAGE diminue alors que la prévalence des troubles liés à l'alcool augmente et inversement pour la sensibilité. (Cremonte *et al.* (2010)).

La limite de ce test tient à la période de référence : les réponses concernent la vie entière et font plutôt référence à un ressenti qu'à des éléments chiffrables.(85)

## 3. AUDIT.

L'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un outil de repérage des consommateurs d'alcool ayant un usage problématique développé par l'OMS en 1989.

Dans sa dernière version datant de 2001, le guide pratique précise que chaque pays doit adapter le questionnaire en fonction des facteurs sociaux culturels. La définition locale du « verre standard d'alcool » doit être modifiée en fonction du pays.(86) La version Française a été validée en 2005 (Gache *et al.* , 2005).

Ce test fait référence aux douze derniers mois de la vie de la personne et comporte 10 questions. (Annexe IV)

Le questionnaire AUDIT est un bon instrument de dépistage en soins primaires.(87), mais son utilisation s'est maintenant étendue aux services d'urgence et aux soins secondaires. Il fait donc parti des questionnaires à utiliser selon les recommandations de l'ANAES décrites plus haut.

De nombreuses études rendent compte de la fiabilité de ce test dans plusieurs pays (Saunders *et al.* (13)), mais il est long à remplir. Des versions abrégées sont donc proposées comme AUDIT-C qui été évalué au début des années 2000 en médecine générale, son efficacité est proche de celle du questionnaire AUDIT dont il reprend seulement 3 questions.

Dans une étude menée aux urgences de Clermont-Ferrand Le test AUDIT démontre de bonnes performances pour détecter les patients abuseurs et / ou dépendants de l'alcool admis pour IEA et plus particulièrement chez les hommes. (84)

Un examen des performances de l'AUDIT a révélé que la sensibilité variait de 38 à 94% et la spécificité de 66 à 90% avec un taux supérieur ou égal à 8 pour les hommes ( Allen *et al.* , 1997 ) et 7 pour les femmes ( Reinert *et Allen*, 2007 ).

#### 4. FACE.

FACE a été créé pour la médecine de ville pour palier à la longueur du questionnaire AUDIT qui était jugé difficile d'utilisation en ambulatoire.

Le questionnaire comporte cinq questions.

Pour autant, le praticien reste libre du choix de l'outil à utiliser parmi tous les questionnaires existants.

#### B. Intervention brève.

Elle se conçoit dans une démarche de santé publique qui consiste à toucher le plus grand nombre de personnes, lorsque leur problème d'alcool n'est pas encore trop prégnant, en utilisant des moyens restreints et facilement multipliables. Les interventions brèves durent de cinq à vingt minutes en général. Après le repérage, le praticien propose une intervention ciblée et adaptée.

Elle s'adresse aux buveurs excessifs et vise en priorité une réduction de leur consommation d'alcool, et non une abstinence. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement, sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien.

Pour l'OMS, les interventions brèves devraient être proposées aux hommes qui obtiennent entre 7 et 12 au questionnaire AUDIT ou qui consomment 25 verres d'alcool ou plus par semaine, ainsi qu'aux femmes ayant obtenu entre 6 et 12 à l'AUDIT ou qui consomment 21 verres ou plus d'alcool par semaine (24)

Le principe de l'intervention brève s'articule autour de l'acronyme FRAMES :

- Feed-back : restituer les résultats du test de repérage au patient,
- Responsabiliser : le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute,
- Advice : donner un conseil de modération,
- Menu : évoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation d'alcool,
- Empathy : user de bienveillance, ne pas juger,
- Self-efficacy : laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens.

La quasi-totalité des travaux de recherche mettent en évidence que l'intervention brève entraîne une réduction de la consommation d'alcool, à court (6 à 12 mois) ou moyen terme (2 à 5 ans), chez les buveurs qui dépassent les niveaux de risque définis par l'OMS (OFDT).

#### C. Intervention Ultra-brève.

Elle est adaptée aux situations d'usages à risque en l'absence de comorbidités et comprend :

- Un feedback donné au patient sur sa consommation d'alcool,
- Une explication de la notion d'un verre d'alcool,
- Une explication sur les limites d'une consommation modérée d'alcool,
- L'encouragement du patient à rester en dessous de ces limites,
- La remise au patient d'un livret d'aide.



Les usages à risque nécessitent des interventions ultra-brèves ; les situations d'abus (troubles de l'usage léger) des interventions brèves ; et les situations de dépendance (troubles de l'usage modéré à sévère) des entretiens motivationnels pour favoriser l'émergence d'un processus de changement.

#### D. RPIB aux urgences.

Trois types d'interventions peuvent être classiquement proposées dans les services des urgences :

- Les interventions ultra-brèves,
- Les interventions brèves,
- Les entretiens motivationnels.

Les deux premières étant plus adaptées aux situations de tensions actuelles et au manque de temps disponible dans ces services.

L'intervention brève aux urgences semble avoir également un effet à court terme sur la réduction de la consommation à risque. Par exemple, il a été constaté dans certaines études, une légère réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs faibles ou modérés, une réduction des conséquences négatives de la consommation (comme des blessures) et une baisse des visites répétées aux urgences.(88)

# Matériel et Méthode

## I. Diagramme de prise en charge selon les bonnes pratiques.

*C'est la partie prise en charge addictologique qui a été développée, la partie prise en charge médicale et la prévention du délirium trémens, étant déjà largement connues et codifiées au niveau du service des urgences (elle a seulement fait l'objet d'une fiche rappel dans le dossier).*

Il a été élaboré sous forme d'un arbre décisionnel à partir des recommandations de l'ANAES (78), de la société française de médecine d'urgence (5) et la Société française d'alcoologie (89). Le diagramme de prise en charge proposait en fonction du résultat du questionnaire de repérage et de la présence ou non de facteurs aggravants soit une prise en charge spécialisée, soit une intervention brève. (Annexe VI)

L'objectif principal était de développer la pratique du RPIB au service d'accueil des urgences de Blois. L'objectif secondaire était de rétablir la communication entre l'ELSA et les urgences en cas de nécessité d'une intervention spécialisée, ainsi qu'avec le médecin traitant sous forme de courrier (avec l'autorisation du patient).

Pour une présentation rapide, concise et dynamique à l'ensemble de l'équipe soignante, j'ai choisi la création de 2 PowerPoint :

- Le premier dans le but d'exposer ma démarche et de sensibiliser aux recommandations de bonne pratique,
- Le deuxième rappelant le principe du repérage précoce et de l'intervention brève. (Annexe IX A. et B.)

### Mise en place :

Les PowerPoint et la démarche ont été présentés et validés en premier lieu avec l'équipe de l'ELSA. Puis la présentation a été faite à l'équipe de direction : chef de service, chef de pôle, médecin référent addictologue, cadre du service, en présence de l'infirmière de l'ELSA avec les objectifs de la thèse.

Une réunion de présentation au personnel était prévue mais n'a pu avoir lieu, il a donc été décidé que les PowerPoint seraient diffusés par mail à l'ensemble de l'équipe soignante.

Cet envoi a été effectué par le chef de service des urgences.

Il ne s'agissait pas d'un protocole de service validé et rentré au niveau informatique (la démarche ainsi que l'arbre décisionnel ont été approuvés lors de la présentation), mais plutôt d'un rappel et d'une sensibilisation aux recommandations de bonne pratique.

Une présentation lors d'un staff de transmission a tout de même eu lieu, ainsi que des rappels par le médecin référent addictologue lors de ses gardes aux urgences au moment des transmissions du matin.

L'arbre décisionnel a été affiché dans le service des urgences avec mise à disposition d'un dossier récapitulatif (Annexe VII) contenant :

- Pour les patients : questionnaires de repérage DETA et AUDIT ;  
Documentation d'information ELSA, Carte Alcool info service, « Alcool vous en savez quoi ? » à télécharger.

- Pour les soignants : le diagramme de prise en charge, une fiche rappel des recommandations, une fiche rappel pratique sur le RPIB, ainsi que les objectifs de la thèse et les informations à notifier dans les dossiers (faisant l'objet de statistiques descriptives)

Ce dossier était disponible aux urgences, en UHTCD et a été remis au médecin référent d'addictologie ainsi qu'à l'équipe de l'ELSA.

Des affiches alcool info service grand format, pour affichage dans le service, ont été mises à disposition.

(Cartes et affiches commandées sur le site de l'INPES avec l'équipe de l'ELSA)

Au vu de mon éloignement géographique, un point téléphonique était prévu avec le médecin et l'infirmière référents aux urgences tous les quinze jours, avec l'équipe de l'ELSA tous les mois.

Le suivi était effectué par e-mail avec les secrétaires des urgences tous les mois.

Des relances auprès de la cadre du service et du chef de pôle ont été effectuées par téléphone et par courriel au cours de l'étude. Des propositions d'intervention auprès du personnel n'ont pas abouti.

## II. Recueil de données.

### En pratique :

Il était prévu un recueil de données prospectif sur les dossiers des passages aux urgences des patients admis en état d'ivresse.

- Evaluation de la pratique du RPIB comme critère principal puis,
- Evaluation du nombre d'interventions de l'ELSA,
- Evaluation du nombre de courriers au médecin traitant,
- Autre : description épidémiologique de la population, de son orientation, et de l'intervention de l'équipe psychiatrique.

### Recueil :

Au niveau des urgences :

- Bannette de recueil des observations de toutes les admissions des patients en état d'ivresse,
- Bannette de dépôt des dossiers nécessitant une intervention de l'ELSA en dehors de ces heures de présence (récupérés après intervention de celle-ci).

Ainsi la description de la population et de la prise en charge devait se faire à travers les données collectées dans les observations des urgences et de l'ELSA.

Un questionnaire (Annexe VIII) était prévu à l'attention des soignants à la fin du recueil de données pour évaluer :

- Leur pratique du RPIB avant et après sensibilisation,
- Leur lien avec l'ELSA avant et après sensibilisation,
- Le fait de faire un courrier pour le médecin généraliste,
- Puis leurs impressions et commentaires sur la démarche ou des propositions d'amélioration.

**Le recueil de données prospectif initialement prévu à partir des urgences a été un échec et modifié après 7mois de mise en place, ainsi que le critère principal qui n'a pas pu être évalué.**

#### Changement de méthode :

**Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique réalisée au Centre hospitalier de Blois sur la période du 1<sup>er</sup> février 2019 au 31 Aout 2019, chez les patients admis en état d'ivresse au Service d'accueil des urgences.**

L'objectif du travail étant de décrire la population et d'évaluer la prise en charge de ces patients, après avoir sensibilisé les intervenants aux recommandations de bonne pratique, afin de pouvoir faire des propositions d'amélioration.

#### Les données ont été collectées à partir du dossier informatique des patients.

Les dossiers ont été sélectionnés d'après les codages CIM-10 en rapport avec une intoxication éthylique : tous les F10 (de F100 à F109), Y90 (de Y900 à Y909), Z502, Z714, Z721 sur la période du 1<sup>er</sup> février 2019 au 31 Aout 2019, mais également sur les 7 mois précédents la diffusion des recommandations : du 1/07/2018 au 31/01/2019.

Ces données ont été récupérées à partir de la base de données du Programme de Médicalisation des systèmes d'information (PMSI), avec l'aide du département de l'information médicale (DIM) et du département d'informatique du centre hospitalier.

Ce qui a permis d'obtenir une liste comprenant la cotation, le numéro de séjour, le numéro de dossier, la date du passage aux urgences, la date de naissance du patient et le mode de sortie.

Les dossiers ont été ouverts manuellement et les informations notées sur une feuille de calcul Excel qui a servi de base de données.

#### Critères d'inclusion retenus : Intoxication éthylique comme motif principal ou associé.

Présence dans l'observation :

- Personne majeure,
- Signes d'imprégnation éthylique,
- Déclaration d'intoxication éthylique,
- Alcoolémie positive,
- Haleine œnolique.

#### Critères d'exclusion :

- Patient mineur,
- Absence d'observation sur le passage des urgences,
- Absente de notion d'intoxication éthylique ou d'état d'ébriété dans le dossier,
- Alcoolémie négative.

#### Données collectées :

- Date d'admission,
- Date de sortie,
- Age,
- Sexe,
- Alcoolémie,
- Score de Glasgow,
- Mode de sortie : Retour à domicile, Hospitalisation, ou UHTCD,
- Service d'hospitalisation,
- Intervention de l'ELSA (oui ou non),

- Intervention de l'équipe psychiatrique (oui ou non),
- Intervention brève (oui ou non),
- Antécédents en addictologie : éthyliste chronique ou notion d'intoxication éthylique,
- Présence de cotation de consultation antérieure par l'ELSA ou des médecins addictologues du service,
- Prise en charge par le médecin référent en addictologie,
- Courrier édité au SAU (les courriers étant systématique après passage à l'UHTCD ou en service de médecine),
- Notion d'orientation spécialisée en ambulatoire,

Le questionnaire a tout de même été distribué à partir d'octobre 2019 et les réponses analysées.

#### Tests statistiques :

Les résultats des variables quantitatives ont été exprimés en moyennes et écart-types.

Les résultats de variables qualitatives en pourcentages.

Test non paramétrique de Wilcoxon - Mann Whitney pour les variables quantitatives.

Le seuil de significativité retenu était  $p$  inférieur à 0.05 pour tous les tests.

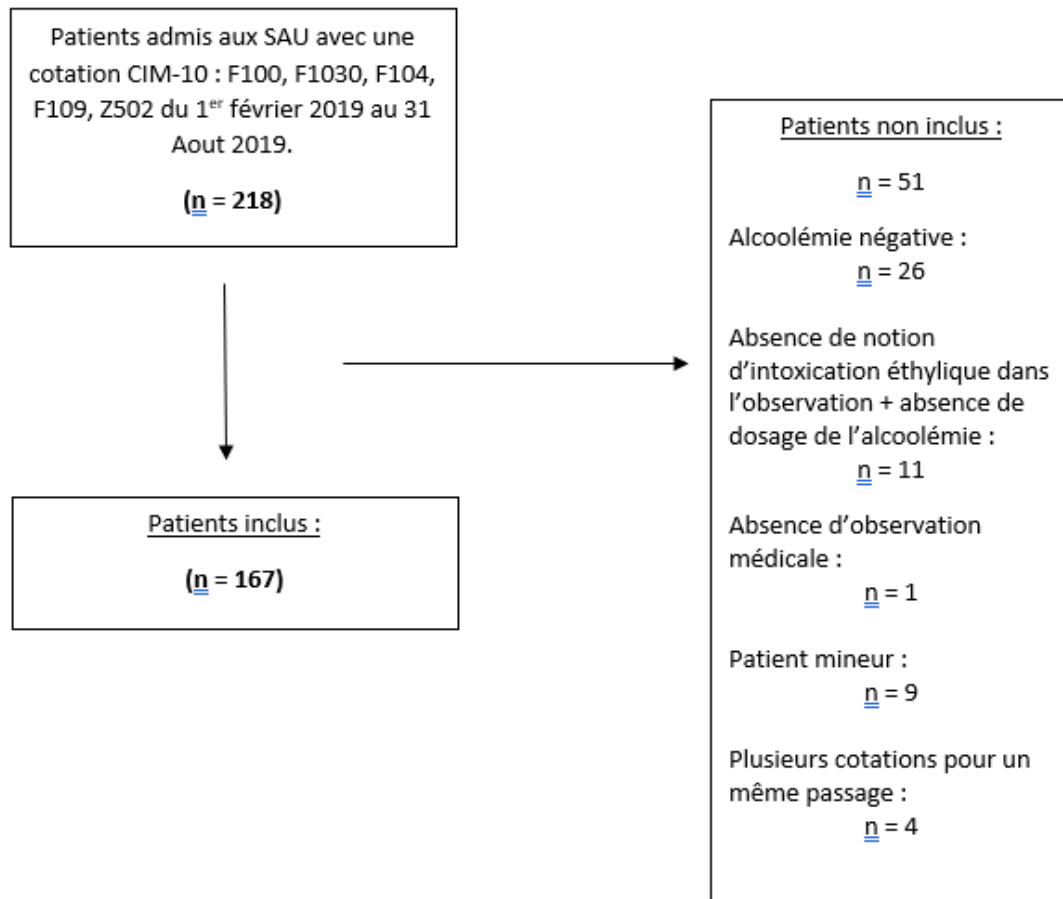
#### Ethique et Autorisations :

Aucune donnée nominative ou permettant de remonter à l'identité du patient n'a été recueillie, une demande d'autorisation ou de déclaration à la CNIL n'a pas été nécessaire.

La demande a été faite à la coordinatrice de la cellule « Recherche Non Interventionnelles » de la direction de la recherche au CHRU de Tours.

# Résultats

## I. Diagramme des flux.



Graphique 1 : diagramme des flux

Cela correspond à 0,6% du passage total au SAU pendant cette période (n= 25 846).

## II. Description de la population.

A. Tableau descriptif de la population étudiée (n=167) sur la période du 1<sup>er</sup> Février au 31 Août 2019 :

	Pourcentage/Moyenne [Ecart-type]
Age	43,5 [14,8]
Sexe H/F	73% / 27% (n=122/45)
Alcoolémie (g/l)	2,03 [0,9]
Glasgow	14,6 [1,5]
Notion d'alcoolisation chronique*	50,3% (n=84)
Notion de suivi addictologique**	44,9% (n=75)
Notion Alcool sans précision***	8,4% (n=14)

*\*Notion d'alcoolisation chronique : notifiée sur la feuille d'observation ou sur la fiche IAo dans les antécédents.*

*\*\*Suivi addictologique : notifié dans le dossier ou antécédent(s) de consultation(s) en addictologie au CHB retrouvé(s) dans la liste des passages du dossier patient.*

*\*\*\*Alcool sans précision : notifié sur la feuille d'observation ou sur la fiche IAo dans les antécédents : oh, intoxication éthylique aigue, intolérance à l'alcool.*

Tableau 1 : Description de la population étudiée (n=67) sur la période du 1<sup>er</sup> Février au 31 Août 2019.

- La moyenne d'âge des Femmes était de 46,3 ans [14,8] et celle des Hommes de 42,5 ans [14,8]. (p=0,119).
- L'alcoolémie moyenne des femmes était de 1,9g/l [0,9], celle des hommes de 2,08g/l [0,9]. (p=0,377).

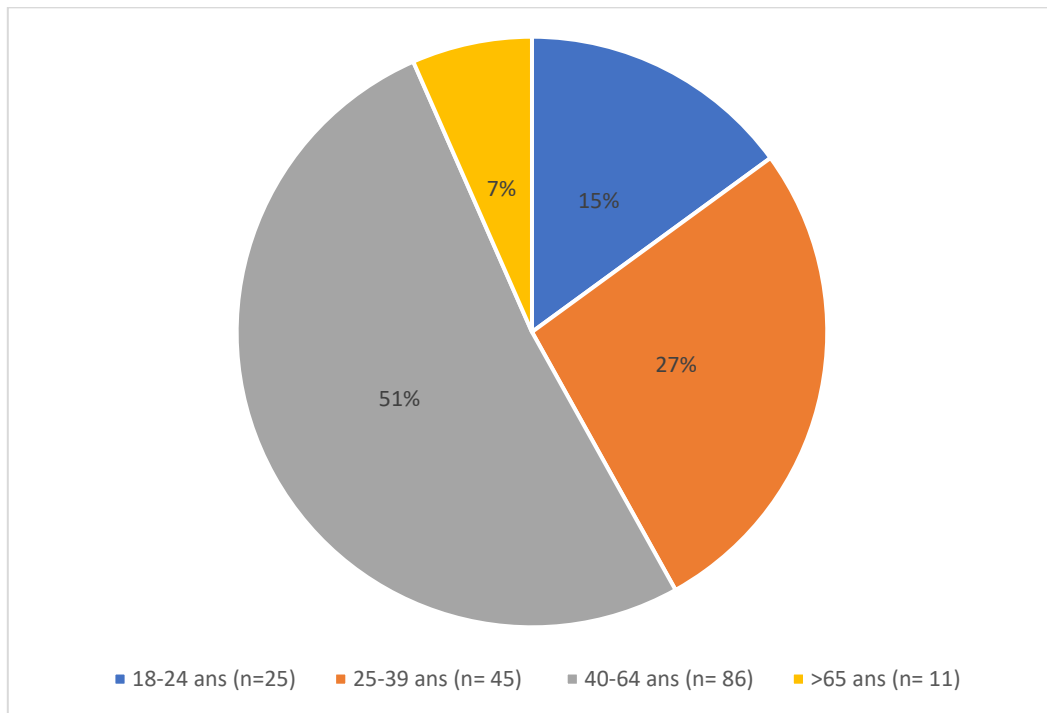
L'alcoolémie a été dosée pour 74,3% des patients (n= 123). Il s'agissait à chaque fois d'une alcoolémie sanguine retrouvée dans la biologie du patient.

Le Glasgow était retrouvé dans 53,3% des dossiers patients (n= 94). Notifié dans l'observation ou dans la fiche de soins infirmiers.

*Le score minimum de Glasgow était de 3, le maximum de 15.*

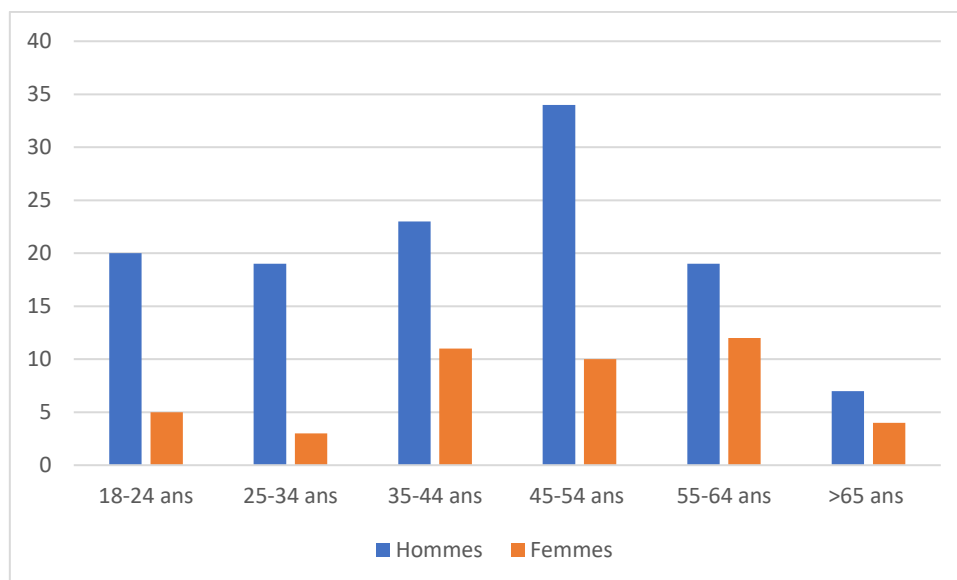
Cinq mesures d'alcoolémie étaient notées tardives.

B. Répartition de la population en fonction de l'âge et du sexe :



Graphique 2 : Répartition de la population en fonction de l'âge

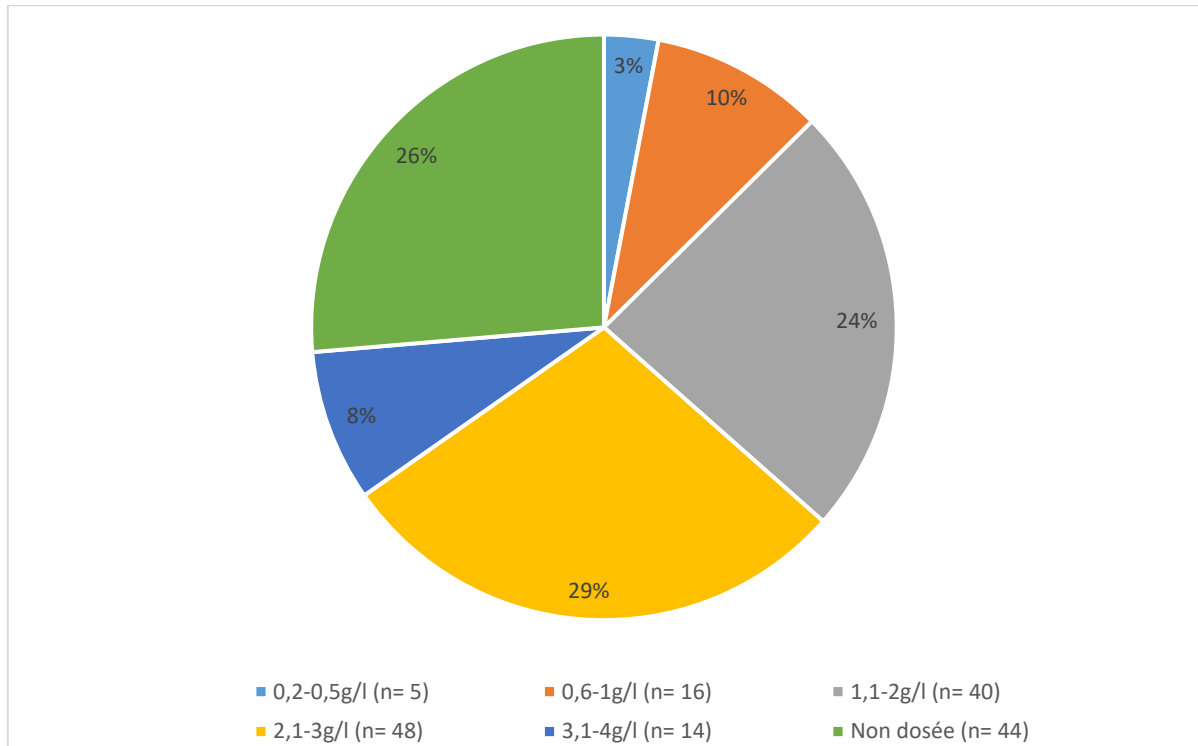
*L'âge minimum était de 18ans, l'âge maximum de 83ans.*



Graphique 3 : Répartition Hommes/Femmes en fonction de l'âge.



C. Répartition de la population en fonction de l'alcoolémie mesurée :



Graphique 4 : Répartition de la population en fonction de l'alcoolémie mesurée

*La valeur minimum de l'alcoolémie était de 0,2g/l, la valeur maximum de 4g/l.*

### III. Prise en charge des patients.

#### A. Mode de Sortie des patients admis au SAU en état ivresse :

- 26,3% des patients (n=44) ont été hospitalisés,
- 73,7% (n=123) sont retournés à domicile.

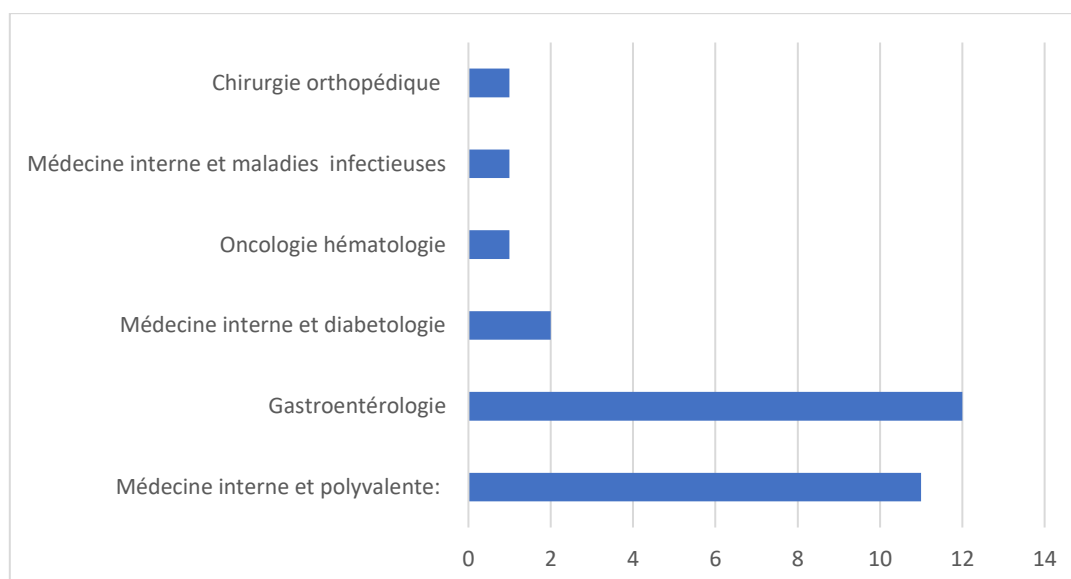
4% des retours à domiciles sont des fugues (n= 5) et 4% sont des CNH (certificat de non-hospitalisation) (n= 5).

Dans un dossier il était question d'une réquisition pour prélèvement d'alcoolémie sanguine.

#### B. Répartition des hospitalisations :

	Pourcentage	Hospitalisation secondaire dans un autre service en pourcentage
UHTCD	52,30% (n=23)	47,80% (n=11)
Service médecine	38,60% (n=17)	0%
Réa	9,10% (n=4)	75% (n=3)

Tableau 2 : Répartition des hospitalisations



Graphique 5 : Répartition des hospitalisations dans les services hors réanimation

### C. Description des hospitalisations.

1. Durée moyenne des hospitalisations, moyenne d'âge et répartition hommes/femmes :

	Durée Moyenne d'hospitalisation en jours [ET]*	Moyenne d'âge [ET]*	Sexe H/F % (n)
UHTCD seule (n= 12)	1,4 [1,1]	39,7 [11,2]	75%/25% (9/3)
Hospitalisation +/- UHTCD (n=32)	7,6 [4,8]	48,5 [11,7]	72%/28% (23/9)
Retour à domicile (n=123)	<24h**	42,6 [15,6]	73,2%/26,8% (90/33)

\*ET = écart type

\*\*Aucun retour à domicile n'est resté plus de 24h dans le service des Urgences.

Tableau 3 : Description des hospitalisations : durée, moyenne d'âge et répartition hommes/femmes

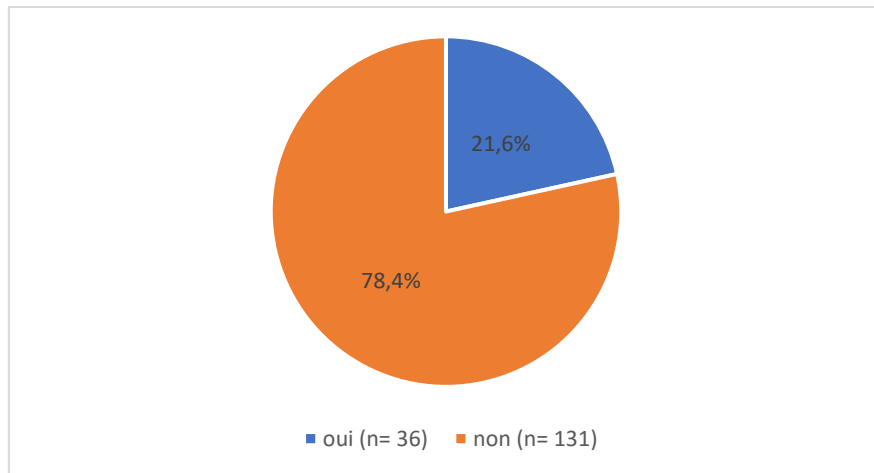
2. Hospitalisations en fonction des antécédents addictologiques :

	Alcoolodépendance	Alcool sans précision	Pas d'antécédents alcool
UHTCD seule (n=12)	58,3% (n=7)	16,7% (n=2)	25% (n=3)
Service de médecine +/- UHTCD (n=32)	81,25% (n=26)	6,25% (n=2)	12,5% (n=4)
Total hospitalisations (n=44)	75% (n= 33)	9% (n=4)	16% (n=7)
Sorties (n=123)	41,5% (n=51)	8,1% (n=10)	50,4% (n=62)

Tableau 4 : Description des hospitalisations en fonction des antécédents addictologiques

#### D. Prise en charge spécialisée.

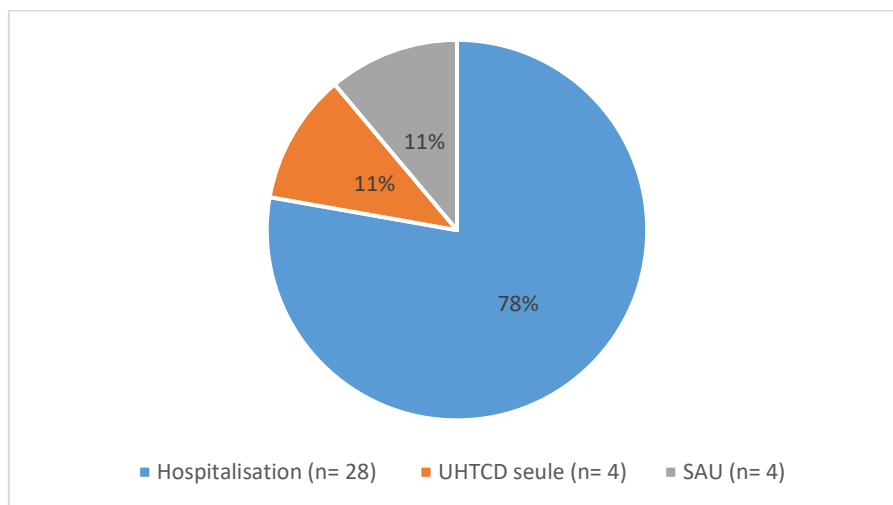
##### 1. Prise en charge par l'ELSA :



*L'information provient du dossier informatique : présence d'une cotation : consultation ELSA*

**Graphique 6 : Interventions de l'ELSA**

Pour les patients non vus par l'ELSA, celle-ci n'était pas présente dans 41,2% des cas (n=54).



**Graphique 7 : Répartition du lieu d'intervention de l'ELSA**

72,7% des patients hospitalisés en médecine (n= 32) ont vu l'ELSA.

7 patients ont refusé une prise en charge par l'ELSA, ce qui correspond à 5,3% des patients non vu.

##### Répartition selon les antécédents addictologiques :

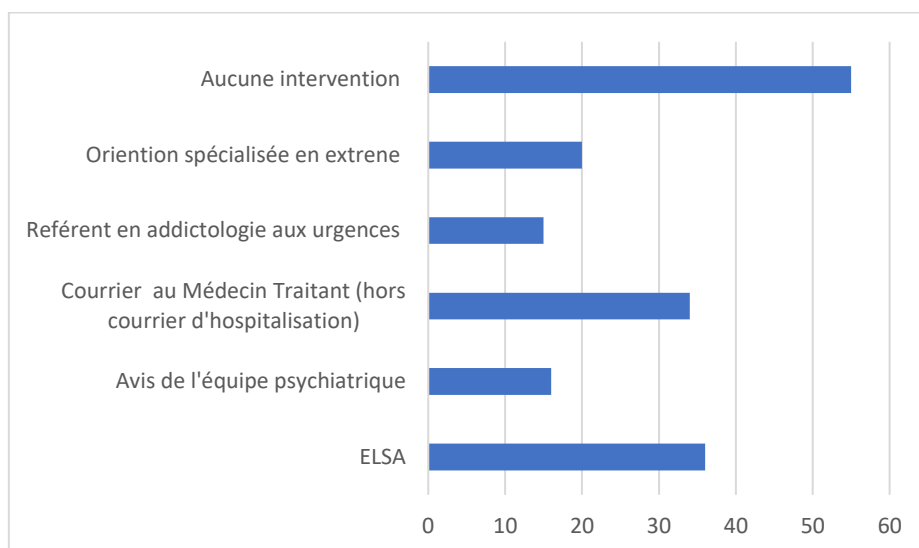
32% des patients avec un antécédent de suivi addictologique (n= 24) ont bénéficié d'une consultation ELSA. (75% dans les services de médecine (n= 18)) (12,5% en UHTCD seule (n= 3) et 12,5% aux urgences (n=3)).

36,9% des patients notifiés avec usage chronique (n= 31) ont vu l'ELSA (77,4% en hospitalisation (n=24), 12,9% au SAU (n= 4), 9,7% en UHTCD seule (n= 3)).

#### Différence Homme/Femme :

75% des interventions de l'ELSA concernaient des patients hommes (n= 27) et 25% des femmes (n= 9).

#### 2. Prise en charge globale :



Graphique 8 : Prise en charge spécifique des patients

ELSA *	21,60%	(n= 36)
Avis de l'équipe psychiatrique *	9,60%	(n= 16)
Lettre au Médecin Traitant édité aux urgences **	27,60%	(n= 34)
Vu par le référent en addictologie aux urgences	9%	(n= 15)
Orientation spécialisée en externe	11,4%	(n= 20)
Aucune intervention	40,1%	(n= 55)

*\*Prise en charge au SAU, UHTCD ou en hospitalisation.*

*\*\*L'information vient de de la présence du courrier dans le dossier en plus de l'observation.*

Tableau 5 : Pourcentages concernant la prise en charge spécifique des patients

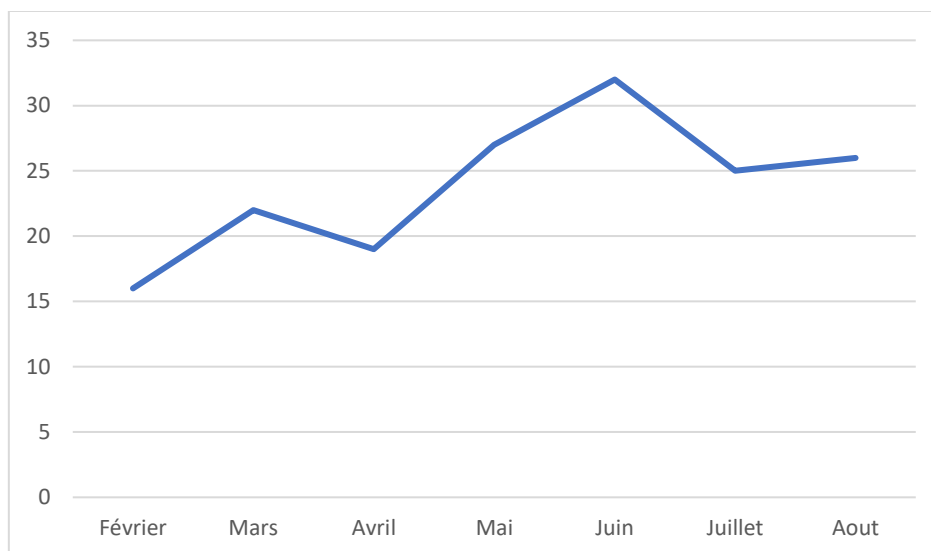
- 73% des prises en charge par le médecin référent en addictologie (n=11) ont eu lieu le week-end (3 de ces patients sont sortis en semaine mais n'ont pas vu l'ELSA).
- 50% des interventions de l'équipe psychiatrique (n=16) ont eu lieu le Week end (2 sont sortis en semaine dont 1 qui a aussi vu l'ELSA)

Certaines données sont croisées : certains patients ont eu plusieurs de ces interventions.

- On compte la présence de la notion conseil alcool dans 4 dossiers.

#### IV. Répartition dans le temps.

##### A. Répartition des admissions en fonction du temps :



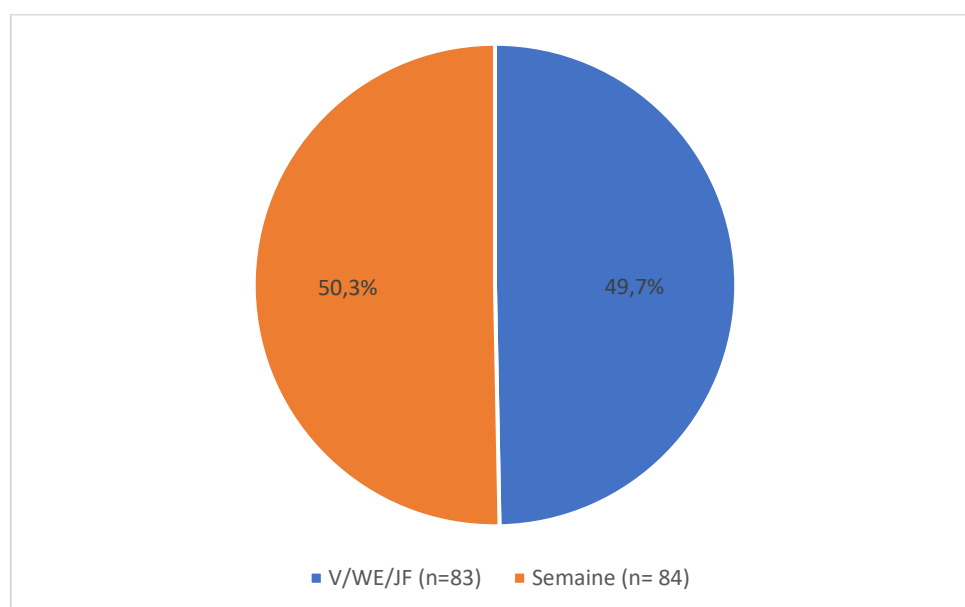
Graphique 9 : Nombre d'admissions avec IEA en fonction du mois

	Première quinzaine	Deuxième quinzaine
40-49 ans* (n=39) 23,4%	69,2% (n= 27)	30,8% (n=12)

*\*Tranche d'âge choisie pour comparaison avec les chiffres nationaux.*

Tableau 6 : Répartition des admissions en fonction de la première ou deuxième quinzaine du mois

B. Répartition des admissions en fonction des jours de semaine ou du Week-end :



*V/WE/JF: Vendredi/Week-end/Jours Fériés*

Graphique 10 : Répartition des admissions en fonction de la semaine

	Moyenne d'âge [Ecart-type]
V/WE/JF (n= 83)	42,7 [15,6]
Semaine (n= 84)	44,2 [14]

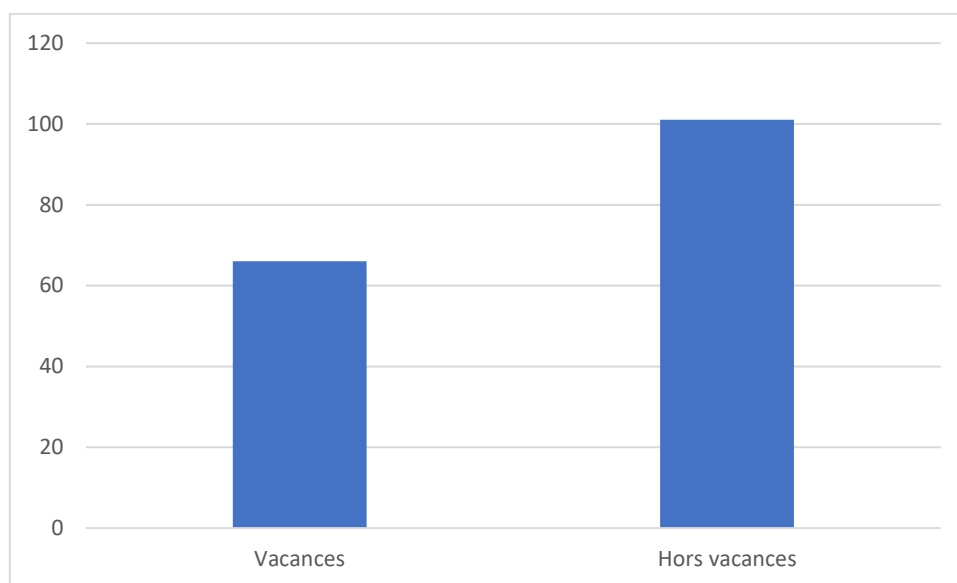
Tableau 7 : Moyenne d'âge des patients en fonction de leur admission le week-end ou les jours de la semaine

	WE/JF	Vendredi	Semaine
18-30ans*	48,7%	10,8%	40,5%
(n= 37)	(n= 18)	(n= 4)	(n= 15)

*\*Tranche d'âge choisie pour comparaison avec les chiffres nationaux.*

Tableau 8 : Répartition des admissions des 18-30 ans en fonction des moments de la semaine

C. Répartition des admissions en fonction des vacances scolaires :

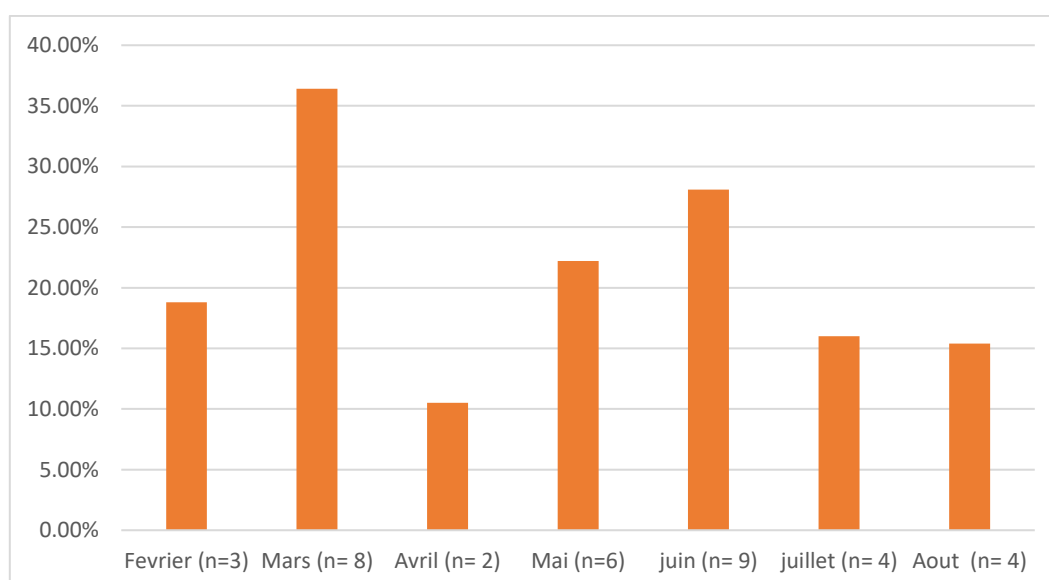


Graphique 11 : Admission en fonction des vacances scolaires

Pendant les vacances 56% des passages (n=37) ont eu lieu le Week end.

Moyenne d'âge pendant les vacances scolaires 45,4 ans [15,2].

D. Interventions de l'ELSA selon les mois de l'étude :



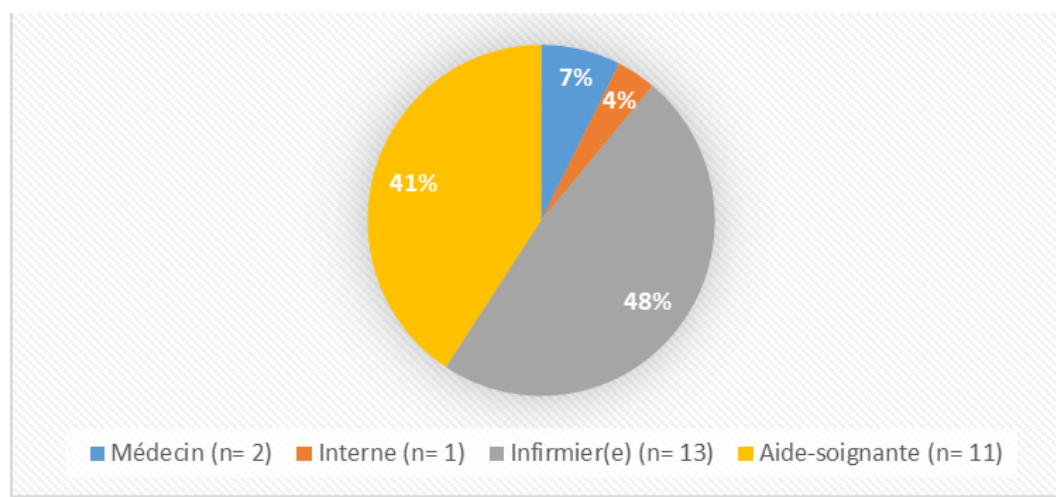
Graphique 12 : Patients vus par l'ELSA en fonction du mois.



## V. Questionnaire :

### A. Description de la population ayant répondu au questionnaire.

#### 1. Selon la fonction hospitalière :



Graphique 13 : Personnel ayant répondu au questionnaire (n=27)

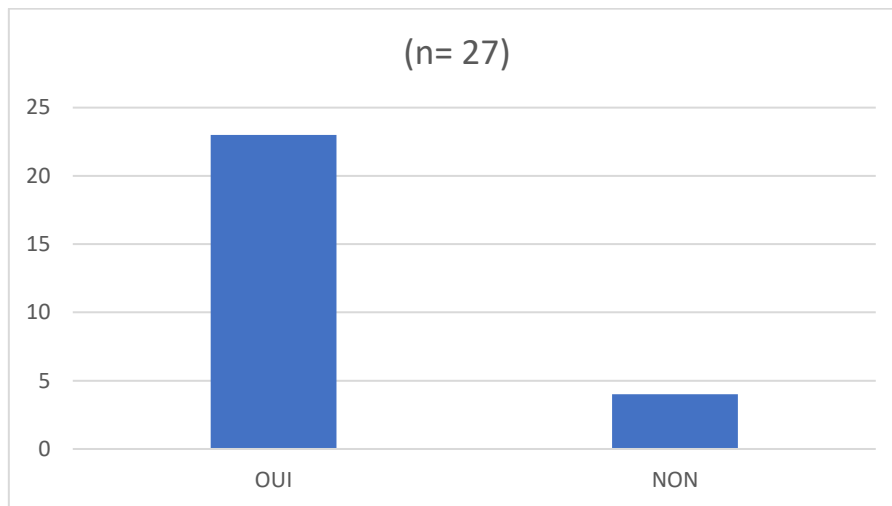
#### 2. En fonction du sexe et de la durée d'exercice aux urgences :

	Sexe H/F	Nombre d'années aux urgences : moyenne [ET]
Médecin (n=2)	1/1	2 ans [0]
Infirmier(e) (n= 13)	1/12	5,9 [4]
Aide-soignante (n=11)	0/10	11,6 [5,8]
Interne (n=1)	1/0	< 6 mois

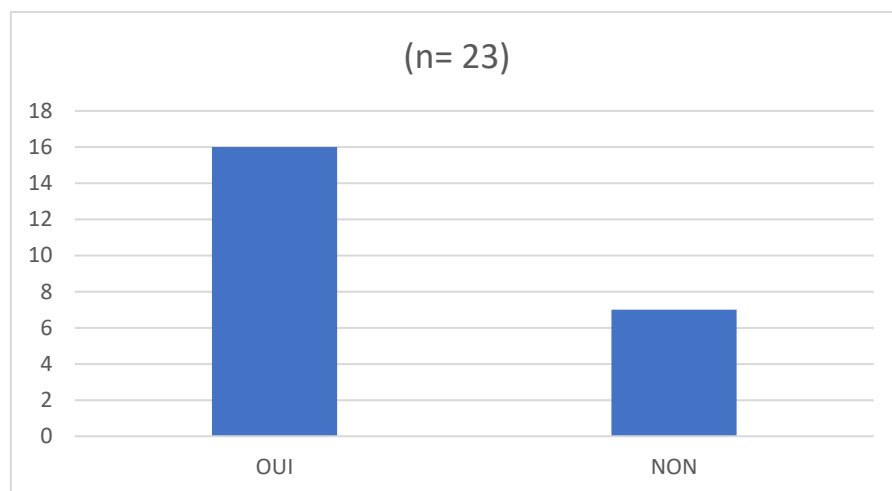
Tableau 9 : Caractéristiques du personnel ayant répondu au questionnaire

## B. Réponses concernant l'ELSA.

### 1. Avant sensibilisation :



Graphique 14 : Question connaissiez-vous l'équipe de l'ELSA ?

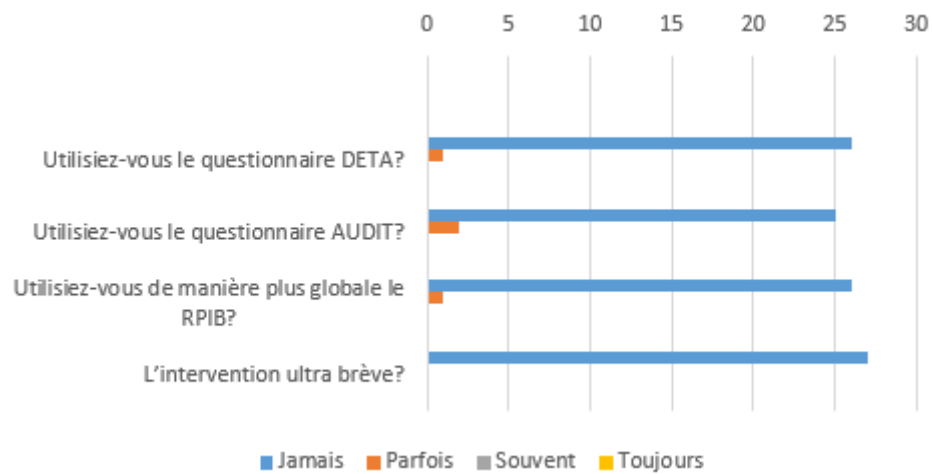


Graphique 15 : Question faisiez-vous appel à elle ?

### 2. Après sensibilisation :

La sensibilisation a permis de faire connaître l'ELSA à une personne qui faisait ensuite appel à elle  
(une personne a changé sa réponse à la même question après intervention).

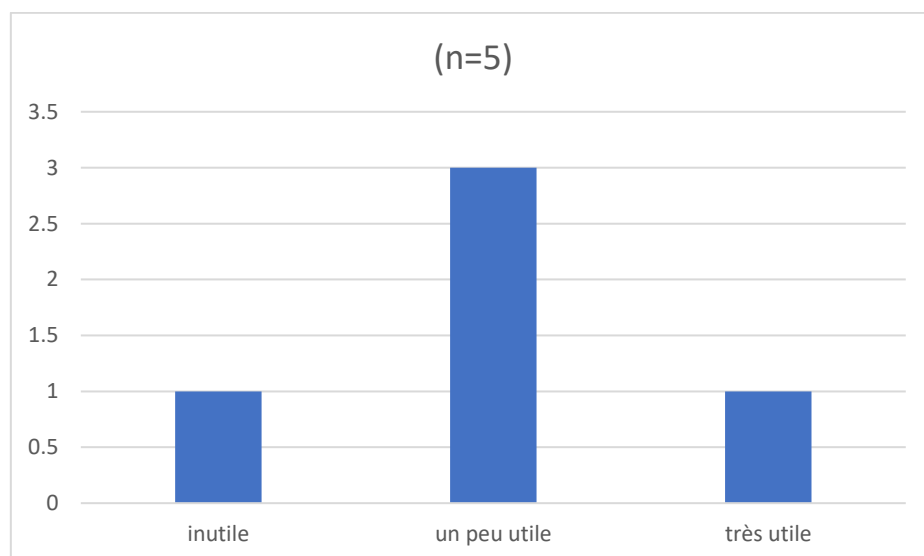
### C. Réponses concernant le RPIB.



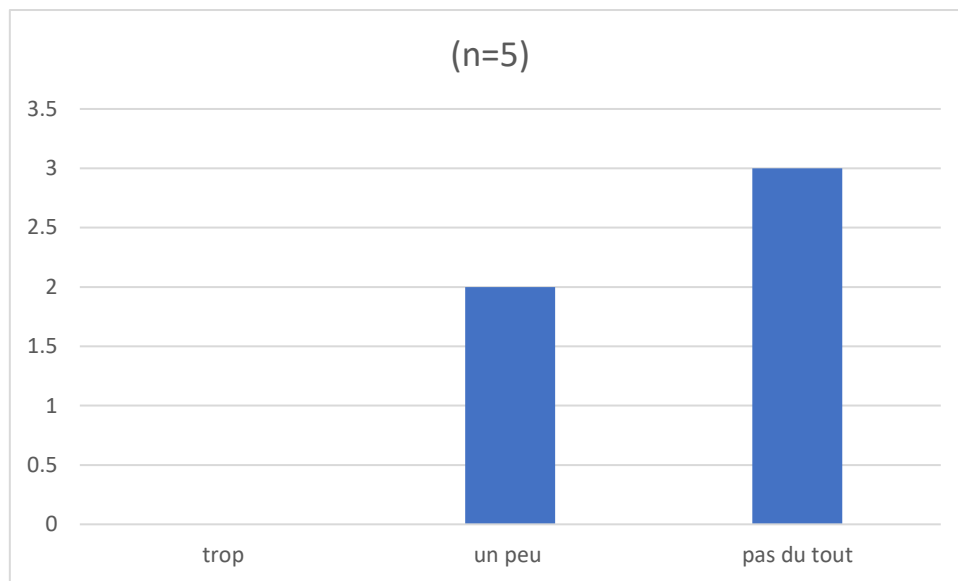
Graphique 16 : Utilisation des outils du RPIB (n=27)

Aucune modification des réponses avant et après sensibilisation.

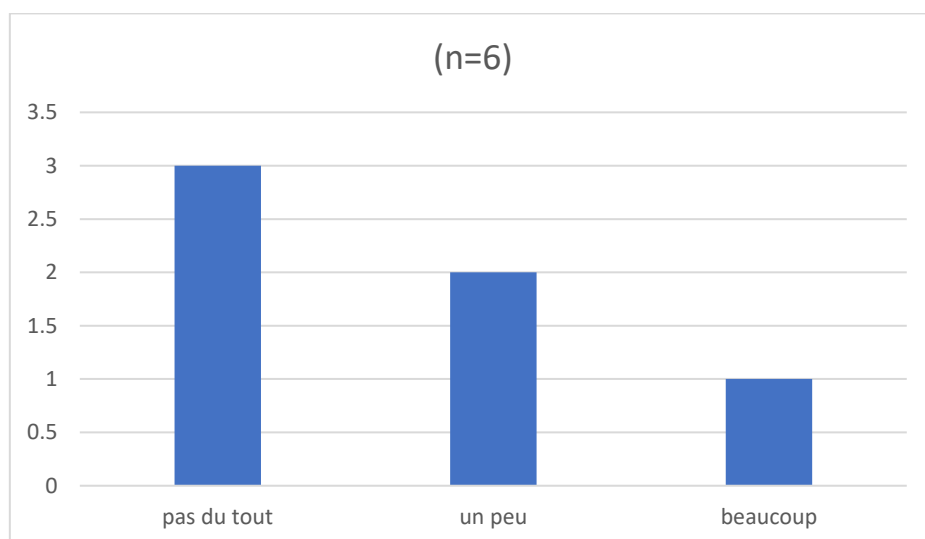
### D. Réponses concernant le diagramme de prise en charge.



Graphique 17 : Question comment l'avez-vous jugé ?



Graphique 18 : Question était-il chronophage ?



Graphique 19 : Question vous a-t-il aidé dans votre pratique quotidienne sur la PEC des IEA ?

#### E. Réponses concernant le courrier au Médecin Traitant.

Un médecin faisait parfois un courrier au médecin traitant l'autre jamais.

## F. Réponses aux Commentaires/ proposition d'amélioration.

Selon vous comment améliorer la communication entre les urgences et l'ELSA :

IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) :

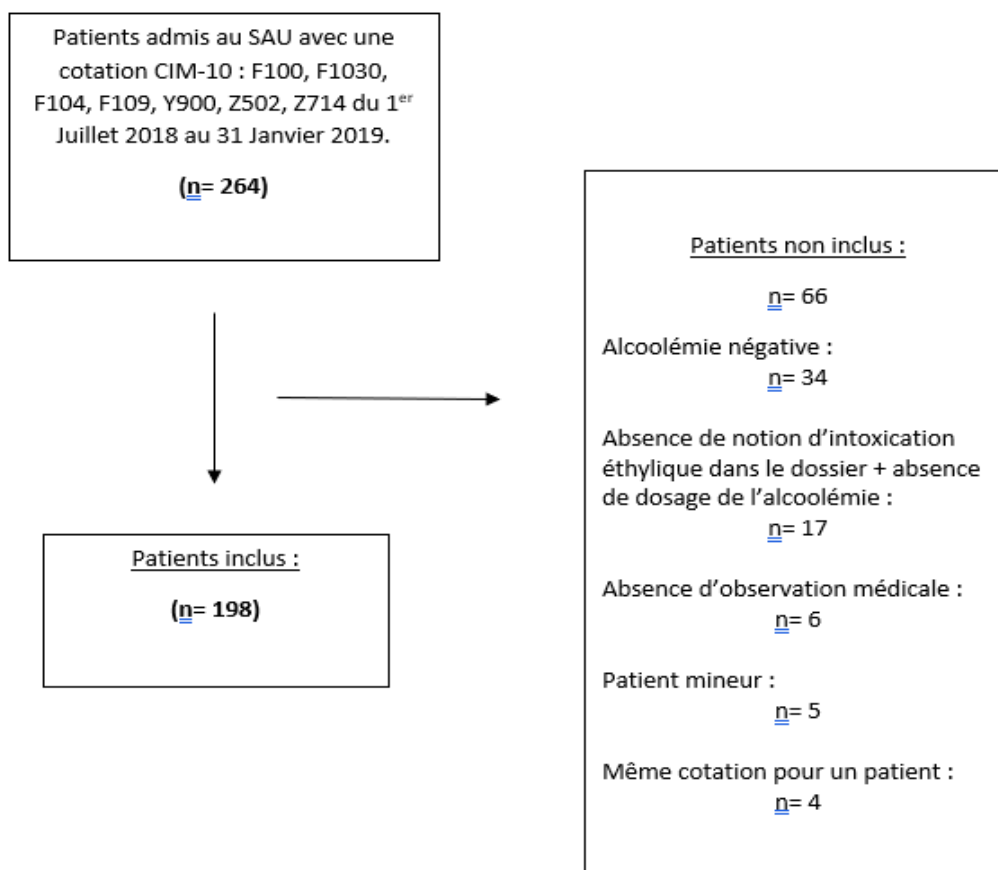
- Présentation du protocole à l'équipe par des réunions régulières ;
- Présentation du protocole à l'équipe par des réunions, fiches récapitulatives ;
- Formations ;
- Réunions d'information pour les nouveaux arrivants ;
- Réunions d'information ;
- Réunions d'information (bis).

Aides-soignantes :

- Réunion entre les deux équipes au moins une fois par an ;
- Note d'information ;
- Informer les urgences du nom des médecins référents, équipe plus disponible ;
- Formation, présentation de l'équipe, explication des supports ;
- Formation, présentation de l'équipe, explication des supports, participer aux transmissions.

## VI. Données avant sensibilisation aux recommandations de bonne pratique.

### A. Diagramme des flux.



Graphique 20 : Diagramme des flux (recueil de données avant sensibilisation)

### B. Tableau rapportant la prise en charge des patients sur les 7 mois précédents et les 7 mois suivant le début de l'étude.

	Du 1 <sup>er</sup> juillet 2018 au 31 Janvier 2019	Du 1 <sup>er</sup> Février au 31 Aout 2019
ELSA	14,6%	<b>21,6%</b>
Avis psychiatrique	<b>14,6%</b>	9,6%
Référent en addictologie	9%	9%
Lettre Médecin Traitant	23,6%	<b>27,6%</b>
Orientation externe spécialisée	13,6%	11,4%
Sans Intervention	44,2%	40,1%

Tableau 10 : données avant/après sensibilisation.

# Discussion :

Nous avons donc rappelé que le passage aux urgences pour intoxication éthylique constitue déjà en lui-même une problématique : un mésusage nécessitant une intervention.

Le constat était fait que la plupart des patients repartaient à domicile sans aucune évaluation addictologique, ni intervention qu'elle soit brève ou spécialisée que ce soit dans la littérature ou au cours de mon stage aux Urgences. C'est dans ce but que nous désirions sensibiliser les professionnels des urgences aux recommandations de bonne pratique.

Nous allons discuter les résultats de l'étude.

## I. I. L'Echec de l'application du protocole et du recueil de données.

### 1. Le recueil de données.

Il m'a été impossible d'analyser de manière prospective les dossiers des passages aux urgences des patients admis avec IEA comme diagnostic principal ou associé.

Les questionnaires de repérage n'ont pas été distribués aux patients, la pratique du RPIB n'a pas pu être évaluée.

Je peux émettre les suppositions suivantes concernant cet échec :

- Je pense que l'absence d'une présentation orale à l'ensemble de l'équipe a nui à la visibilité de la démarche et à l'implication des soignants. Celle-ci était pourtant prévue et approuvée mais n'avait finalement pas été organisée. Un affichage sans information directe n'est sans doute pas suffisant.

Même si la diffusion par mail avait fait ses preuves dans d'autres travaux de thèses (90) Il est très probable que beaucoup n'aient pas pris le temps de lire les PowerPoint ou le dossier à disposition des urgences.

- Également le fait qu'une étude de grande envergure sur les AVC très chronophage pour les équipes soit en cours sur cette même période. Ce qui m'a été précisé dès le premier jour.
- Mon éloignement physique malgré des relances téléphoniques aux référents : il est possible que ma présence plus régulière aux staffs aurait permis une meilleure adhésion.
- Revenir au mois de mai sensibiliser les nouveaux internes et leur faire connaître l'ELSA également.
- Le manque d'implication des équipes peut aussi être dû au fonctionnement même des urgences de Blois : ainsi 70% des médecins du SAU sont des intérimaires qui n'ont pas reçu les informations par mail. On peut s'imaginer qu'ils n'ont pas lu le protocole. Même si les recommandations sont les mêmes dans toutes les urgences, elles ne font pas toujours l'objet d'un protocole.

## RPIB :

- Manque de temps et d'effectifs : point soulevé par les équipes elles-mêmes.

Ce manque de temps est un argument retrouvé dans la littérature pour justifier la non pratique de ces interventions. Il existe une réticence des soignants à s'engager dans une intervention qui leur paraît longue.

Lors de mon stage aux urgences en hiver, j'ai connu la tension qui y régnait avec un nombre important de patients qui passaient la nuit dans le service et que nous devions tenter de placer le matin en hospitalisation. Tous ces facteurs ne laissant pas le temps aux différents soignants de s'impliquer dans plusieurs études et de prodiguer les prises en charge dans les meilleures conditions. Ce climat de tension croissante a fait l'objet de grèves qui ont suivi et ont été fortement médiatisées.

## 2. Concernant l'ELSA.

- La non-présentation de l'ELSA aux nouveaux internes, lors de la réunion d'accueil chaque semestre, depuis qu'il n'y a plus de médecin addictologue au centre hospitalier. Certains internes de garde ne connaissent pas l'équipe de l'ELSA. Ce sont eux qui prennent en charge en majorité les patients en état d'ivresse.
- Le manque de communication entre les urgences et l'ELSA. Pendant mes réunions avec l'équipe de l'ELSA pour leur présenter le projet, les IDE décrivaient une rupture avec le service des urgences quasi-totale. Elles avaient le sentiment de ne plus être appelées par cette équipe mais seulement contactées pendant les hospitalisations (en effet lors de l'étude leur intervention concernait pour 78% des patients hospitalisés).
- L'effectif réduit de l'ELSA : la circulaire de 2008 prévoit la composition pour les ELSA d'au moins un médecin, d'infirmier(s), psychologue(s), assistante sociale et diététicien. Il est évident que la présence de deux infirmières polyvalentes réduit les possibilités d'intervention.

- Les représentations des soignants :

Les données de la littérature citent souvent un manque de repérage et de prise en charge dus aux représentations négatives des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool. « À l'opposé des représentations positives, il existe une représentation franchement négative : l'alcoolisme. Le boire pathologique, opposé au boire festif ou au boire esthétique. »(91)

- Un sentiment d'échec et d'impuissance

Un sentiment d'échec et d'impuissance des soignants face à ces patients : en effet un nombre non négligeable ayant déjà un suivi addictologique ou des antécédents de passage pour intoxication éthylique sont concernés : « que va-t-on faire de plus cette fois ? de toute manière il reviendra, c'est une perte de temps... »



## II. La méthode.

- Une étude rétrospective implique des biais :

Un biais de recrutement : La cotation PMSI est effectuée directement par les urgentistes qui privilégient le codage des conséquences de cette IEA. C'est une constatation qui ressort dans d'autres études (69). Le service des urgences est le seul dont les cotations ne sont pas vérifiées par le DIM (au CHB). Certains dossiers n'ont donc sans doute pas été traités.

- Au niveau de la population étudiée :

Les 167 passages avec notion d'intoxication éthylique correspondent à 162 patients : 1 patient a fait l'objet de 3 passages au SAU et 3 patients de 2 passages.

- Une étude monocentrique rend difficile une extrapolation des résultats, d'autant plus que le fonctionnement avec une équipe d'addictologie très réduite et l'absence de médecin addictologue ne se calque pas avec celui de la plupart des hôpitaux.
- Une étude observationnelle rétrospective implique un biais d'information (ou de mesure) dû à la qualité des observations. Certaines étaient plus complètes que d'autres au niveau des antécédents et de la prise en charge des patients.

On peut imaginer que si un conseil sur la consommation d'alcool a eu lieu, il n'ait pas forcément été mentionné dans le dossier, ce qui a rendu l'évaluation quantitative de l'intervention brève impossible.

## III. Résultats.

### A. Description de la population.

Dans notre étude, la population étudiée correspondait à 0,6% du passage total aux urgences du Centre Hospitalier de Blois, alors qu'au niveau national entre 1,2% et 3,1% des passages aux urgences sont en lien direct avec une consommation d'alcool. La moyenne nationale étant de 1,38%. (7), ce chiffre est estimé à 1,16% dans la région.

Notre étude incluait les patients avec alcoolémie positive ou déclaration de consommation et signes cliniques d'imprégnation ; les demandes de sevrage par exemple, avec alcoolémie négative ont été exclues : ce qui nous donne un chiffre seulement pour les intoxications éthyliques aiguës en comparaison des admissions en lien avec l'alcool.

Notre chiffre est aussi probablement sous-estimé à cause du biais de recrutement. On sait qu'une alcoolémie positive serait retrouvée chez 20 à 40% des patients, ayant recours aux urgences avec dosage systématique, tandis qu'avec le seul diagnostic clinique 4 à 10% des passages concerneraient une IEA. (69)

Au niveau de la répartition du sexe et de l'âge notre étude était comparable à d'autres travaux. Nous retrouvons un ratio Homme/femme de 3,2 (73% d'hommes et 27% de femmes) et une moyenne d'âge de 43,5 ans [14,8].

Dans l'étude de Reynaud et al. aux services des urgences des hôpitaux de Clermont Ferrand l'âge moyen était de 42ans avec 70% d'hommes. (94)

En 2011 l'étude du réseau Oscour portant sur plus de la moitié des urgences de France trouvait également un sexe ratio de 3 hommes pour une femme. Cette prédominance masculine est retrouvée dans les études portant sur la consommation d'alcool(69).

Une thèse Nancéenne en 2015 sur une plus grande population trouvait un âge moyen de 47,2 ans et une même répartition hommes/femmes (70,1%). La population étudiée concernait un passage lié à l'alcool, pas seulement les IEA(93). Une autre à Verdun évaluant le coût des passages aux urgences, sur 206 cas, trouvait le même sexe ratio avec un âge moyen de 41,5ans (cette étude incluait les mineurs)(94).

Les personnes se situant dans la moyenne d'âge 45-60 ans sont davantage concernées par des passages aux urgences liés à l'alcool (7), ce qui était aussi le cas dans cette étude : 51% des passages correspondaient à la tranche d'âge 40-65 ans comme dans l'étude de Verdun.

On s'aperçoit, et c'est aussi le cas des autres travaux cités, que le passage aux urgences ne concerne pas que les jeunes bien au contraire. C'est un élément qui doit être pris en compte dans les actions de prévention et de repérage et qui ne devrait pas faire oublier la nécessité de prendre en compte les personnes plus âgées. (Oscour). (6)

La prédominance masculine des API diminue avec l'âge ce que l'on retrouvait dans la population de notre étude.

Nous retrouvions une moyenne d'âge de 42,5ans pour les hommes et 46,3ans pour les femmes. Elles étaient moins nombreuses et plus âgées, ces admissions concernaient plus de patientes présentant un trouble de l'usage d'alcool.

L'alcoolémie moyenne était de 2,03g/l : chiffre probablement sous-estimé en raison du délai entre la mesure et l'admission qui n'a pas pu être chiffré. Un délai tardif de plus de 10h était notifié dans au moins 5 dossiers.

29% avaient une alcoolémie entre 2,1 et 3g/l, chiffre équivalent à l'étude au SAU de Verdun.

L'alcoolémie moyenne des hommes et des femmes était très proche (2,08 / 1,9g/l).

Elle a été mesurée pour 74,3% des passages ce qui a permis de se faire une réelle idée de la moyenne. Il n'est pas recommandé de doser systématiquement l'alcoolémie sauf en cas de doute diagnostic ou de complications.

Le Glasgow moyen était de 14,3 allant de 3 à 15. Pour tous les passages en réanimation le Glasgow n'était pas mentionné dans le dossier des urgences ce qui surestimait très probablement notre chiffre.

Le Glasgow était mentionné dans 53,3% des dossiers (soit dans l'observation soit dans la fiche de soins infirmiers). Ce qui montre bien qu'il existe un biais dans notre étude rétrospective sur la qualité des informations.

Ce biais sous-estimait aussi probablement notre chiffre retrouvant 50,3% de passages (chiffre non ajusté au nombre de patients) avec une notion d'alcoolisation chronique (c'est en ces termes qu'elle était notifiée dans les antécédents) avec également les 8,4% d'alcoolisation sans précision.

Le chiffre de suivi addictologique était aussi probablement sous-estimé pour les patients suivis en dehors du centre hospitalier de Blois.

Il ressort dans la littérature que 80 à 90% des patients consultant sont alcoolodépendants (5,71) .

L'étude au niveau des hôpitaux de Clermont- Ferrand citait 90 % des sujets « abuseurs ou alcoolodépendants » (résultats positifs au questionnaire DETA, GGT ou CDT).

## B. Prise en charge.

### 1. Hospitalisations.

Dans notre étude 26,3% des passages ont donné lieu à une hospitalisation, moins qu'en 2011 au niveau national ou 33% des passages aux urgences pour IEA ont été hospitalisés (69), et 36% dans la thèse Nancéenne de 2015 (93). Les femmes étaient plus concernées que les hommes, ce que nous ne retrouvons pas dans cette étude.

La moitié des hospitalisations initiales ont été faites à l'UHTCD et parmi elles la moitié ont donné lieu à un séjour en service de médecine. La moyenne d'âge des patients hospitalisés en service de médecine était de 48,5 ans, chiffre supérieur à l'UHTCD seule (39,7ans), et aux retours à domicile (42,6 ans). Les hospitalisations en médecine correspondent à des patients ayant des comorbidités plus importantes et à des IEA compliquées. Elles concernaient des patients de 43,5 ans en moyenne en 2012(6).

Ce qui correspond aux données selon lesquelles les hospitalisations pour IEA ont lieu en moyenne 4,5 ans avant les hospitalisations pour dépendance et 13 ans avant les hospitalisations pour complications(6), ainsi que l'augmentation de la part des patients de plus de 50 ans hospitalisés. D'où la réelle nécessité d'intervenir dès le premier passage aux urgences.

Dans notre étude les hospitalisations en médecine concernaient pour 81% des sujets notifiés consommateurs chroniques (75% du total des hospitalisation UHTCD + médecine). La durée moyenne du séjour était de 7,6 jours ce qui n'est pas négligeable en termes de coût.

Au centre hospitalier de Blois la majorité des hospitalisations ont eu lieu dans les services de gastroentérologie et de médecine interne et polyvalente. Ceci s'explique par le fait que les lits d'addictologie, quand le médecin était présent pour organiser les sevrages, étaient en gastroentérologie. Les comorbidités dues à l'alcool de ces patients sont pour la plupart de cette spécialité.

Quatre patients ont nécessité une hospitalisation en réanimation et trois d'entre eux ont ensuite été hospitalisés en médecine. Un patient est passé par le déchocage des urgences.

L'alcoolisation excessive peut avoir des conséquences graves, entraîner des soins lourds et mettre en jeu le pronostic vital.

### 2. Concernant les interventions spécialisées.

L'ELSA est intervenue pour 21,6% des passages.

Pour les patients non vus par l'ELSA, celle-ci n'était pas présente dans 41,2% des cas. La thèse citée aux urgences de Verdun retrouvait le même chiffre (21,3%), le taux de 8% d'alerte ELSA à Nancy est difficilement comparable.

La majorité des interventions de l'ELSA ont donc eu lieu dans les services d'hospitalisation : 78% dans les services de médecine et 11% en UHTCD seule. La part d'intervention au SAU n'était donc que de 11%, sachant que le passage aux urgences dure moins de 24h, le facteur temps diminue les possibilités d'intervention. Il faut dire que ces patients ne nécessitant plus de soins médicaux, sont les premiers à sortir pour pouvoir accueillir les nouveaux.

On peut aussi se dire que les patients hospitalisés nécessitent d'avantage une intervention spécialisée, car ils ont plus de comorbidités ou présentent une IEA compliquée comme je l'ai déjà mentionné. Seulement, on s'aperçoit aussi que 41,5% des patients sortant avaient une notion

d'alcoolisation chronique dans le dossier, et sont donc en échec de traitement ou en rechute ce qui nécessite une prise en charge spécialisée addictologique.

Sous un autre angle 36,9% des patients notifiés avec usage chronique ont vu l'ELSA (et 32% de ceux ayant déjà un suivi addictologique).

Le lien avec les soignants doit être maintenu et renforcé, et non banalisé comme un énième passage sans importance.

9,6% des patients ont eu un avis psychiatrique et 9% ont vu le médecin référent en addictologie aux urgences. Ce qui ne suffit pas à pallier le manque d'intervention de l'ELSA.

73% des interventions du médecin référent et 50% de celles de l'équipe psychiatrique, ont eu lieu le week-end.

En ce qui concerne l'information au médecin traitant, un courrier a été remis aux patients pour seulement 27,6% des sorties (l'hospitalisation donnant lieu systématiquement à un courrier), alors que celui-ci devrait être systématique selon les recommandations. Une orientation externe était proposée dans seulement 11,4% des cas, sachant que certaines données sont croisées : certains patients ayant eu plusieurs interventions.

Les informations concernant les interventions de l'ELSA et le courrier au médecin traitant édité, dépendent des cotations dans le dossier et pas des données de l'observation, ce qui les rend exacts.

Ce qui nécessite des propositions d'amélioration, d'autant plus que 40,1% des patients sortaient sans aucune prise en charge spécialisée, courrier ou orientation (dans le dossier). Comme les autres résultats dépendant des données de l'observation, ce chiffre est possiblement surestimé.

Ces chiffres sont à ajuster au fait que 7 patients ont refusé une consultation avec l'ELSA, 1 une prise en charge globale, 5 patients ont fugué et 5 sont partis en garde à vue.

### 3. Les admissions en fonction du temps.

Le pic du 22 juin correspondant au lendemain de la fête de la musique n'était pas retrouvé dans notre étude : 1 seul passage. Mais l'augmentation globale durant le mois de juin oui.

Il faut aussi tenir compte que l'on constate une baisse de fréquentation des urgences du CHB l'été, surtout au mois d'août. Elle est due aux départs en vacances. C'est une constatation que j'ai pu faire en stage dans cet hôpital.

Le nombre d'admissions semaine versus week-end était équivalent. Blois n'est pas une ville étudiante, il faudrait pouvoir comparer avec les Urgences de Tours dans la région et d'autres urgences dans des zones rurales.

La moyenne d'âge des admissions du week-end était équivalente à celle de la semaine (43,3 et 44,2 ans) Elle était en baisse sur les passages du Vendredi avec une moyenne de 40 ans. Ce qui montre qu'il n'y a pas que des étudiants ou des IEA isolées le week-end, mais aussi des patients qui nécessitent une prise en charge spécialisée (des statistiques sur les résultats des questionnaires de repérage auraient pu être intéressantes).

On retrouvait tout de même pour les jeunes (18-30 ans) 59,5% des admissions le vendredi et week end (10,8 + 48,7%) contre 40,5% le reste de la semaine. Tendance du réseau Oscour que nous avons voulu vérifier.

Il est aussi vérifié que les 40-49 ans ont plus tendance aux passages avec IEA en début de mois : 69,2% ont eu lieu la première quinzaine des mois étudiés.

Au total il n'y avait pas plus d'admissions pendant les vacances scolaires (56% ayant lieu le week-end cela ne change pas la répartition).

#### IV. Questionnaire.

Le peu de réponse des médecins n'a pas permis d'évaluer leur pratique en matière de prise en charge et notamment d'intervention brève.

Il a seulement permis de constater que les Infirmières et les aides-soignantes ne pratiquaient pas de prise en charge addictologique.

Une seule infirmière utilisait les questionnaires de repérage et l'intervention brève, l'autre soignant, un interne présent depuis 4 mois aux urgences utilisait seulement le questionnaire.

Beaucoup ont commenté ne pas connaître ces outils et ces techniques.

Seulement 5 ont répondu entièrement aux questions d'évaluation, ce qui confirme son manque de visibilité.

85,2% des soignants interrogés connaissaient l'ELSA et parmi eux 69,6% faisaient appel à elle.

Je pense que les réponses viennent essentiellement des infirmiers et des aides-soignants, qui ne prennent pas seuls la décision d'orientation des patients, mais attendent l'avis des médecins. Cela peut être une piste à explorer.

Les autres réponses concernent trop peu de soignants pour être représentatives, mais sur les 5 personnes ayant jugé la prise en charge standardisée, aucune ne l'a estimée trop chronophage (2 un peu et 3 pas du tout). Elle pourrait être réutilisée sous forme de protocole. Il est difficile d'évaluer les autres réponses sur son utilité et l'aide apportée sur la pratique, sachant que ces soignants n'ont pas utilisé l'intervention brève.

#### V. Comparaison.

Pour avoir une idée de l'impact de cette sensibilisation j'ai recueilli avant celle-ci, sur une durée équivalente à celle de l'analyse, les mêmes données selon les mêmes modalités.

Nous ne pouvons qu'observer ces résultats sans pratiquer d'analyse statistique, la méthode sur la comparaison de ces deux populations pourrait être discutée. Il est impossible de savoir si la population est appariée ou indépendante : il est plus que probable que certains patients soient les mêmes.

Il est quand même possible de se rendre compte que les interventions de l'ELSA étaient de 14,6% sur la première période et 21,6% sur la deuxième. Le nombre de courriers édités aux patients pour le médecin traitant étaient respectivement 23,6% et 27,6%. (Comme dit précédemment les données sont exactes avec la méthode de recueil).

Les interventions du médecin référent concernaient un même pourcentage de patients (dépendant de ces jours de présence).

Les autres données sont difficiles à comparer, le biais de mesure rendant difficile leur interprétation (notamment les orientations en externe et les résultats des patients sans aucune intervention qui en

découlent). Les interventions de l'équipe psychiatrique, mériteraient en plus une comparaison sur les motifs d'admission et les antécédents psychiatriques, on ne peut pas simplement supposer que leur diminution serait due à une augmentation des interventions de l'ELSA.

## Globalement :

Trop de patients en échec de traitement ou en rechute n'ont pas bénéficié d'une consultation spécialisée et trop sont repartis sans aucune intervention, ni même un courrier ou une orientation malgré les recommandations.

Toutefois ce chiffre est moins important que ce qui est retrouvé dans la littérature cité plus haut.

Le taux d'intervention de l'ELSA se trouve quand même comparable aux autres travaux avec mise en place d'un protocole.

Sans compter les interventions brèves ou de la remise d'information nécessaire à la suite de ces passages que nous n'avons donc pas pu chiffrer.

## VI. Propositions d'amélioration.

Comment améliorer ces chiffres, quelques propositions issues des constations et de la littérature :

- Au niveau de la présence de l'ELSA : il est prouvé que sa présence physique améliore la relation et la communication entre les services.

La présence de l'ELSA systématique lors des transmissions le matin entre les deux équipes lui permettrait de proposer des consultations ou des interventions-brèves si le personnel des urgences n'est pas disponible, de rétablir un dialogue et de mieux se faire connaître. Ce qui en fait la proposition principale.

« La proximité entre équipes des services d'urgences et équipes de liaisons et de soins en addictologie favorise les échanges cliniques et stimule les actions de formation »

Certains travaux suggèrent que des consultations addictologiques externes directement intégrées au sein des services de certaines spécialités (hépatologie, urgences, cancérologie), amélioreraient la motivation des patients et leur pronostic global.(95)

- Rétablir la présentation de l'ELSA lors de la réunion d'information des nouveaux internes.
- Proposition d'une formation intervention brève une fois par semestre pour tout le personnel.
- Réunions systématiques entre les deux équipes au moins une fois par an pour parler des projets et évaluer les besoins en formation (proposition faite par le personnel paramédical).

La formation du personnel médical mais aussi et surtout paramédical à l'intervention brève lui donnerait plus de légitimité à intervenir en dehors de la présence des médecins. Dans la littérature un des facteurs de réussite de SBIRT est la confiance qui peut être augmentée grâce à des formations.

- Un protocole de délégation pourrait être mis en place en faveur des infirmières ou aides-soignantes.

L'intervention brève, en plus d'être recommandée par les sociétés savantes depuis de nombreuses années et d'avoir déjà montré son efficacité, me paraît être un outil essentiel pour les patients des urgences.

- Alerte ELSA informatique après accord du patient ou transmission du dossier par mail (ce qui était dans la thèse Nancéenne).

*Le fait d'avoir laissé une bannette où déposer les dossiers pour l'ELSA en dehors de ses heures de présence ayant été un échec la piste informatique est à explorer.*

- Certains services d'urgences éditent systématiquement un courrier au patient à partir de l'observation, ce qui peut être une piste à explorer. Nous ne connaissons pas la part de patients remettant ce courrier à leur médecin traitant.

Nous recevons en médecine générale les comptes rendus d'imagerie, de consultations spécialisées par mail, sur messagerie sécurisée : Si la logistique le permet ce pourrait être à proposer en transformant l'observation en courrier sans autre manipulation (avec accord du patient).

La situation complexe des urgences explique en grande partie cet échec : le manque de personnel, le fonctionnement avec des intérimaires, le mal être d'un personnel surmené par un nombre de passage global en constante augmentation sont autant de facteurs qui nuisent à la prise en charge optimale des patients.

Nous ne pouvons tout de même pas en tant que soignant attribuer toutes les causes à l'extérieure elles sont aussi de notre responsabilité, de l'importance que nous voulons leur donner et de notre propre déni.

En plus des moyens logistiques à améliorer, un travail sur nous-même paraît nécessaire pour améliorer la situation :

- La modification de nos représentations : qu'elle concerne notre propre consommation, celle d'un proche ou l'idée que l'on se fait de la dépendance est sans doute un début. De même, la perception de nos propres faiblesses, nous permettrait de passer la main en cas de connaissances insuffisantes sur le sujet ou de difficultés, et non d'occulter le problème et dans ce cas le patient. Le travail en équipe, la délégation des tâches, la coopération avec les spécialistes, ou ces propres pairs plus à l'aise avec le sujet, sont les premières bases à explorer dans des situations de rupture.

Si la situation devient difficile, et nous savons que c'est bien le cas aux urgences, le simple contact systématique avec le médecin généraliste offre déjà une opportunité pour le patient de reparler de sa situation, ou d'avoir un conseil et une orientation spécialisée, si le temps a manqué lors du passage au SAU.

- *Malgré le fait que nous n'ayons pas pu conclure sur une efficacité de cette sensibilisation sur l'augmentation des interventions de l'ELSA constatée entre les deux périodes, nous pouvons supposer qu'elle a eu un impact sur la prise en charge des patients. Il serait intéressant de pouvoir proposer cette prise en charge comme un protocole de service afin de l'évaluer prospectivement dans une nouvelle étude.*

# Conclusion.

Nous avons pu nous rendre compte tout au long de ce travail que la consommation d'alcool, qu'elle soit aiguë ou chronique est un réel problème de santé publique. Elle concerne une part importante de la population et son coût humain et économique considérable est difficilement chiffrable tellement il est étendu.

Cette situation nécessite un renforcement de la prise en charge de ces patients, notamment sur le modèle hospitalier et en particulier les urgences, qui représentent une possibilité d'intervention privilégiée et insuffisamment exploitée.

Nous avons pu constater que les admissions au SAU de patients en état d'ivresse ne concernent pas que les jeunes, mais aussi une tranche d'âge plus âgée et souvent en difficulté avec l'alcool. Tous nécessitent une prise en charge adaptée à leurs besoins.

Les difficultés rencontrées lors de la proposition d'un diagramme de prise en charge des intoxications éthyliques selon les recommandations de bonne pratique nous ont permis de proposer des pistes d'amélioration.

Même si la prise en charge paraissait adaptée par rapport à d'autres travaux, l'étude a montré que la majorité des consultations de l'ELSA se faisaient en hospitalisation et trop peu au niveau même des urgences. Un nombre trop important de patients repartaient sans intervention adaptée.

Concernant l'ELSA à Blois, son effectif très réduit, nécessite une amélioration de la communication entre elle et le service des urgences, ainsi que la coopération entre les différents acteurs de soins.

Nous proposons entre autres sa présence lors des transmissions du matin, des réunions annuelles pour la présentation des outils à disposition des équipes et l'évaluation des besoins de formation. Il était aussi question de rétablir sa présentation lors de la réunion d'accueil des nouveaux internes et de les former au RPIB. La mise en place d'un transfert informatisé des dossiers était aussi une piste à explorer pour améliorer la situation notamment en dehors de ces heures de présence.

Il paraît aussi nécessaire d'établir un lien systématique avec le médecin traitant par courrier ou e-mail car celui-ci fait partie des recommandations et offre l'opportunité au patient d'une orientation adaptée dans un second temps.

La modification des représentations des soignants, l'augmentation de la confiance en leur capacité à agir et la coopération entre tous les acteurs de soins sont le moteur essentiel au changement nécessaire pour la prise en charge de nos patients.

Enfin l'efficacité démontrée des interventions brèves nécessite que l'on s'y consacre. L'enjeu étant d'autant plus important qu'il a pu être calculé qu'une baisse de 10 % de la quantité d'alcool pur consommé en France éviterait environ 2 000 nouveaux cas de cancer.(30)



# Bibliographie.

1. Charline David, Gilles Négaret, Frédéric Dezè, Emmanuelle Galle, Jacques Bouget. Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence. *Médecine Thérapeutique*. 1 janv 2005;11(1):56-63.
2. Cherpitel CJ, Soghikian K, Hurley LB. Alcohol-related health services use and identification of patients in the emergency department. *Ann Emerg Med*. oct. 1996 ;28(4):418-23.
3. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool - juin 2016 Cour des comptes - [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr). Disponible sur : [ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160613-rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf](http://ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160613-rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf)
4. *Reperage-precoce-et-intervention-breve-succes-et-limites.pdf*. [Cité 18 janv. 2019]. Disponible sur : [https://www.researchgate.net/profile/Jean\\_Philippe\\_Joseph/publication/288824217\\_Reperage\\_precoce\\_et\\_intervention\\_breve\\_succes\\_et\\_limites/links/59106008458515bf652b417d/Reperage-precoce-et-intervention-breve-succes-et-limites.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jean_Philippe_Joseph/publication/288824217_Reperage_precoce_et_intervention_breve_succes_et_limites/links/59106008458515bf652b417d/Reperage-precoce-et-intervention-breve-succes-et-limites.pdf)
5. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « L'ivresse éthylique aigue dans les services d'accueil des urgences. » Sureau C, Charpentier S, Philippe JM, C Perrier, Trinh-Duc A, Fougères O, Charpentier S, Raphaelé V, Miranda J, Le Gall C. Commission de veille scientifique - Société Française de Médecine d'Urgence. [Cité 24 juin 2019]. Disponible sur : [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)
6. Paille F. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 7 juill 2015;(n°24-25) :10.
7. Santé publique France. Alcool : où en sont les Français ? Dossier de Presse ; 2020.
8. Christian Ben Lakhdar. De la gestion publique des externalités attribuables à l'alcool. *Actual Doss En Santé Publique* N° 90 Alcool Santé. Mars 2015 ;2.
9. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(5-6) :97-108. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_2.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html).
10. Culture de l'alcool en France : Consommation de vin et promotion. Alcool Info Service. [Cité 29 avr 2019]. Disponible sur : <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/culture-alcool-consommation-vin>
11. Inpes - Communiqué de presse - Boire un peu trop d'alcool tous les jours... c'est mettre sa vie en danger. [Cité 14 mai 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/11/cp110310.asp>
12. L'alcool, les boissons alcoolisées c'est quoi ? Que représente un verre d'alcool ? Alcool Info Service. [Cité 29 avr. 2019]. Disponible sur : <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool>
13. Soraya Belgherbi, Carine Mutatayi, Christophe Palle. Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question [Internet]. 2015. Disponible sur : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

14. Aperçu de la consommation d'alcool. Institut national sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (NIAAA) [Internet]. [Cité 29 avr. 2019]. Disponible sur : <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption>
15. Les seuils de consommation d'alcool. Fond Pour Rech En Alcoologie – Synthèse « Seuils Consomm » . janv. 2017 ;14.
16. Santé publique France. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. 2017.
17. Netgen. Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë. Revue Médicale Suisse. [Cité 23 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-394/Prise-en-charge-du-patient-en-intoxication-ethylique-aigue>
18. Alcool & Santé. Inserm - La science pour la santé. [Cité 15 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
19. Risques de l'alcool sur la santé, à court terme. Alcool Info Service. [Cité 29 avr. 2019]. Disponible sur : <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-court-terme>
20. rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf. [Cité 29 avr. 2019]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160613-rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf>
21. Drinking Levels Defined. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). [Cité 16 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>
22. Paille PF, Kiritzé-Topor DP. Optimiser le parcours de soins des patients et la coordination des acteurs. Alcoologie Addictologie. 2015 ;37 (2) :9.
23. L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). [Cité 27 mai 2019]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
24. Société Française d'Alcoologie Décembre 2014. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Alcoologie et Addictologie. ; 37 (1) : 5-84 ; 2015.
25. Par Pascale Santi et Stéphane Horel. « Dry January », malgré le veto de l'Elysée. Journal le monde. 20 janv. 2020 ; Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/01/20/dry-january-malgre-le-veto-de-l-elysee\\_6026615\\_1650684.html](https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/01/20/dry-january-malgre-le-veto-de-l-elysee_6026615_1650684.html)
26. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018, OFDT. nov 2019;18.
27. Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Éric Janssen, Alex Brissot, Antoine Philippon, Jalpa Shah, Sandra Chyderiotis, ouvrage collectif, de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Drogues et addictions, données essentielles, Consommations des jeunes et des adultes : les grandes évolutions. 2019. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>

28. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6) :89-97. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html)
29. Alcool : évolution de l'usage quotidien parmi les 18-75 ans - OFDT. [Cité 25 févr. 2020]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-de-lusage-quotidien-parmi-les-18-75-ans/>
30. Anne-Claire Brisacier, Aurélie Lermenier-Jeannet, Christophe Palle. Morbidité et mortalité liées aux drogues. Edition 2019 ; Drogues et addictions-Données essentielles :49.
31. Bourdillon F. Alcool et réduction des risques // Alcohol and risk reduction. 19 févr. 2019 ; Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé (BHE N° 5-6-) :2.
32. Célant N, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'Enquête santé européenne : enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. P86-87. (Les rapports de l'IRDES n° 566 septembre 2017).
33. Gérard Badéyan, Marie-Claude Mouquet, Hervé Villet. Les risques d'alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donné. Adsp N° 40. Sept 2002 ;11.
34. Christophe Palle, Olivier Le Nézet, Anne-Claire Brisacier, Jalpa Shah, Aurélie Lermenier-Jeannet, Stanislas Spilka. Alcool. Editio 2019 ; Drogues et addictions-Données essentielles :110.
35. Alcool Info Service - 11 avril 2019. L'alcool en France, état des lieux. Disponible sur : <file:///C:/Users/Tatii/Downloads/La-consommation-d-alcool-des-Francais.pdf>
36. Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Caroline Prunet, Béatrice Blondel. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. Bull Épidémiologique Hebd InVS. 7 mai 2013;(n° 16-17-18) :180.
37. François Beck, Jean-Baptiste Richard, Agnès Dumas et, Laurence Simmat-DurandStéphanie Vandentorren. Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. Santé En Action. Mars 2013;(423).
38. Naassila M. Éditorial. Alcool : un impact sur la santé, même à faibles doses. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11) :176-7. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019\\_10-11\\_0.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_0.html).
39. Alcool : repères de consommation. [Cité 11 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/definition-reperes-consommation>
40. Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France.
41. Christophe Palle, Aurélie Lermenier-Jeannet, Ivana Obradovic. Alcool, tabac et drogues illicites : les spécificités françaises. Drogues et addictions - Données essentielles p45 ; 2019.
42. Infographie : Qui sont les plus gros buveurs du monde ? Statista Infographies. [Cité 25 févr. 2020]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/infographie/15596/plus-gros-consommateurs-alcool-au-monde/>

43. Daniel Hargraves, Christopher White, Rachel Frederick, Margaret Cinibulk, Meriden Peters, Ashlee Young, et al. Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: lessons learned from a multi-practice evaluation portfolio. *Public Health Rev* 2017 38 31.
44. Cristina Díaz Gómez, Maitena Milhet. Les orientations récentes des politiques publiques en matière de drogues. *Drogue Addict - Données Essent*. Edition 2019 ;78.
45. plan\_mildeca\_2018-2022\_def\_190212\_web.pdf. [Cité 20 mai 2019]. Disponible sur : [https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan\\_mildeca\\_2018-2022\\_def\\_190212\\_web.pdf](https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf)
46. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. [Cité 20 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
47. Fonds de lutte contre les addictions. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/fonds-de-lutte-contre-les-addictions>
48. Deuxième rapport / Comité OMS d'Experts des Problèmes Liés à la Consommation d'Alcool : Genève, 10 - 13 octobre 2006. 64 p. (OMS, série de rapports techniques).
49. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014.
50. Addiction à l'alcool – Complications neurologiques de l'alcoolisme. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/addiction-lalcool-complications-neurologiques-lalcoolisme>
51. McLeod R, Stockwell T, Stevens M, Phillips M. The relationship between alcohol consumption patterns and injury. *Addiction*. 1 janv 1999;94(11):1719-34.
52. Conway DI. Alcohol consumption and the risk for disease. *Evid Based Dent*. sept 2005;6(3):76.
53. Alcoolisation foetale. De nouveaux outils efficaces au service des mères et des enfants en danger. Académie nationale de médecine. Une institution dans son temps. 2016 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/alcoolisation-foetale-de-nouveaux-outils-efficaces-au-service-des-meres-et-des-enfants-en-danger-2/>
54. Alcohol Use and Cancer. [Cité 16 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/diet-physical-activity/alcohol-use-and-cancer.html>
55. L'addiction à l'alcool. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
56. Faits et statistiques sur l'alcool. Institut national sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (NIAAA). [Cité 29 avr. 2019]. Disponible sur : <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-facts-and-statistics>
57. Risques de l'alcool sur la santé, à long terme. Alcool Info Service. [Cité 27 avr 2019]. Disponible sur : <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-long-terme>

58. SEMINAIRE DE REFLEXION ALCOOL, DEPENDANCE ET TRAITEMENTS : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES PARIS, MERCREDI 12 OCTOBRE 2011 [Internet]. [Cité 21 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Seminaire2011-synthese.pdf>
59. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health. Août 2013 ;23(4) :588-93.
60. Drogues, chiffres clés - 7ème édition - 2017 - OFDT. [Cité 25 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/7eme-edition-2017/>
61. Bilan définitif de l'accidentalité routière 2018. Sécurité Routière. [Cité 16 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.securite-routiere.gouv.fr/actualites/bilan-definitif-de-laccidentalite-routiere-2018>
62. Bilan définitif de l'accidentalité routière 2015. Sécurité routière. Tous responsables. [Cité 2 avr. 2019]. Disponible sur : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/espace-presse/publications-presse/bilan-definitif-de-l-accidentalite-routiere-2015>
63. Caroline Protais, Aurélie Lermenier-Jeannet. Réponses pénales et conséquences judiciaires. Edition 2019 ; Drogues et addictions-Données essentielles :105.
64. OFDT. Drogues, Chiffres clés 5ème édition [Internet]. 2013. Disponible sur : [WWW.ofdt.fr](http://WWW.ofdt.fr)
65. OFDT. Drogues chiffres clés, 6ème édition [Internet]. 2015. Disponible sur : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)
66. « French paradox ? » NON, une consommation modérée d'alcool n'a pas d'effet protecteur. La Tribune. [Cité 13 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/french-paradox-non-une-consommation-moderree-d-alcool-n-a-pas-d-effet-protecteur-816339.html>
67. Philippe Arvers. Alcool et « French paradox » : une consommation modérée n'a pas d'effet protecteur (The Conversation). The Conversation. 2019 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.addictaide.fr/alcool-et-french-paradox-une-consommation-moderree-na-pas-deffet-protecteur-the-conversation/>
68. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do « Moderate » Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. J Stud Alcohol Drugs. Mars 2016 ;77(2):185-98.
69. Perrine A-L. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour®. :4.
70. David C, Négaret G, Dezè F, Galle E, Bouget J. Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence. Mise Au Point. 2020 ;11 :8.
71. Brousse G, Geneste-Saelens J, Cabe J, Cottencin O. Reproduction de : Alcool et urgences. J Eur Urgences Réanimation. Mars 2019 ;31(1):32-41.
72. Christophe Palle. Le dispositif de traitement des addictions. Drogue Addict - Données Essent. Edition 2019 ;99.

73. Claudon Micheline, Pr Gérard Ostermann, Présidente : Dr Claudine Gillet ; Modérateur : Dr Didier Playoust. La rencontre en alcoologie, Les journées de la SFA, Résumé des communications. 2013. Disponible sur : [https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2013mars\\_Resumes.pdf](https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2013mars_Resumes.pdf)
74. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. Disponible sur : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
75. Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives [Internet]. MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Direction générale de la santé ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-38/a0382676.htm>
76. Le travail des ELSA en intra et extra hospitalier. Fédération Addiction. [Cité 20 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/formations/liaison-et-soins-en-addictologie-hospitaliere/>
77. DGOS. Les équipes de liaison et de soins en addictologie - ELSA. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 20 juin 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa>
78. 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 Synthèse des recommandations. Septembre 2001. ANAES. [Internet]. [Cité 24 juin 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc\\_ivresse\\_synthese\\_mel\\_2006.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_ivresse_synthese_mel_2006.pdf)
79. Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) » JEUR, 2003, 16, 58-64. [Cité 15 juill. 2019]. Disponible sur : [https://www.sfm.u.org/upload/consensus/cc\\_agitation-court.pdf](https://www.sfm.u.org/upload/consensus/cc_agitation-court.pdf)
80. Intoxication éthylique aiguë - Urgences-Online. [Cité 28 févr. 2020]. Disponible sur : <https://www.urgences-serveur.fr/intoxication-ethylique-aigue,21.html>
81. PR-ULI-URG-PEC-N°116 V n°2. PRISE EN CHARGE DES INTOXICATIONS ETHYLIQUES AIGUES AU SERVICE DES URGENCES Site d'ETAMPES. 2011.
82. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr. 1998;28(2):151-5.
83. About SBIRT, Michelle Harrington. 2014 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.samhsa.gov/sbirt/about>
84. Geneste J, Pereira B, Arnaud B, Christol N, Liotier J, Blanc O, et al. CAGE, RAPS4, RAPS4-QF and AUDIT Screening Tests for Men and Women Admitted for Acute Alcohol Intoxication to an Emergency Department: Are Standard Thresholds Appropriate? Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. Mai 2012 ;47(3):273-81.
85. Trois questionnaires standardisés pour le repérage précoce de la consommation d'alcool AtouSante. [Cité 28 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.atousante.com/apptitude-inaptitude/apptitude-travail-pathologie/alcoolisme/trois-questionnaires-standardises-reperage-consomation-alcool/#lien2>

86. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care Second Edition. World Health Organ. Department of Mental Health and Substance Dependence:41.
87. P. GACHE; P. MICHAUD; U. LANDRY; C. ACCIETTO; S. ARFAOUI; O. WENGER; J. B. DAEPPEN. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version (2005). Alcoholism: Clinical and Experimental Research (Vol25, n°11, November 2005).
88. Barata IA, Shandro JR, Montgomery M, Polansky R, Sachs CJ, Duber HC, et al. Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. West J Emerg Med. oct. 2017;18(6):1143-52.
89. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. [Cité 20 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
90. Florian Drouot. Prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë : réalisation et mise en place d'un protocole de service. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932235.
91. Michel Reynaud. Les personnes en difficulté avec l'alcool Usage, usage nocif, dépendance. Sept 1999;(n° 28) :10-2.
92. Reynaud M., Schwan R., Meunier M.N., Albuissou E., Deiteix P. Patients admitted to Emergency services for drunkenness: moderate alcohol users or harmful drinkers? 1999 ; soumis à la publication.
93. Marie HUSSON. MISE EN PLACE ET EVALUATION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES ALCOOLISATIONS AIGUES OU CHRONIQUES AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHU DE NANCY Etude rétrospective de 1659 cas. 2015.
94. Justine XELOT-MOUTON. Evaluation des consultations aux urgences pour un motif lié à l'alcool en termes démographique, épidémiologique, économique et de prise en charge addictologique : exemple des urgences de Verdun. Etude prospective de 206 cas. 2016.
95. Poloméni P, Cleirec G, Icard C, Ramos A, Rolland B. L'addictologie de liaison : outils et spécificités. L'Encéphale. 1 sept 2018 ;44(4) :354-62.

# Annexes

## I. DSM-IV critères d'abus et de dépendance

### Encadré 1.4. – Critères de l'abus d'une substance – DSM-IV-TR

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- (1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;
- (2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance) ;
- (3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;
- (4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

### 1.5. – Critères de dépendance à une substance – DSM-IV-TR

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- (1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - (a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
  - (b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
- (2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - (a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique) ;
  - (b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- (3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
- (4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- (5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple, fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets ;
- (6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
- (7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).



## II. CIM-10 Utilisation nocive et syndrome de dépendance

### Encadré 1.6. – Utilisation nocive pour la santé – CIM-10

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

### 1.7. – Syndrome de dépendance – CIM-10

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- a) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- b) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- c) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- d) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants).
- e) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- f) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

## III. DSM-V Trouble de l'usage d'une substance

### 1.8. – Trouble de l'usage d'une substance – DSM-5 (traduction non officielle)

- 1 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des performances de travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile).
- 2 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.).
- 3 : Persistance de l'usage d'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
- 4 : Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants :
  - un besoin manifeste d'augmenter les quantités d'alcool pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré ;
  - une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.
- 5 : Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :
  - présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou forte diminution ;
  - l'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrages.
- 6 : L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.
- 7 : Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation d'alcool.
- 8 : Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.
- 9 : Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation d'alcool.
- 10 : L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
- 11 : On constate la présence régulière d'un *craving*, ou envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool.

#### IV. Questionnaire AUDIT :

		0	1	2	3	4
1.	À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2.	Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3.	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
4.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
5.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait de vous ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
6.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
7.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
8.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit 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(e) 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.	Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	non			oui mais pas dans les 12 derniers mois	oui, au cours des 12 derniers mois
Total						

Score total : somme des différents scores

Score < 6 (chez la femme) et < 7 (chez l'homme) : risque faible ou anodin

Score entre 6 et 12 (chez la femme) et entre 7 et 12 (chez l'homme) : consommation à risque ou à problème

Score ≥ 13 : alcoolodépendance probable

## V. Questionnaire DETA (CAGE)

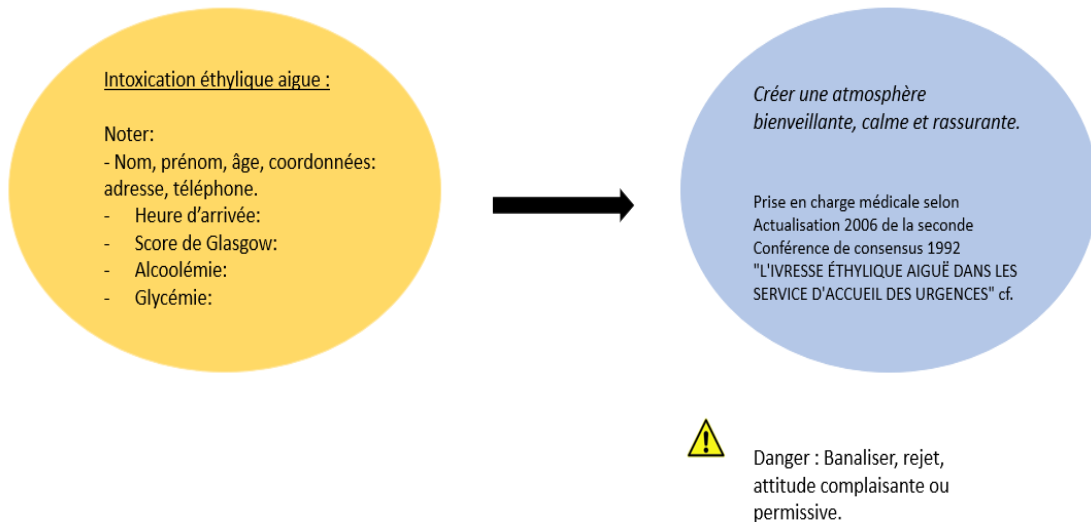
1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir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

Au moins deux réponses positives au test, témoigne de l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool

## VI. Diagramme de prise en charge des intoxications éthyliques aiguës

### Diagramme de prise en charge des intoxications éthyliques aiguës au CHB.

Patient admis aux urgences pour ivresse aiguë, ou admis pour un autre motif présentant une ivresse aiguë associée :



*A distance (une fois les signes d'ivresse disparus).*

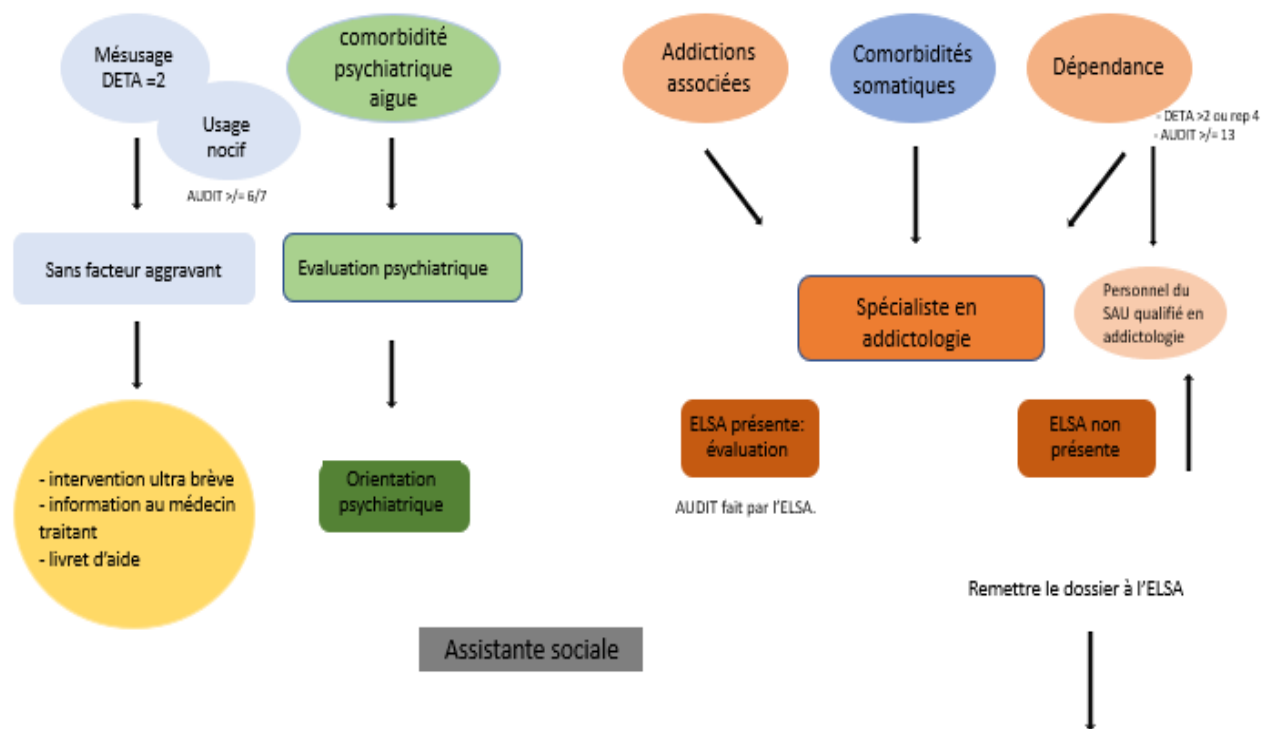
### Evaluer :

- **La présence de facteurs aggravants:**
  - conduites addictives associées,
  - pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge,
  - comorbidité somatique nécessitant une prise en charge,
  - détresse sociale,
  - évènement de vie.
- **Le type de consommation :** présence ou non de dépendance.
- **Absence de chronicité** (passages antérieurs, anamnèse, suivi addictologique)

Questionnaire DETA+/- AUDIT

Si DETA  $\geq$  2 donner AUDIT en auto-questionnaire au patient.  
Ou par ELSA si évaluation.

Score:



#### Organiser le suivi :

- orientation vers structure spécialisée ou médecin généraliste formé : prendre le rendez-vous avec le patient si possible, +/- examens complémentaires
- transmettre avec le consentement du patient des informations à la structure d'aval.

Patient motivé : proposer/préparer le sevrage selon les recommandations de la conférence de consensus de paris en 1999

#### Patient réticent : respecter

- Intervention brève
- Livret d'aide/information.
- Proposer une consultation ultérieure
- Informer le MT: courrier

## VII. Dossier mis à disposition des urgences

### A. Projet/instructions

J'ai besoin de vous pour ma  
thèse :

# Intoxications éthyliques aiguës aux urgences de Blois.

A tous les intervenants des urgences, s'il vous plaît en cas de patient admis pour une intoxication éthylique aiguë (même dans le cadre d'une consommation chronique) ou pour un autre motif avec consommation déclarée ou suspectée et/ou alcoolémie positive,  
Nous proposons la mise en place d'un diagramme de prise en charge des patients de plus de 18 ans.

Il n'y a qu'à suivre les instructions du petit dossier mis à votre disposition :

- Diagramme de prise en charge ;
- Questionnaires,
- Comment remplir le dossier patient ;
- Aide à l'intervention brève et ultra brève

La question sera de savoir si la mise en place de ce protocole avec fiche mémo favorise la pratique des interventions brèves aux urgences ainsi que le lien avec l'équipe de l'ELSA et le médecin traitant.

Une fois la prise en charge terminée et le dossier papier rempli : mettre dans le rangement prévu à cet effet le dossier du patient sorti ou hospitalisé/transféré etc. et dans le second les dossiers à remettre à l'ELSA quand celle-ci n'est pas présente.

N'oubliez pas de remettre au patient et de récupérer la petite feuille questionnaire et consentement au patient svp et de la laisser dans son dossier.

En cas de doute ou de questions rapprochez-vous de l'équipe de l'ELSA ou de vos référents addicto aux urgences :

DR Mbikila Roger et Laurence.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

## B. Recueil de données : informations nécessaires

### **Dans le dossier**

Pouvez-vous noter SVP :

- Sexe,
- Age,
- Date et heure d'arrivée, date heure sortie ;
- Profession,
- Situation familiale,

Motif d'admission :

Glasgow à l'arrivée :

Alcoolémie :

Glycémie :

Score questionnaire DETA :

+/- AUDIT :

*Ce que le patient déclare :*

*CAD :*

*Présence de facteurs aggravants :*

*Type de consommation :*

*Chronicité :*

*Addictions associées :*

*Atcd/Comorbidités somatiques :*

*Traitement en cours :*

*Comorbidités psychiatriques :*

*Examen clinique...*

Présence de l'ELSA : oui ou non / remise du dossier ?

Appel ELSA : oui ou non

Quel type intervention et par qui : ultra brève/ brève ? Médecin urgentiste/ Interne/ Infirmière ... ?  
(Formés en addictologie ?)

Remise de documentation ?

Lettre au MT ?

Orientation ? consultation programmée ? spécialisée ? RAD ? sevrage ? hospitalisation/service ... ?

Intervention psychiatre ? Assistante sociale ?

Merci.





## **Les différentes interventions possibles 1/2**

### **1Conseils simples :**

Dans le cadre d'une consultation standard, expliquer au patient que :

- Sa consommation est trop importante,
- Les risques encourus,
- Lui proposer très concrètement une réduction de consommation ne dépassant pas le seuil de prévention défini auparavant (pour l'alcool : 21 verres par semaine pour un homme et 14 pour une femme).

*Plusieurs études montrent qu'un entretien structuré et concret de ce type a des effets intéressants en termes de réduction de la consommation.*

### **2Intervention ultra brève :**

Selon l'OMS, l'intervention ultra brève dure environ 5 minutes et comprend :

- un feedback donné au patient sur sa consommation d'alcool ;
- une explication de la notion d' « un verre d'alcool » ;
- une explication sur les limites d'une consommation modérée d'alcool ;
- l'encouragement à rester en dessous de ces limites.

*Ce type d'intervention est indiqué dans les entretiens d'urgence ou lors d'une consultation rapide. Son efficacité a été évaluée.*

### **Propositions pour aider le patient à diminuer sa consommation d'alcool :**

- Prenez votre premier verre seulement après le début du repas
- Etanchez votre soif avec des boissons non alcoolisées avant de commencer l'alcool
- Prenez une boisson non alcoolisée avant chaque verre d'alcool
- Prenez plutôt des bières faiblement alcoolisées
- Buvez à petites gorgées
- Planifiez des tâches aux heures où vous consommez habituellement de l'alcool
- Faites de l'activité physique au lieu de prendre un verre si vous êtes stressé(e) ou agacé(e)
- Cherchez de nouveaux centres d'intérêt : la pêche, le cinéma, une association de sport...
- Evitez le bistrot après le travail
- Evitez de passer trop de temps, si possible avec ceux de vos amis qui boivent beaucoup
- Si l'on veut vous forcer à boire, vous pouvez toujours dire que vous avez des raisons médicales pour « lever le pied »



## Les différentes interventions possibles 2/2

### <sup>3</sup>Check-list pour le conseil dans le cadre d'une intervention brève

1. **Restituer le test de repérage du patient, son score et sa signification**
2. **Expliquer le risque Alcool**
3. **Expliquer le verre standard**

Un verre, c'est comme au bistrot : 25 cl de bière ordinaire, 10 cl de vin, 3 cl de whisky.

Une bouteille de vin, c'est huit verres.

Une bouteille de whisky, c'est vingt verres.

Une « 8°6 », c'est quatre verres.



### **4. Expliquer l'intérêt personnel de la réduction**

Quels bénéfices aurez-vous à réduire votre consommation d'alcool ?

### **5. Expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation**

Réduire les occasions, les fréquences, les quantités, trouver des occupations alternatives... (faire référence au manuel)

### **6. Proposer des objectifs, laisser le choix**

Objectifs clairs : passer dans une période déterminée sous les « seuils de risque ». Mais « seulement si vous jugez cela opportun ». (Tout objectif alternatif proposé par le patient est acceptable dans une approche éducative).

### **7. Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation**

Naturelle, cette proposition doit bien être perçue comme optionnelle

### **8. Remettre le livret « Pour réduire sa consommation »**

Il reprend tous les éléments ci-dessus, et sa remise, même si plusieurs points de la check-list ci-dessus manquent, constitue en soi une intervention.

Une posture partenariale favorise la confiance et les échanges entre un consommateur et un professionnel de santé. L'entretien de l'intervention brève s'appuie sur « l'entretien motivationnel », fondé sur une écoute réflexive et une attitude empathique qui visent à conforter le patient dans son désir de changement, à renforcer sa motivation, en lui apportant des informations et des aides tout en respectant ses choix et son ambivalence.

Un changement de comportement résulte d'un intérêt à modifier la consommation d'alcool en raison des risques existants.

#### Erreurs à éviter.

- Argumenter en faveur du changement : c'est au patient de trouver ses propres arguments, tout argument rationnel proposé par le professionnel de santé a peu de chance d'être entendu.
- Critiquer, culpabiliser ou blâmer.
- Cataloguer le patient, rester sur les actions et les décisions.
- Être pressé : ne pas se précipiter pour poser les questions.
- Prendre de haut ne servirait qu'à renforcer les résistances au changement. Le professionnel de santé peut proposer au consommateur des échelles concernant sa motivation, sa confiance dans la réussite du projet, l'amenant à choisir le bon moment pour réduire ou arrêter sa consommation. (En rapport avec les valeurs du sujet).

#### Résultats des questionnaires :

DETA : Deux réponses positives ou plus sont en faveur d'un mésusage d'alcool. La quatrième question introduit la notion d'alcoolodépendance.

Donner AUDIT en auto-questionnaire au patient si DETA  $\geq 2$

AUDIT : pour les adultes car il repère les consommations occasionnelles supérieures à 6 verres que le FACE n'explore pas.

Score total : somme des différents scores

Score  $< 6$  (chez la femme) et  $< 7$  (chez l'homme) : risque faible ou anodin

Score entre 6 et 12 (chez la femme) et entre 7 et 12 (chez l'homme) : consommation à risque ou à problème

Score  $\geq 13$  : alcoolodépendance probable

## D. Fiche rappel prise en charge des Intoxications éthyliques aiguës.

### **Prise en charge de l'intoxication éthylique aigue d'après les dernières recommandations.**

ACTUALISATION 2006 DE LA SECONDE CONFÉRENCE DE CONSENSUS 1992 "L'IVRESSE ÉTHYLIQUE AIGUË DANS LES SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES"

Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. ANAES / Service des recommandations professionnelles / septembre 2001.

#### Résumé pour les adultes

Examen clinique sur un patient déshabillé,  
Prise des paramètres vitaux  
S'assurer de l'absence de signes de focalisation neurologiques  
S'assurer de l'absence de lésions traumatiques  
Éliminer les diagnostics différentiels de l'IEA devant des troubles de la vigilance.

Glasgow ?

Alcoolémie : gold standard : recommandée en cas de doute

Dextro systématique

Température

Recherche FDR de consommation pathologique d'alcool : abus ou dépendance.

Motivation amenant à la consommation, motif d'alcoolisation.

FDR de suicide

Recherche d'autre prise de substance psychoactive.

Évaluation sociale

Surveillance : dépistage précoce des signes de gravité et surveillance des sorties prématurées jusqu'à rétablissement des fonctions relationnelles.

Aucun examen complémentaire systématique ou obligatoire n'était mentionné dans le cadre d'une IEA. Leur prescription est guidée par le contexte et les données cliniques.

Surveillance horaire, d'autant plus si AVP, patient diabétique ou prise d'autre substance. Elle sera également accrue chez les patients gastrectomisés, les alcooliques chroniques et les alcooliques en cours de sevrage  
L'utilisation d'une contention chimique et l'utilisation de médicaments sédatifs doivent accroître la surveillance du fait du risque de potentialisation de l'effet sédatif.

Risque de démarrer un syndrome de sevrage 8h après l'ingestion.

IEA isolée ou compliquée : régression spontanée des signes en 3 à 6h.

L'IEA isolée non compliquée : soins d'hygiène, d'hydratation, de confort avec dialogue rassurant.

Ivresse simple : hydratation sans VVP, thiamine Po (recommandée par certains)

Si agitation motrice il est conseillé une sédation verbale, si besoin recours aux bzd : clorazépate, diazépam si échec possibilité d'utiliser l'halopéridol avec prudence.

Observation sans consentement jusqu'à rétablissement des fonctions relationnelles et disparition des signes d'alcoolisation aigue (conférence de consensus de 2003) : La sortie contre avis médicale n'existe pas dans le cadre d'une IEA.

(Après dégrisement, une évaluation de la consommation d'alcool doit être réalisée. L'équipe soignante doit avoir reçu une formation au préalable afin de diagnostiquer un mésusage, de rechercher des éventuelles complications ainsi qu'une alcoolodépendance)

## E. Documents patients/affichage

### Catalogues INPES :

Alcool pour faire le point :

[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/591\\_Alcool\\_patient\\_Pour\\_faire\\_le\\_point\\_2014.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/591_Alcool_patient_Pour_faire_le_point_2014.pdf)

Alcool pour diminuer sa consommation :

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/476.pdf>

<http://www.alcool-info-service.fr/>





# PROBLÈME D'ALCOOL?

COMMENÇONS PAR EN PARLER

POUR ÊTRE AIDÉ, POUR S'INFORMER

**0 980 980 930**

**ALCOOLINFOSERVICE.FR**

7 JOURS SUR 7, DE 8 À 3 HEURES, NUMÉRO GRATUIT ET NON CENSURÉ

© 2011



**ADOLIS**  
Association pour le Développement  
de l'Observatoire de la Santé et de la  
Sécurité

J'ai du sang  
dans les urines.

Ma fille a  
accouché.

Je ne  
dors plus.

**Vous parlez de tout avec votre médecin.**

**Alors pourquoi pas de votre consommation d'alcool?**

DES QUESTIONS SUR VOTRE CONSOMMATION?

**0 980 980 930\***

**ALCOOLINFOSERVICE.FR**



**RÉDUIRE SA CONSOMMATION D'ALCOOL, C'EST RÉDUIRE LES RISQUES POUR SA SANTÉ**  
\*De 8h00 à 2h00, appel non surtaxé.

## VIII. Questionnaire à destination des soignants

### A l'intention du personnel des urgences :

Dans le cadre de ma thèse nous avons mis en place ensemble une étude sur la prise en charge des Intoxications éthyliques aiguës aux urgences pour les patients de plus de 18ans ces derniers mois.

Pour finir mon étude je vous demande votre attention et quelques minutes de votre temps pour remplir ce petit questionnaire.

En vous remerciant.

Quel est votre statut :    ☐ Médecin    ☐ Interne    ☐ Infirmier(e)    ☐ Aide-soignant(e)

Votre sexe :    ☐ Homme    ☐ Femme

Depuis combien de temps travaillez-vous aux Urgences de Blois :

Avant mon intervention :

Connaissiez-vous l'équipe le l'ELSA (équipe de liaison en soins addictologiques) ?

☐ oui    ☐ non

Si oui faisiez-vous appel à elle ?

☐ oui    ☐ non

Utilisiez-vous le questionnaire DETA dans votre pratique :

☐ jamais    ☐ parfois    ☐ souvent    ☐ toujours

Utilisiez-vous le questionnaire AUDIT dans votre pratique :

☐ jamais    ☐ parfois    ☐ souvent    ☐ toujours

Utilisiez-vous de manière plus globale le RPIB :

☐ jamais    ☐ parfois    ☐ souvent    ☐ toujours

L'intervention ultra brève :

☐ jamais   ☐ parfois   ☐ souvent   ☐ toujours

Et depuis :

Connaissez-vous l'équipe de l'ELSA ?

☐ oui   ☐ non

Faites-vous appel à elle ?

☐ oui   ☐ non

Avez-vous transmis des dossiers à l'ELSA via la bannette mise à disposition ?

☐ oui   ☐ non

Utilisez-vous le questionnaire DETA dans votre pratique :

☐ jamais   ☐ parfois   ☐ souvent   ☐ toujours

Utilisez-vous le questionnaire AUDIT dans votre pratique :

☐ jamais   ☐ parfois   ☐ souvent   ☐ toujours

Utilisez-vous de manière plus globale le RPIB :

☐ jamais   ☐ parfois   ☐ souvent   ☐ toujours

L'intervention ultra brève :

☐ jamais   ☐ parfois   ☐ souvent   ☐ toujours

Concernant le diagramme de prise en charge :

Comment l'avez-vous jugé ?

☐ inutile   ☐ un peu utile   ☐ très utile

Chronophage :   ☐ trop   ☐ un peu   ☐ pas du tout.



Vous a-t-il aidé dans votre pratique quotidienne sur la PEC des IEA :

☐ pas du tout   ☐ un peu   ☐ beaucoup

Faites-vous un courrier au médecin généraliste à la suite de la prise en charge ?

☐ jamais   ☐ parfois   ☐ souvent   ☐ toujours

Selon vous comment améliorer la communication entre les urgences et l'ELSA :

Avez-vous des remarques :

Encore merci pour votre aide ces quelques mois et pour le temps pris à me répondre !

Tatiana.

## IX. PowerPoint

### A. Présentation :

# Prise en charge des intoxications éthyliques des plus de 18 ans aux urgences du CH Blois.

2019

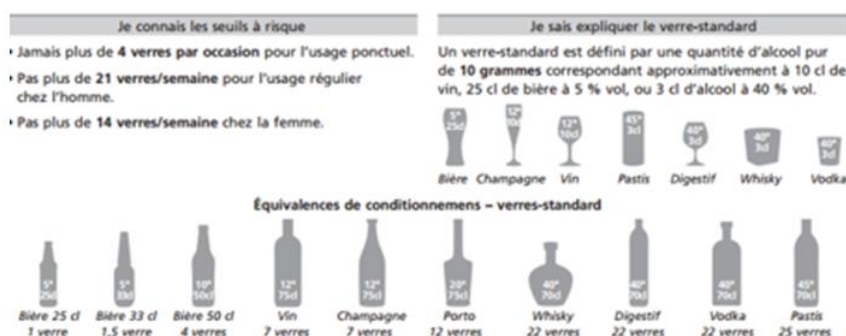
PROPOSITION ET MISE EN PLACE D'UN DIAGRAMME DE PRISE EN CHARGE.

## Pourquoi?

Les intoxications éthyliques admises aux urgences du centre hospitalier de Blois, représentent une part non négligeable des passages aux SAU.

Elle est rarement diagnostiquée en première intention et ne fait pas l'objet d'une prise en charge standardisée par les soignants des urgences.

## Rappel OMS:



des **risques pour votre**

**L'alcool et ses dangers**

**Un verre d'alcool, c'est quoi ?**

**3 VERRES par jour en moyenne pour les HOMMES**

**L'alcool au volant et l'alcoolisme ne sont pas les seuls dangers liés à l'alcool, il existe aussi un autre danger, beaucoup moins connu :**  
**la consommation régulière et excessive d'alcool.**

**Le saviez-vous ?**  
**Un verre standard =**

**Au-delà de 2 verres d'alcool par jour pour les femmes et de 3 verres pour les hommes, l'alcool augmente les risques de cancers (foie, voies aérodigestives), de cirrhoses et de maladies cardiovasculaires.**

**1 VERRE D'ALCOOL = UN VERRE DE...**

**Les seuils à ne pas dépasser**  

- POUR LES FEMMES :**  
Ne pas consommer plus de 2 verres d'alcool par jour.
- POUR LES HOMMES :**  
Ne pas consommer plus de 3 verres d'alcool par jour.
- POUR LES CONSOMMATIONS OCCASIONNELLES :**  
Ne pas consommer plus de 4 verres d'alcool en une seule occasion (si vous devez prendre le volant, l'abstinence est recommandée).

**Il est impératif de ne pas boire si...**  

- vous conduisez un véhicule\* ou une machine dangereuse ;
- vous êtes mineur ;
- vous exercez une activité qui exige de la vigilance ;
- vous avez une maladie chronique (épilepsie, pancréatite, hépatite C) ;
- vous êtes un ancien alcoolo-dépendant ;
- vous prenez des médicaments ;
- vous êtes enceinte.

## Les nouveaux repères:

L'alcool c'est « **Pas plus de 2 verres par jour et pas tous les jours** »

## Au CHB... issus du mémoire de Stéphanie

C'est surtout à partir de 18 ans que la problématique apparaît (87 % de la population des 15 à 25 ans), à parts égales pour les tranches d'âges 18 à 21 ans exclus et 21 à 25 ans (respectivement 43 % et 44%).

Avec comme particularité chez les jeunes le Binge drinking: « alcoolisation ponctuelle importante dans un temps très court, avec recherche d'ivresse » ou « alcoolisation massive ».

Il s'agit toujours d'une « consommation avec recherche intentionnelle et organisée d'ivresse qui se déroule souvent en groupe, parfois sur la voie publique »

## Problématique

---

La plupart des admissions (et surtout pour les jeunes) ont lieu le Week end ou l'ELSA n'est pas présente, et se solde donc par une simple consultation et un retour à domicile sans orientation (remise de documentation comprise).

---

Proposition de PEC: L' ANAES, en 2001, suite à une conférence de consensus, a élaboré des « orientations diagnostiques et de prise en charge pour les patients présentant une intoxication éthylique aiguë (IEA), admis aux urgences des établissements de soins »

---

il est recommandé « après la prise en charge initiale, et la disparition des signes cliniques d'Intoxication Ethylique Aigüe (IEA), et en l'absence de signes de sevrage,

- il convient de différencier les patients alcool dépendants et non dépendants,
- de rechercher des facteurs aggravants et/ou une comorbidité »
- et « en l'absence de tels facteurs,
- la réalisation d'une «intervention ultra-brève » selon le modèle proposé par l'OMS est recommandée
- le médecin traitant en est informé avec l'accord du patient ;
- un livret d'aide est remis au patient ».

---

Proposition : diagramme de prise en charge. ...

## J'ai besoin de vous pour ma thèse:

---

La mise en place d'un protocole de prise en charge des intoxications éthyliques aux urgences du centre hospitalier de Blois:

Facilite-elle la prise en charge des patients: pratique des interventions brèves? PEC par l'ELSA?

Cf dossier à cet effet.

Les dossiers des admissions pour IE, résultat biologique positif, déclaration de consommation(pour les autres motifs d'admission), signes d'imprégnation éthylique.

Exclusion: impossibilité/refus de répondre aux questionnaires, curatelle tutelle, <18ans .

---

## Je vous remercie

En cas de difficultés ou de questions n'hésitez pas à joindre l'équipe de L'ELSA qui est là pour ça!

02 54 55 67 50/ 02 54 55 65 10

Et vos référents addicto aux urgences:

-Dr: Mbikila Roger

-IDE: Laurence

+

- Questionnaires,
- Rappel CIM-10, DSM-IV et V

## Rappel: Usage nocif/dépendance,

- L'usage simple : c'est un usage en-deçà des seuils recommandés assurant un usage à faible risque.

- L'usage à risque : il s'agit d'un usage au-delà des seuils recommandés, sans dommage immédiat mais susceptible d'en entraîner à plus ou moins long terme. Il peut s'agir également d'un usage respectant les seuils mais en situation à risques en sorte que les conséquences négatives pour la santé deviennent possibles.

- L'usage nocif : cette appellation induit des dommages tels que répertoriés dans la CIM 10. Le DSM IV TR décrit l'usage « abusif » comme la présence d'au moins un critère à dimension sociale parmi les 4 suivants : incapacité à remplir les obligations majeures, usage malgré les situations dangereuses, problèmes judiciaires, utilisation répétée malgré les problèmes sociaux.

- La dépendance à l'alcool : cela concerne la perte de la maîtrise de la consommation se caractérisant par la présence de 3 critères parmi les 7 du DSM IV TR ou les 6 de la CIM 10 : désir persistant, perte de contrôle, temps passé, tolérance, syndrome de sevrage, abandon des activités, poursuite malgré les conséquences physiques ou psychologiques.

## B. RPIB

# REPERAGE PRECOCE INTERVENTION BREVE

LE RPIB

## Un outil utilisable en pratique courante

La Direction générale de la santé (DGS) a demandé à la Haute Autorité de santé (HAS) d'inscrire à son programme de travail 2014 l'élaboration de recommandations de bonne pratique concernant le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) en alcoologie, avec pour but de mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours (en particulier les médecins généralistes) des outils utilisables en pratique courante.

Ce travail s'inscrit dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) 2013-2017.

## Pour qui? Pourquoi?

L'intervention brève concerne les consommateurs à risque de dommages ayant intérêt à diminuer leur(s) consommation(s) et le souhaitant.

Ainsi il concerne la consommation déclarée et repose sur un questionnaire qui évalue le risque encouru du consommateur.

L'évaluation du risque peut être facilitée par la notion de seuils (OMS).

L'évaluation d'un risque de consommation est à réévaluer en fonction du risque individuel et d'un risque situationnel variables dans le temps. L'interprétation des scores permet d'évaluer le risque encouru et d'adapter la prise en charge.

---

Le rapport de l'United Nations Office on Drugs and Crime « International Standards on drug use prevention » met l'accent sur « les interventions brèves et les entretiens motivationnels qui peuvent réduire de manière significative l'usage de drogues, de l'alcool et du tabac, à court et à long terme ». Ces interventions réussissent à réduire l'usage de substances à court terme (3 ou 6 mois), de façon moindre à moyen terme (1 an plus tard).

**L'intervention brève est efficace.** Une intervention brève amène une réduction de la consommation en dessous des seuils de risque dans 10 à 50 % des cas. Elle peut être pratiquée indifféremment par tout soignant formé, en soins primaires comme à l'hôpital ou en médecine de prévention.

---

## En bref... pas si chronophage...

La notion d'intervention brève en alcoologie existe depuis 2005 :

(<http://www.anpaa.asso.fr/> ) et HAS 2005

- 1 minute suffit à recueillir l'information concernant la consommation déclarée d'une substance ;
- 5 minutes permettent de délivrer une information sur les résultats du questionnaire, sur la corrélation entre consommation et conséquences, et de demander au consommateur s'il envisage de réduire sa consommation et comment.

Ainsi les pratiques à risque comme la consommation épisodique massive d'alcool (binge drinking, etc.) feront l'objet d'une prise en charge adaptée.

---

## Principes de l'intervention brève

check-list en 8 points (Anpaa) concernant la consommation d'alcool : (source document HAS)

1. restituer les résultats du questionnaire de consommation ;
2. expliquer le risque alcool, et restituer le résultat du risque personnel (et situationnel);
3. expliquer le verre standard ;
4. discuter l'intérêt personnel de la réduction (ou de l'arrêt);
5. expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation ;
6. proposer des objectifs et laisser le choix ;
7. donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation ;
8. remettre une brochure.

Son efficacité porte sur 2 critères, à savoir la réduction de la consommation d'alcool (critère intermédiaire) et la mortalité liée à l'alcool.

Les éléments qui caractérisent l'entretien de motivation sont décrits sous l'acronyme anglais FRAMES :

- Feed back : restitution au patient de l'information relative à la fréquence et la quantité de sa consommation d'alcool ;
- Responsibility (responsabilité) : la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et notamment pas au thérapeute ;
- Advice (conseil) : un conseil de modération est clairement donné au patient ;
- Menu : un choix offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est donné au patient ;
- Empathy : le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient ;
- Self efficacy (capacité personnelle) : le thérapeute cherche à renforcer chez le patient les ressources personnelles en faveur du changement.

En pratique :

## Évaluation de la consommation:

DETA/CAGE validé aux urgences.

AUDIT plus récent et plus performant pour repérer les consommateurs excessifs, peut être utilisé comme auto-questionnaire.

L'évaluation d'un risque de consommation est à réévaluer en fonction du risque individuel et d'un risque situationnel variables dans le temps.

Un score permet d'évaluer le risque et d'adapter le mode d'intervention (aucune, intervention brève, évaluation approfondie et traitement plus intensif).

L'intervention brève de 10 à 15min concerne les patients dont la consommation est à risque ou nocive.

## Questionnaires:

DETA : Deux réponses positives ou plus sont en faveur d'un mésusage d'alcool.

La quatrième question introduit la notion d'alcoolodépendance.

Donner AUDIT en auto-questionnaire au patient si DETA  $\geq 2$

AUDIT: pour les adultes car il repère les consommations occasionnelles supérieures à 6 verres.

Score: - > ou = 7 : usage nocif (6 chez la femme)

- > ou = 13 : Alcoolodépendance probable



## Les effets de l'alcool: délivrer une information simple:

La consommation d'alcool entraîne de nombreuses complications hépatiques, cardiovasculaires et neuropsychiatriques, ainsi que des cancers.

Le foie et le cerveau sont les deux organes particulièrement touchés par une consommation excessive et chronique d'alcool.

En plus des risques d'accidents et de blessures en traumatologie responsables de nombreux passages aux urgences, de comas éthyliques, de violences, perte du contrôle de soi...

41 000 morts attribuables à l'alcool par an, il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable de notre pays.

Situationnel: femme enceinte, conduite de véhicules, maladies...

Situationnel: femme enceinte, conduite de véhicules, maladies...

### **> Aucune consommation dans les conditions suivantes**

- pendant l'enfance,
- pendant la grossesse,
- quand on conduit un véhicule ou une machine,
- quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance,
- quand on prend certains médicaments (c'est précisé sur la notice),
- quand on est atteint de certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale active, etc.).



Information sur le verre d'Alcool.

## Intérêt personnel de la réduction

En fonction du patient :

Par exemple

-Être plus en forme,

-prendre moins de risques,

-exemple pour sa famille,

...

En fonction des représentations.

## Méthodes utilisables pour réduire sa consommation (inpes)

---

Réduire le nombre de fois où l'on consomme:

- ne pas boire d'alcool pour calmer la soif, prendre de l'eau ou une boisson sans alcool;
- commencer à consommer le plus tard possible dans la journée;
- choisir des jours de la semaine sans alcool;
- prévoir des activités à la place d'une consommation habituelle d'alcool.

## Méthodes utilisables pour réduire sa consommation (inpes)

---

Réduire la quantité:

- choisir à l'avance un nombre maximum de verres à boire,
- toujours commencer sans alcool pour éteindre la soif,
- faire durer le verre: par petites gorgées espacées,
- alterner avec des boissons sans alcool,
- ne pas participer à des tournées ou prendre des boissons sans alcool,
- éviter de boire sans rien faire d'autre.

(HAS)

Une posture partenariale faisant référence à l'alliance thérapeutique favorise la confiance et les échanges entre un consommateur et un professionnel de santé.

L'entretien de l'intervention brève s'appuie sur « l'entretien motivationnel », fondé sur une écoute réflexive et une attitude empathique qui visent à conforter le patient dans son désir de changement, à renforcer sa motivation, en lui apportant des informations et des aides tout en respectant ses choix et son ambivalence .

Un changement de comportement résulte d'un intérêt à modifier la consommation d'alcool en raison des risques existants.

## Erreurs à éviter

- Argumenter en faveur du changement : c'est au patient de trouver ses propres arguments, tout argument rationnel proposé par le professionnel de santé a peu de chance d'être entendu.
- Critiquer, culpabiliser ou blâmer.
- Cataloguer le patient, rester sur les actions et les décisions.
- Etre pressé : ne pas se précipiter pour poser les questions. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève (alcool, cannabis, tabac chez l'adulte HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / novembre 2014)
- Affirmer sa prééminence ne servirait qu'à renforcer les résistances au changement. Le professionnel de santé peut proposer au consommateur des échelles concernant sa motivation, sa confiance dans la réussite du projet, l'amenant à choisir le bon moment pour réduire ou arrêter sa consommation. (en rapport avec les valeurs du sujet)

- Le guide HAS,

Source :

<http://www.anpaa.asso.fr/>

“Boire moins c'est mieux” : Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins? [La Presse Médicale](#)

[Volume 35, Issue 5, Part 2](#), May 2006, Pages 831-839

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/476.pdf>

Guide HAS cf.

BHE: [http://medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20060912/812043\\_beh\\_34\\_35\\_2006.pdf](http://medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20060912/812043_beh_34_35_2006.pdf)

[Repérage précoce et intervention brève](#)

P Castera, S Kinouani, PJP Joseph - Alcoologie et Addictologie, 2015

## Études:

Un repérage précoce par un professionnel de santé ne se conçoit pas sans une intervention.

Plusieurs méta-analyses ont conclu que le RPIB avait un impact sur la mortalité liée à l'alcool, mais n'en avait ni sur la mortalité totale ni sur la morbidité, bien que la majorité des essais ait montré une diminution plus importante de la consommation déclarée d'alcool (CDA) dans le groupe intervention brève que dans le groupe témoin.

Ce qu'il apporte :

- Le RPIB a apporté des preuves d'efficacité concernant la mortalité liée à l'alcool et sur un critère intermédiaire concernant la diminution de consommation d'alcool ; pas d'efficacité cependant sur la morbi-mortalité générale.
- Les femmes sont moins réceptives au RPIB que les hommes.
- Le RPIB semble faisable en premier recours sous condition de formation préalable.
- Le questionnaire FACE a été retenu dans la phase expérimentale française (en médecine générale).

## Les méta-analyses en question (américaines)

---

Les études rapportant des résultats de l'intervention brève chez les patients ED sont encore relativement peu nombreuses comparées à celles rapportant les résultats des soins primaires

Une revue systématique de ces interventions parmi les patients blessés aux urgences a révélé que la plupart des études montrent un effet d'intervention positive ([Nilsen, 2008](#)) soit sur la réduction de la consommation ou sur ces conséquences:

La majorité montrant des réductions des conséquences, sans affecter la consommation.

Une revue Cochrane de l'IB pour prévenir les blessures chez les buveurs excessifs a conclu que les interventions avaient un effet bénéfique sur le risque de blessure, mais aucun effet sur l'abstinence ou la réduction de la consommation d'alcool ([Dinh-Zaar, 2004](#)).

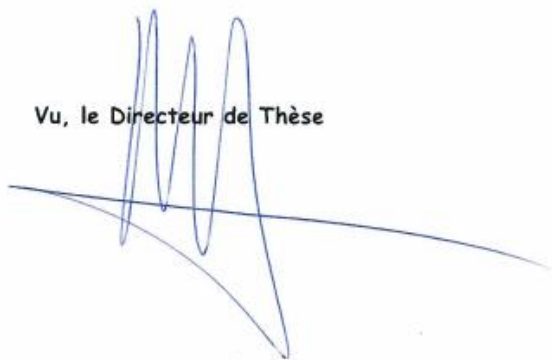
Une autre méta-analyse des interventions au service d'urgence a révélé que les interventions ne réduisaient pas significativement la consommation d'alcool subséquente, mais étaient associées à une réduction de la moitié de la probabilité de subir ultérieurement une blessure liée à l'alcool ([Havard, 2007](#)).

---

Cependant, du point de vue de la pratique clinique, l'étude la plus influente a été un essai multicentrique qui a démontré l'efficacité d'une intervention brève dans la réduction de la consommation d'alcool. L'étude Academic ED Screening, Brief Intervention et Referral to Treatment Collaborative (SBIRT), menée dans 14 centres médicaux universitaires américains.

l'intervention brève est la référence pour la consommation d'alcool à haut risque aux urgences.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several vertical loops followed by a long horizontal stroke extending to the right.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

A handwritten signature in black ink, featuring a stylized 'C' followed by 'KL' and a flourish.

## RESUME

Contexte : 1,38% des passages aux urgences en France sont en lien direct avec une consommation d'alcool et traduisent un mésusage qui expose à une morbidité et une mortalité accrue. 90<sup>0</sup>/0 de ces patients ont une consommation pathologique d'alcool et seulement 2% d'entre eux bénéficient d'une prise en charge spécialisée. C'est un lieu privilégié d'intervention qui n'est pas suffisamment exploité.

L'objectif était d'étudier la population admise en état d'ivresse aux urgences et les interventions spécialisées réalisées, après sensibilisation des professionnels de santé aux bonnes pratiques de prise en charge des intoxications éthyliques aiguës.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective de la population admise avec les cotations CIM-10 correspondantes et de sa prise en charge, du 1 février, au 31 août 2019, sur 167 passages, au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Blois.

Résultats : La population de notre étude était comparable aux autres travaux sur le sujet et la prise en charge adaptée avec 21 des patients ayant bénéficié d'une intervention de l'ELSA (11 % d'entre elles aux urgences). 26,3% ont été hospitalisés. 27,6% ont eu un courrier des urgences pour le médecin traitant et 40,1 % sont repartis sans aucune intervention.

Conclusion : Les difficultés rencontrées nous ont permis de proposer des pistes d'amélioration pour favoriser le lien entre le service des urgences et l'ELSA, mais aussi avec le médecin traitant. Augmenter la formation des équipes soignantes pour accroître la confiance en leur capacité d'agir et modifier leurs représentations négatives, afin de favoriser la pratique du RPIB dont l'efficacité est démontrée.

**Mots clés** : Alcool, Intoxication éthylique aigue, Urgences, Recommandations de bonne pratique.

## PERIER Tatiana

120 pages, 10 tableaux, 6 figures, 20 graphiques.

**Résumé :** Contexte : 1,38% des passages aux urgences en France sont en lien direct avec une consommation d'alcool et traduisent un mésusage qui expose à une morbidité et une mortalité accrue. 90%/0 de ces patients ont une consommation pathologique d'alcool et seulement 2% d'entre eux bénéficient d'une prise en charge spécialisée. C'est un lieu privilégié d'intervention qui n'est pas suffisamment exploité.

L'objectif était d'étudier la population admise en état d'ivresse aux urgences et les interventions spécialisées réalisées, après sensibilisation des professionnels de santé aux bonnes pratiques de prise en charge des intoxications éthyliques aiguës.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective de la population admise avec les cotations CIM-10 correspondantes et de sa prise en charge, du 1 février, au 31 août 2019, sur 167 passages, au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Blois.

Résultats : La population de notre étude était comparable aux autres travaux sur le sujet et la prise en charge adaptée avec 21 des patients ayant bénéficié d'une intervention de l'ELSA (11 % d'entre elles aux urgences). 26,3% ont été hospitalisés. 27,6% ont eu un courrier des urgences pour le médecin traitant et 40,1 % sont repartis sans aucune intervention.

Conclusion : Les difficultés rencontrées nous ont permis de proposer des pistes d'amélioration pour favoriser le lien entre le service des urgences et l'ELSA, mais aussi avec le médecin traitant. Augmenter la formation des équipes soignantes pour accroître la confiance en leur capacité d'agir et modifier leurs représentations négatives, afin de favoriser la pratique du RPIB dont l'efficacité est démontrée.

**Mots clés :** Alcool, Intoxication éthylique aiguë, Urgences, Recommandations de bonne pratique.

### Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Docteur Anne-Marie BRIEUDE

Membres du Jury : Professeur Vincent CAMUS  
Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Date de soutenance : 30 avril 2020.