



HAL
open science

Mise en place d'un protocole de prise en charge des patients de 15 à 25 ans admis aux urgences de l'hôpital Saint-André de Bordeaux pour ivresse alcoolique aiguë : étude de faisabilité à propos de 70 patients

Charles Gomes de Mattos

► **To cite this version:**

Charles Gomes de Mattos. Mise en place d'un protocole de prise en charge des patients de 15 à 25 ans admis aux urgences de l'hôpital Saint-André de Bordeaux pour ivresse alcoolique aiguë : étude de faisabilité à propos de 70 patients. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00955499

HAL Id: dumas-00955499

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955499>

Submitted on 4 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Victor Segalen Bordeaux 2

U.F.R des sciences médicales

ANNEE 2013

N°102

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2013

Par Charles GOMES DE MATTOS

Né le 18 Mars 1984 à La Rochelle

**Mise en place d'un protocole de prise en charge des patients
de 15 à 25 ans admis aux urgences de l'hôpital Saint André
de Bordeaux pour ivresse alcoolique aiguë :
Etude de faisabilité à propos de 70 patients.**

Directeur de thèse:

Madame le Docteur Isabelle FAURE

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX

Madame le Docteur Adrienne REIX

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Monsieur le Docteur Benoit FLEURY

Madame le Docteur Isabelle FAURE

Président

Juge

Juge

Rapporteur

Juge

Directeur

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Professeur des universités

Directeur adjoint et coordonnateur du DES de Médecine Générale

Médecin généraliste

Je remercie le Professeur Jean-Louis Demeaux de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider ce jury de thèse. Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Praticien Hospitalier en Médecine Interne au CHU de Bordeaux

J'adresse mes remerciements à Monsieur le Professeur BONNET d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Adrienne REIX

Praticien Hospitalier Urgentiste au CHU de Bordeaux

Je te remercie pour ta disponibilité et tous tes conseils en tant que co-directrice de thèse. Je te suis infiniment reconnaissant de toute l'aide que tu m'as apportée et de ton soutien sans faille.

Monsieur le Docteur Benoit FLEURY

Praticien Hospitalier en Addictologie au CHU de Bordeaux

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. C'est un honneur de vous compter parmi les membres du jury.

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Maitre de conférences associé

Médecin généraliste

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et de l'aide que vous m'avez apportée à chaque étape de sa réalisation. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Isabelle FAURE

Praticien Hospitalier Urgentiste au CHU de Bordeaux

Merci de m'avoir guidé dans cette thèse et d'avoir suscité autant d'investissement pour ce travail. Tu m'accompagnes depuis quelques années dans mon futur métier d'urgentiste, je t'en suis reconnaissant.

Merci aussi,

A Agnès Barbero et Chantal Courbin, infirmières d'ELSA.

Sans qui ce travail n'aurait jamais existé. Merci de votre soutien et de votre disponibilité. Je ne l'oublierai pas.

Au Docteur Claude Gabinski.

Pour m'avoir suivi de mon externat à aujourd'hui. Je vous suis reconnaissant de la confiance que vous m'avez apportée.

Au Docteur Didier Albert.

Aux Docteurs Fillastre et Vaugelade.

Au Docteur Hakim Cherifi.

A Laurence Garcia du CJC Cann'abus.

A toute l'équipe médicale et paramédicale des Urgences qui s'est investie à 100% dans la réalisation du protocole.

A toute l'équipe de réanimation. Je suis heureux d'avoir passé mes derniers jours d'interne à vos cotés.

Au secrétaire des urgences pour leur gentillesse et leur humour.

A mes derniers cointernes : Dora, Babouche, Ragot' et Fanny (ne changez rien).

A Lorraine Creppy, statisticienne hors-pair.

A Thierry Barthe, Yasmina Delis, Florence Irribe et Dominique Meunier.

Et aussi,

A la femme que j'aime, Hélène pour sa patience et son soutien.

A mes parents, ma sœur Caroline et mon frère Olivier toujours là, dans les bons et mauvais moments.

A mes oncle Bernard, Alain et Gilbert, ma tante Maryse et Josée qui m'ont toujours soutenu.

A ma grand mère Odette.

A mes autres grands parents qui sont partis trop tôt.

A Marine ma cousine, que je considère comme ma sœur.

A mes neveux que j'aime (Charlotte et Arthur) et leur papa Jean Pascal.

A Pierre et Isabelle.

A Julien mon ami de toujours et sa femme Camille.

A Maité, Toofik, JB, et Maylis pour ce qu'on a vécu et ce qui nous attend.

A mes amis d'enfance que je ne perdrai jamais (Nico, Louis, Neuneu, Maël, Jules, Chamotte, Pins, Alex, Cheyenne, Bibule, Rob, Brenuch, et les Maries).

A mes coloc's de toujours : Dr Carreau, Benja, Christian Dior, et Manu (colocataire intérimaire).

A la Perigoose Team : Guizmo, Vilhermine, Adele, Marion , Maritxu, Hanouka, Arnaud, Clotilde, Pauline, Babin et tous les autres.

A mes cointernes (hors du commun) de pédiatrie : Marise, Philou, Ecureuil, Maria, Juliette, Brice et Claire.

Aux nouveaux mariés : Claire et Nico, Marco et Caro.

A la fanfare Los teoporos qui m'as fait vivre des moments inoubliables : Croci, Gabi, Chaichai, Bea, JF, Lulu, Polo, Tony, Anna, Marie, Bertouille, Chachou, Irene, Rooky, Vianeh, Marie, Anna, Jeannot, Alix, Anais, Mayon, Ophel, Vincou et tout les autres.

A tous ceux qui ont été là pour moi, et qu'ils le sont encore.

Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SOMMAIRE

<i>INDEX DES ABREVIATIONS</i>	16
<i>INDEX DES FIGURES</i>	18
<i>INDEX DES MONOGRAPHIES DES RESULTATS</i>	20

1-INTRODUCTION	21
-----------------------------	----

2-PRE-REQUIS	22
---------------------------	----

2.1 Consommation d'alcool chez les jeunes	22
--	----

2.1.1 Les enquêtes d'évaluation des consommations	22
---	----

2.1.2 Situation européenne	23
----------------------------------	----

2.1.3 Situation nationale	25
---------------------------------	----

2.1.4 Situation régionale de l'Aquitaine	27
--	----

2.2 Les nouveaux comportements des jeunes vis-à-vis de la consommation d'alcool	29
---	-----------

2.2.1 Ciblage des jeunes	29
--------------------------------	----

2.2.2 Les nouveaux modes de consommation	30
--	----

2.2.3 « Le binge drinking »	32
-----------------------------------	----

2.3 Facteurs de risques de consommation abusive d'alcool chez les jeunes	33
---	-----------

2.3.1 Lien avec le sexe	34
-------------------------------	----

2.3.2 Lien avec l'âge	35
-----------------------------	----

2.3.3 Poly intoxications	35
--------------------------------	----

2.3.4 Lien avec la personnalité	36
---------------------------------------	----

2.3.5 Lien avec des troubles psychiatriques	36
---	----

2.3.5.1 Les troubles externalisés	36
---	----

2.3.5.2 Les troubles internalisés	37
---	----

2.3.6 Lien avec l'environnement	38
---------------------------------------	----

2.3.6.1 La famille	38
--------------------------	----

2.3.6.2 Les pairs	39
-------------------------	----

2.3.6.3 L'école	40
-----------------------	----

2.4 Risques et consommation d'alcool chez les jeunes	40
2.4.1 Risque à court terme	40
2.4.1.1 Accidents routiers.....	40
2.4.1.2 Violences	41
2.4.1.3 Coma éthylique.....	42
2.4.1.4 Risque suicidaire.....	42
2.4.2 Risque à moyen et long terme.....	42
2.4.2.1 Maturation cérébrale	42
2.4.2.2 Conséquences scolaires	43
2.4.2.3 Addictions.....	43
2.4.2.4 Conséquences organiques	44
2.5 Détermination et classification des consommations d'alcool.....	45
2.5.1 Définitions	45
2.5.1.1 Ivresse alcoolique aigüe.....	45
2.5.1.2 Les seuils dits de l'OMS.....	46
2.5.2 Classifications des usages de l'alcool.....	47
2.6 Modalités de repérage et d'évaluation de la consommation d'alcool	50
2.6.1 Principes généraux	50
2.6.2 Le repérage précoce	51
2.6.3 Les différents niveaux d'interventions.....	54
2.7 Prise en charge aux urgences	58
2.7.1 Recommandations actualisées de l'ANAES de 2008	58
2.7.2 Exemples de prise en charge selon les villes.....	59
2.7.3 Prise en charge des IAA aux urgences de Saint André du CHU de Bordeaux	61
2.7.4 Proposition de prise en charge des ivresses alcooliques aigües dans le cadre d'une thèse	63
3-METHODOLOGIE	65
3.1 Caractéristiques principales	65
3.2 Mise en place du protocole	66
3.2.1 Population étudiée	66
3.2.2 Choix des différents outils	67
3.2.2.1 Le questionnaire ADOSPA.....	67

3.2.2.2 Un questionnaire vis-à-vis du risque psychiatrique	68
3.2.2.3 Autres outils utilisés	69
3.2.3 Déroulement du protocole	70
3.2.4 Présentation des acteurs de l'étude	72
3.3 Objectifs.....	73
3.4 Critères de jugement.....	74
3.5 Analyse et recueil des données	75
3.6 Méthodes statistiques.....	76
3.7 Modalités éthiques et réglementaires	76
4-RESULTATS	77
4.1 Population étudiée.....	77
4.1.1 Nombre d'admissions pour IAA et nombre de patients inclus	77
4.1.2 Caractéristiques de la population étudiée	79
4.1.2.1 Répartition selon le sexe et l'âge	79
4.1.2.2 Alcoolémie et score de Glasgow lors de l'admission	80
4.2 Critère de jugement et objectif principal de l'étude	81
4.3 Critères de jugement et objectifs secondaires de l'étude.....	84
4.3.1 Orientation addictologique	84
4.3.2 Orientation psychiatrique.....	88
4.3.3 Comparaison de la prise en charge des IAA avec la période du 17/05/2012 au 14/07/2012	89
4.3.3.1 Caractéristiques de la population	89
4.3.3.2 Evaluation du nombre d'orientation addictologique et/ou psychiatrique réalisé pendant cette période.....	92
5-ANALYSE ET DISCUSSION	94
5.1 Analyse de la population étudiée	94
5.2 Intérêt et faisabilité protocole.....	98
5.3 Prise en charge addictologique.....	100
5.4 Prise en charge psychiatrique.....	106

5.5 Limites et biais de l'étude.....	107
5.6 Perspectives.....	108
6-CONCLUSION.....	111
7-BIBLIOGRAPHIE.....	112
8-ANNEXES.....	126

INDEX DES ABREVIATIONS

-ANPAA: Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie

-CIRDD: Centre d'information régionale sur les drogues et les dépendances

-CJC: Centres jeune consommateur

-CNH: Certificat de non hospitalisation

-ELSA: Equipe de liaison et de soins en addictologie

-GRRITA: Groupe Régional de Recherche et de Réflexion des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie d'Aquitaine

-IAA: Ivresse alcoolique aigue

-IDE: Infirmière diplômée d'état

-IMV: Intoxication médicamenteuse volontaire

-Insee: Institut national de la statistique et des études économiques

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

-IREB: Institut de recherches scientifiques sur les boissons

-OFDT: Observatoire Français des drogues et des toxicomanies

-OMS: Organisation mondiale de la santé

-RPIB: Repérage précoce et intervention brève

-SECOP: Service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique

-SAU: Service d'accueil des urgences

-SFA: Société française d'alcoologie

-UHTCD: Unité d'hospitalisation de très courte durée

INDEX DES FIGURES

-Figure 1. Usage récent d'alcool en Europe chez les 15-16 ans. (page 24)

-Figure 2. Alcoolisations ponctuelles importantes en Europe des 15-16 ans. (page25)

Spilka S, Le Nézet O, Tovar M. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011 OFDT. Tendances. 2012;(79):1-4.

-Figure 3. Evolution 2008-2011 du niveau d'usage d'alcool par sexe à 17 ans, en métropole. (page 26)

Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Estimations 2011 des consommateurs de produits psychoactifs à 17 ans OFDT. 2011 Nov 25;1-8.

-Figure 4. Pourcentage d'usagers réguliers d'alcool à 17 ans sur le territoire national en 2005. (page 27)

-Figures 5 et 6. Ivresses au cours des douze derniers mois à 17 ans en pourcentages et en OR ajustés, classement des régions et évolution entre 2002/2003 et 2005. (page 28)

-Figure 7. Récapitulatif du profil de consommation d'alcool des jeunes en Aquitaine en 2005. (page 28)

Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFD. 2008 Oct;1-336

-Figure 8. Correspondance d'un verre standard selon le type d'alcool. (page 47)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<http://www.alcoolinfoservice.fr>.

-Figure 9. Classification du DSM IV TR. (page 49)

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR®) Washington, DC : American Psychiatric Publishing ; 2000.

-Figure 10. Avantages et inconvénients des différents modes de repérage. (page 51)

Michaud P, Dangaix D. Le repérage de la consommation d'alcool est efficace chez les jeunes. La santé de l'Homme.2009 Mar-Avr;400:4-5.

-Figure 11. Questionnaires de repérage des consommations des adolescents disponibles en Français. (page 53)

Ghazi A, Bolognini M, Chinet L, Landry M, Narring F, Picard V et al. Substances psychoactives chez les jeunes Outils de repérage et d'évaluation des consommations disponibles en français Alcoolologie et Addictologie. 2007 ;29(2):131-141

-Figure 12. Etudes contrôlées sur l'intervention brève. (page 56)

Couzigou P. L'intervention brève en alcoolologie. JFPD 2008, 32ème édition. 8 Aout 2008. Palais des congrès. Paris.

INDEX DES MONOGRAPHIES DES RESULTATS

SCHEMAS :

- **Schéma 1 (page 78) :** Schéma de l'étude
- **Schéma 2 (page 87) :** Schéma de l'étude avec réalisation du protocole entier ou incomplet
- **Schéma 3 (page 91) :** Répartition des patients admis pour IAA du 17/05/2012 au 14/07/2012

TABLEAUX :

- **Tableau 1 (page 79) :** Répartition des âges des admissions en 2013
- **Tableau 2 (page 80) :** Répartition des alcoolémies observées en 2013
- **Tableau 3 (page 93) :** Comparaison des données entre 2012 et 2013

HISTOGRAMMES :

- **Histogramme 1 (page 82) :** Avis de l'équipe médicale et d'ELSA vis-à-vis du protocole
- **Histogramme 2 (page 84) :** Répartition des ADOSPA selon le sexe
- **Histogramme 3 (page 86) :** Répartition des réponses données à l'ADOSPA
- **Histogramme 4 (page 90) :** Répartition des entrées selon le jour de la semaine du 17/05 au 14/07 pour l'année de 2012 et 2013

1-INTRODUCTION

Les comportements des jeunes vis-à-vis de l'alcool ont changé depuis une dizaine d'années. Leur consommation aboutit plus souvent à des états d'ivresses répétées et dangereuses pour leur santé [1]. Le nombre d'accidents de la route en état d'ivresse chez les 15-25 ans en témoigne [2].

Ces comportements à risque ont conduit inexorablement à une augmentation croissante du nombre d'admissions pour ivresse aigüe chez les 15-25 ans dans les services d'urgences [3]. Les autorités publiques ont pris conscience de ce nouveau phénomène et du risque de ces comportements en terme de santé publique. C'est dans cette logique qu'il a été décidé de créer des nouvelles mesures de préventions et de soins spécifiques pour ces jeunes [4].

Plusieurs structures existent déjà et ont montré leur efficacité chez les adultes présentant un mésusage ou une dépendance à l'alcool. Cependant le rapport qu'entretiennent les jeunes face à l'alcool est singulier. Leur prise en charge doit être spécifique et adaptée. Les recommandations actuelles de l'ANAES sur les ivresses alcooliques aigües aux urgences le soulignent aussi [5] : l'admission aux urgences d'un jeune en état d'ivresse doit pouvoir être un moment clef pour repérer les conduites à risque et à inviter le jeune à s'interroger sur son comportement vis-à-vis de l'alcool.

Nous avons donc recherché si la mise en place d'un protocole de repérage du risque addictologique et psychiatrique chez ces jeunes, entrés pour ivresse alcoolique aigüe, était faisable dans un service d'urgences et entraînait une amélioration de leur prise en charge.

Pour cela, nous avons réalisé une étude prospective, sur une période de 3 mois, au sein du service des urgences de l'hôpital Saint André du CHU de Bordeaux.

2-PRE-REQUIS

2.1 Consommation d'alcool chez les jeunes

L'alcoolisation des jeunes est devenue depuis plusieurs années un problème de santé publique. Les modes de consommation, attitudes et comportements qu'entretiennent les jeunes vis-à-vis de l'alcool ont changé.

L'adolescence est une période à risque pour les conduites addictives. Cette période est marquée par la recherche d'expériences nouvelles et fortes à tendance ordalique. Les substances psycho actives font naturellement partie des champs d'expérimentation des jeunes.

Les modes de consommations des jeunes vis-à-vis de l'alcool ne sont donc pas superposables à ceux des adultes, ce qui nécessite une analyse et une observation spécifique pour les comprendre. Il est donc primordial d'évaluer la situation actuelle pour mesurer l'étendue du problème. Cette partie va donc s'intéresser à l'analyse statistique de ces nouveaux comportements.

2.1.1 Les enquêtes d'évaluation des consommations

Plusieurs enquêtes permettent de décrire la consommation d'alcool chez les jeunes [6] :

- **Le baromètre santé** réalisé tous les 5 ans au niveau national (plus de 27000 individus de 18 à 75 ans) par l'INPES (institut national pour l'éducation à la santé) et qui questionne sur les comportements de santé.
- **L'enquête HSBC** (Health Behaviour in School-aged children) réalisée en milieu scolaire par l'OMS (organisation mondial de la santé) au niveau international, centrée sur la santé.

- **L'enquête ESPAD** (European School Survey Projection Alcohol and Other Drugs) réalisée tous les 4 ans en milieu scolaire à partir d'un questionnaire commun auto-administré. Elle compare les consommations de tabac, d'alcool et de drogue des jeunes Européens âgés de 15-16 ans. En France, elle est sous la responsabilité de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies).
- **L'enquête nationale ESCAPAD** (Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel de préparation à la défense) réalisée tous les ans lors de l'appel à la préparation à la défense. Elle est sous la responsabilité de l'OFDT en partenariat avec le DSN (Direction du service national). Elle permet d'avoir un point de vue annuel des tendances en termes de produits, et d'offrir un suivi très réactif des évolutions sur cette population particulièrement concernée.

En analysant ces différentes enquêtes, plusieurs tendances ont pu être mises en évidence sur le comportement des jeunes face à l'alcool.

2.1.2 Situation européenne

Au niveau européen, l'enquête ESPAD en 2011 [7] montre des chiffres relativement inquiétants sur tout le territoire. Chez les jeunes européens de 15-16 ans, en dehors de quelques pays scandinaves, au moins 50% déclarent un usage récent d'alcool (consommation d'alcool dans les 30 jours avant la réalisation de l'enquête). Les jeunes Français se classent au 9ème rang des pays européens. Cet usage reste cependant stable en France entre 2007 et 2011.

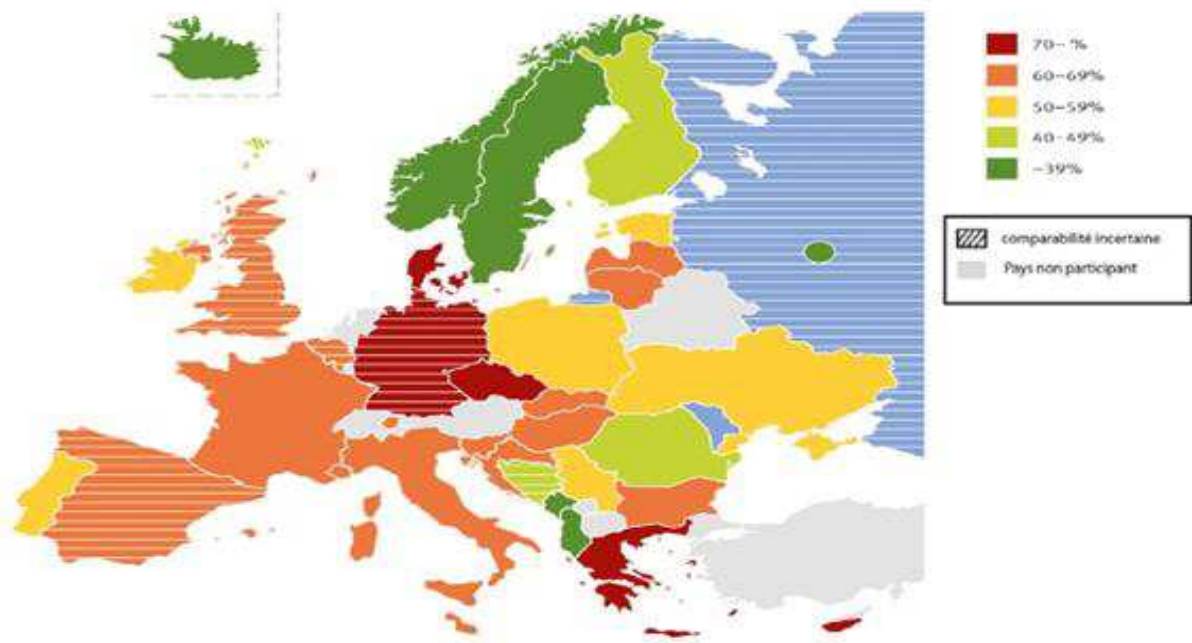


Figure 1. Usage récent d'alcool en Europe chez les 15-16 ans (en%).

Vis-à-vis des alcoolisations ponctuelles importantes (plus de 5 verres au cours d'une occasion dans les 30 jours avant la réalisation de l'enquête), les jeunes Français de 15-16 ans se situent au 12eme rang européen, avec un nombre plus important chez les garçons que les filles (46% contre 41%).

Cependant, l'écart entre les garçons et filles se réduit au fil des ans, avec une augmentation chez les filles et une stabilisation au niveau des garçons.

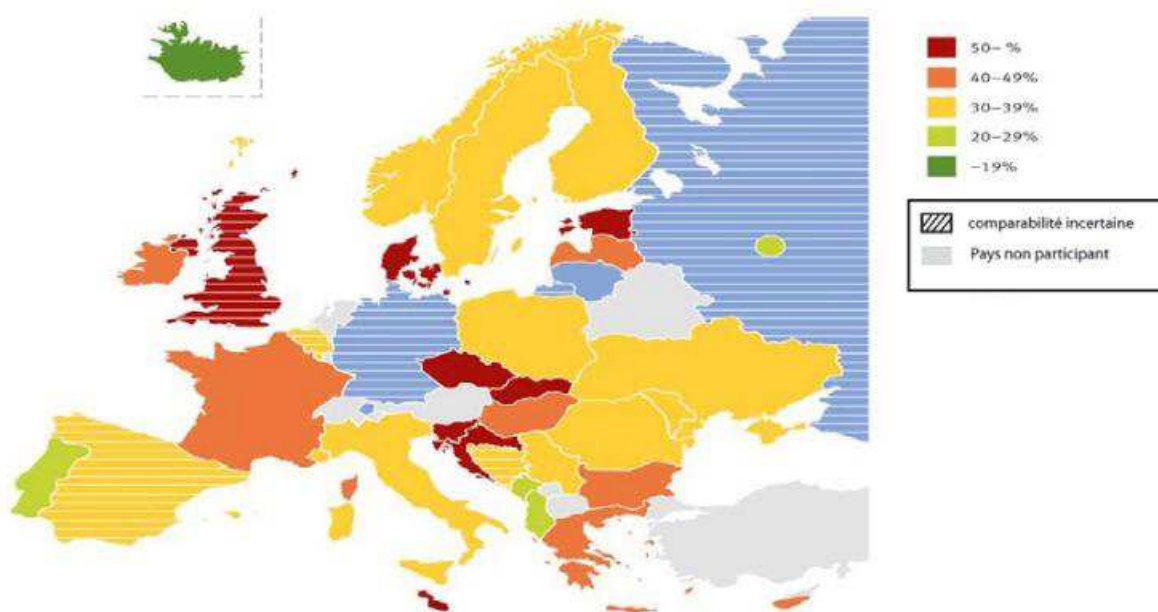


Figure 2. Alcoolisations ponctuelles importantes en Europe des 15-16 ans (en %).

2.1.3 Situation nationale

En 2009, l'alcool est la première substance psycho active consommée en France. Parmi les 12-75 ans, on comptait 42,5 millions d'expérimentateurs, 9,7 millions d'utilisateurs réguliers (>3 consommations/semaine), et 6,4 millions d'utilisateurs quotidiens d'alcool sur la population générale [8]. Dans cette répartition, il existe une part non négligeable attribuable aux jeunes consommateurs.

En France l'âge moyen de la première consommation d'alcool est en moyenne de 14-15 ans selon les études [9]. Cette moyenne tend à rester stable depuis une dizaine d'années [10]. Cependant on décrit actuellement une tendance à une légère baisse de l'expérimentation (au moins un usage au cours de la vie) de l'alcool des jeunes de 17 ans (94,6% en 2002 versus 91% en 2011).

Malgré cette baisse, on remarque chez les jeunes ayant déjà consommé au cours de leur vie de l'alcool, une augmentation de l'usage régulier d'alcool (au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête) de 18% en 3 ans, et cela autant chez les filles que les garçons (8,9% en 2008 versus 10,5% en 2011).

En ce qui concerne l'usage quotidien dont le niveau reste faible, il augmente très sensiblement (0,8% 2008 versus 0,9 % en 2011) [11].

Les consommations régulières restent cependant essentiellement masculines (3 fois plus de garçons que de filles). Il en est de même pour les consommations quotidiennes (6 fois plus de garçons que de filles).

		Garçons 2011	Garçons 2008	Filles 2011	Filles 2008	Sex ratio 2011	Ensemble 2011	Ensemble 2008	Evolution 08-11
Alcool	<i>Expérimentation</i>	91,8***	93,5	90,1***	91,7	1,02***	91,0***	92,6	↘
	<i>Dans le mois : >=1 usage</i>	79,7	80,5	74,2	74,2	1,07***	77,0	77,4	→
	<i>Dans le mois : >=10 usages (régulier)</i>	15,2***	13,6	5,6***	4,0	2,70***	10,5***	8,9	↗
	<i>Dans le mois : >=30 ou quotidien</i>	1,6*	1,3	0,3	0,2	6,04***	0,9*	0,8	↗

Figure 3. Evolution 2008-2011 du niveau d'usage d'alcool par sexe à 17 ans, en métropole.

D'autres éléments plus inquiétants ressortent de ces enquêtes. Les épisodes d'ivresse sont en augmentation (de 15 % en 2005 à 19 % en 2010), avec une hausse plus importante chez les jeunes de 18 à 34 ans, et en particulier chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans, pour qui les niveaux ont le plus nettement augmentés [12].

Même si on note en France une baisse de l'expérimentation de l'alcool à 17 ans, chez les jeunes consommateurs de ce même âge, l'usage régulier d'alcool est en hausse, et en particulier une augmentation notable des ivresses répétées et régulières.

2.1.4 Situation régionale de l'Aquitaine

Par l'intermédiaire d'une étude [13], regroupant les données de l'OFDT et de l'INPES en 2005 une cartographie a pu mettre en évidence les profils des jeunes consommateurs par région en France.

Les jeunes adolescents résidant en Aquitaine déclarent des niveaux d'usage d'alcool nettement supérieurs à ceux du reste de la France, et cela notamment sur l'usage régulier d'alcool. En effet, 16% des jeunes de 17 ans déclarent une consommation d'alcool régulière contre une moyenne de 12% sur tout le territoire. En revanche ces chiffres restent stables par rapport aux données de 2002/2003.

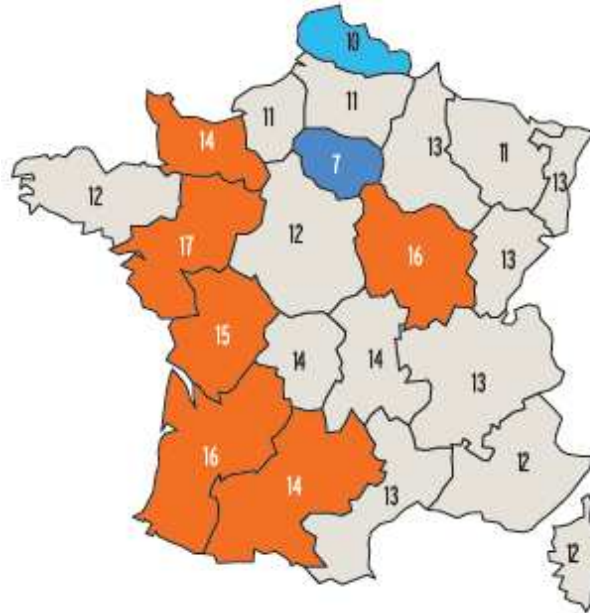
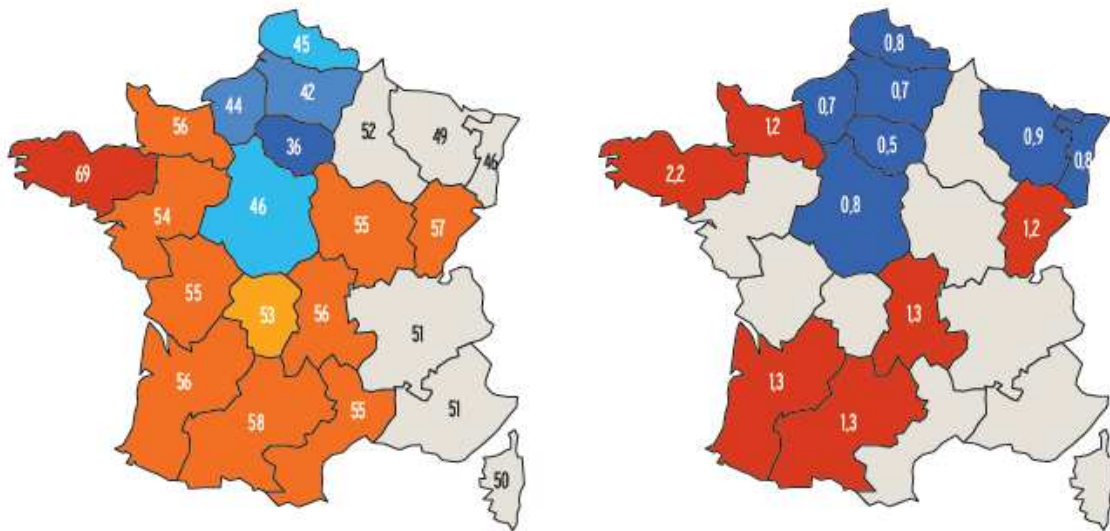


Figure 4. Pourcentage d'usagers réguliers d'alcool à 17 ans sur le territoire national en 2005.

Les ivresses au cours de l'année chez les jeunes aquitains de 17 ans sont aussi plus importantes que la moyenne nationale (56% contre 49,3% de moyenne sur le territoire), avec une augmentation entre 2002/2003 et 2005 (51% en 2002/2003).



Figures 5 et 6. Ivresses au cours des douze derniers mois à 17 ans en pourcentages et en OR ajustés, classement des régions et évolution entre 2002/2003 et 2005.

Ces statistiques montrent donc un profil de surconsommation chez les jeunes en Aquitaine. En effet, l'Aquitaine se place constamment dans les dix premiers rangs des régions de France, notamment vis-à-vis de l'usage régulier d'alcool (2^{ème}/22), et de la prévalence des ivresses au cours de l'année chez les jeunes de 17ans (6^{ème}/22).

	Aquitaine	Rang (sur 22 régions)	Métropole
15-75 ans			
Usage régulier d'alcool	25 %	3	21,5 %
Ivresse au cours de l'année	15 %	11	15,0 %
6 verres et plus en une seule occasion au moins une fois par mois	16 %	8	14,6 %
17 ans			
Usage régulier d'alcool	16 %	2	12,0 %
Ivresse au cours de l'année	56 %	6	49,3 %
5 verres et plus en une seule occasion au cours des 30 derniers jours	53 %	7	45,8 %

Figure 7. Récapitulatif du profil de consommation d'alcool des jeunes en Aquitaine en 2005.

2.2 Les nouveaux comportements des jeunes vis-à-vis de la consommation d'alcool

La consommation d'alcool chez les jeunes n'est pas contemporaine. C'est un phénomène ancien qui s'inscrit culturellement par l'intermédiaire des représentations de l'alcool dans notre société : convivial, festif...

Si cette consommation n'est pas nouvelle, ce sont surtout les modes et les comportements de consommation des jeunes qui ont changés.

Les statistiques montrent en particulier une augmentation des épisodes d'ivresse chez les jeunes consommateurs. Pour comprendre cette augmentation, il faut donc s'interroger sur les nouveaux modes de consommations chez les jeunes.

2.2.1 Ciblage des jeunes

Plusieurs techniques commerciales ont permis de rendre le marché industriel de l'alcool comme l'un des plus rentables. Selon l'Insee, le chiffre d'affaires de la filière alcool française représentait 15,8 milliards d'euros en 2007 [14]. On comprend aisément qu'il est essentiel pour les entreprises productrices d'alcool de séduire un maximum de personnes et notamment les plus jeunes, en connaissant bien leurs attentes.

A partir des études de marché et des techniques commerciales de ciblage vis-à-vis des jeunes, les différents fabricants de boissons alcoolisées ont développé des produits et des tendances qui leur permettent de générer des profits considérables.

Voici une liste non exhaustive de méthodes et produits ciblés pour la consommation des jeunes [15]:

- Les « prémix » : créés pour attirer les jeunes consommateurs, ce sont des boissons issues du mélange d'une boisson alcoolisée et d'une boisson non-alcoolisée (un soda le plus souvent).
- Certains produits avec des designs particuliers en « éditions limitées », afin de créer des comportements de collection.
- Des noms d'alcool fantaisistes (exotiques ou anglo-saxons) avec un packaging accrocheur et festif.
- Les prix des boissons adaptés au budget limités des jeunes consommateurs, avec des opérations de promotion plus importantes sur ces produits que sur d'autres ciblés pour des consommateurs plus âgés.
- La disponibilité et l'accès aux boissons alcoolisées. Malgré un cadre légal de plus en plus renforcé, les jeunes reconnaissent eux-mêmes qu'il est facile de se procurer de l'alcool [16]. En France, le total des recettes fiscales équivaut à 6 milliards d'euros, et ceci pour seulement l'année 2011.

2.2.2 Les nouveaux modes de consommation

L'âge des premières consommations est devenu bien plus précoce qu'il y a une vingtaine d'années. L'âge précoce de ces pratiques a montré qu'elles favorisaient la recherche d'alcool à l'âge adulte et la dépendance [17].

La première expérience reste le plus souvent dans le cadre de célébrations familiales. Comme le décrit Fortin « *La manière dont l'entourage accompagne les premières consommations et d'éventuelles ivresses est importante pour la suite du rapport de l'adolescent aux produits* » [18].

Après une phase initiatique, la consommation d'alcool chez le jeune va s'intégrer dans les soirées ou les regroupements avec son cercle social.

La consommation d'alcool chez les jeunes a lieu essentiellement le weekend, avec des amis. Les consommations solitaires ou en semaine s'avèrent plutôt rares. En revanche les consommations avec les parents sont assez communes.

On retrouve généralement une consommation majoritaire chez les 13-16 ans à leur domicile, et chez les 17-20ans chez leurs amis. Les alcools les plus prisés chez les jeunes majeurs sont dans l'ordre :

- les alcools forts,
- la bière,
- les « prémix »,
- le vin et le champagne.

Chez les garçons on note une préférence pour la bière et les alcools forts, et chez les filles pour les « prémix » et les alcools forts [19]. Cependant comme précédemment vu, les garçons restent les plus gros consommateurs. Le facteur de choix de consommation, de tel ou tel produit, par les jeunes, dépend dans l'ordre [20] :

- du goût,
- de l'occasion offerte,
- du prix,
- « pour suivre la mode ».

Il est à noter que ces consommations sont souvent associées à d'autres produits : tabac, cannabis, autres substances psycho actives.

Les motivations d'une consommation sont diverses. Selon une étude réalisée en France [21], trois raisons principales sont données par les jeunes :

- « Faire comme les autres » : le besoin de réassurance identitaire et d'intégration par l'appartenance à un groupe de pairs chez les jeunes est omniprésent. Ceci conduit certains à consommer de l'alcool de peur d'être exclus du groupe.
- « Faire la fête » pour échapper à l'ennui, rire d'eux même, oublier leurs soucis. L'alcool, par son effet désinhibiteur, leur permet «d'être plus en phase» et de faciliter les interactions sociales.
- « La quête de l'ivresse ». Etre à tout prix saoul est un comportement essentiellement masculin à cet âge et se réalise, par exemple, à partir de jeux qui visent à défier l'autre individu sur ces capacités à ingérer un maximum d'alcool et souvent dans un temps limité. C'est dans cette approche que le « *binge drinking* » prend sa définition.

Mais ces raisons mises en avant par les jeunes ne sont sans doute pas les seules.

2.2.3 « Le binge drinking »

Le « *binge drinking* » (littéralement en français « biture express») est un modèle anglo-saxon qui consiste à boire des quantités importantes d'alcool en peu de temps dans le seul but de se soûler.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'a cependant défini avec d'avantage de précision. Elle admet aujourd'hui que ce comportement correspond à la consommation d'au moins 5 verres pour un homme, et 4 verres pour une femme, lors d'une même occasion [22].

Autrement dit, lors d'une même soirée. Or dans la pratique, les jeunes consomment souvent bien davantage... En 2006, près de 80 millions d'Européens de plus de 15 ans reconnaissent avoir eu recours à cette pratique.

D'après A. Petit [23] « *le binge drinking débute actuellement autour de 12-13ans, pour s'intensifier après le baccalauréat* ». Ces pratiques « *ont surtout lieu le weekend, lors d'occasions spéciales (fêtes, anniversaires.)* ». Ces consommations « *se réalisent dans un contexte festif, en présence des copains qui valorisent ces comportements... l'usage solitaire est en revanche très peu répandu* ».

Plusieurs facteurs de risques ont été identifiés comme l'âge (fin de l'adolescence, début de l'âge adulte) et le sexe (avec une prévalence globale chez l'homme).

Enfin, il conclut que « *les adeptes du binge drinking ne deviennent pas forcément tous alcooliques ... La dépendance reste très rare, mais cette utilisation abusive et nocive doit être prise en compte* ».

2.3 Facteurs de risques de consommation abusive d'alcool chez les jeunes

Plusieurs études, depuis quelques années, ont cherché à déterminer des liens entre la consommation d'alcool des jeunes et des facteurs génétiques, sociaux, environnementaux, et psychiatriques.

La connaissance de facteurs de risque de consommation abusive d'alcool chez les jeunes permet de mieux comprendre l'anamnèse de ces comportements, et d'assurer une meilleure prévention en amont.

2.3.1 Lien avec le sexe

Il est déjà intéressant de souligner que la consommation d'alcool est plus importante chez les garçons que les filles. Sur les dernières enquêtes réalisées, on note des consommations régulières et quotidiennes plus importantes chez les garçons que les filles. Le décalage constaté peut-il s'expliquer par l'existence d'un contrôle parental plus sévère sur les sorties féminines, et donc sur les occasions de consommer de l'alcool comme ceci était estimé autrefois ?

L'enquête IREB [24] (Institut de recherches scientifiques sur les boissons) menée en 2001 sur 1028 jeunes de 13 à 20 ans a permis d'associer certains facteurs favorisant la consommation d'alcool à cet âge. Cette étude a révélé des différences entre les sexes.

Des facteurs favorisant la consommation d'alcool ont été mis en évidence :

- La consommation ponctuelle ou occasionnelle d'un psychotrope comme le tabac, le cannabis, ou un médicament (*RR= 12,4 avec $p<0,01$ chez les garçons. RR=8,9 avec $p<0,001$ chez les filles*).
- Ne pas parler de ses problèmes de famille chez le garçon (*RR=2 avec $p<0,05$*).
- La volonté d'avoir déjà eu envie de se suicider chez la fille (*RR= 3 avec $p<0,05$*).

De plus, des facteurs favorisant la consommation fréquente (≥ 10 fois par mois) ont été déterminés :

Chez le garçon, ce sont des marqueurs de socialisation qui favorisent les passages d'une consommation occasionnelle à une consommation fréquente :

- Vivre hors du foyer familial (*RR=4 avec $p<0,05$*).
- Présence de beaucoup de buveurs dans l'entourage (*RR=3 avec $p<0,01$*).
- Aller au café une fois par semaine ou plus (*RR=2 avec $p<0,01$*).

Chez la fille, la consommation fréquente d'alcool est plus liée à des facteurs psychoaffectifs :

- Communication difficile dans la famille (*RR=4 avec $p<0,01$*).
- Avoir déjà eu envie de se suicider (*RR=4 avec $p<0,001$*)

2.3.2 Lien avec l'âge

L'un des facteurs prédictifs d'une consommation à risque d'alcool chez le jeune reste avant tout l'âge des premières consommations [25]. L'alcoolisation précoce est associée à une prévalence accrue d'ivresse régulière (+40%), de dépendance (+40% chez les hommes, et +50% chez les femmes), ainsi que l'usage d'autres substances telles que le tabac et le cannabis [26].

D'autres études ont cependant démontré que l'âge du premier verre ne semblait pas affecter la fréquence de consommation lors de l'adolescence [27]. Cela laisse à penser que le rapport entre l'âge du premier verre et le comportement d'alcoolisation est complexe et subit d'autres influences.

2.3.3 Poly intoxications

Il a été mis en évidence un lien entre l'usage du tabac et de l'alcool. Les jeunes fumeurs présentent trois fois plus de risque d'entrer dans une consommation régulière d'alcool [28].

Une étude néo-zélandaise a retrouvé une corrélation entre le tabac, l'alcool et la consommation de cannabis qui pourrait être expliquée par une vulnérabilité spécifique de l'individu à la consommation de drogues [29].

La poly consommation régulière reste cependant un comportement plutôt masculin : deux garçons pour une fille à 17 ans.

2.3.4 Lien avec la personnalité

L'agressivité et les tendances antisociales sont considérées comme des facteurs de risque de consommation de substances. Sur une étude réalisée dans deux services d'urgences des Etats Unis, on a retrouvé un risque plus important de problèmes vis-à-vis de l'alcool chez les jeunes patients admis pour ivresse avec violence [30].

La recherche de sensation peut conduire à des comportements de désinhibition. Elle a été reliée à des comportements à risque vis-à-vis de la conduite automobile, mais surtout dans les conduites de consommation [31]. Celle-ci connaît un pic à la fin de l'adolescence pour décroître secondairement avec l'âge. La recherche de nouveauté induit aussi chez le jeune un risque de consommation d'alcool. Mais cette recherche reste significativement liée à l'âge.

2.3.5 Lien avec des troubles psychiatriques

2.3.5.1 Les troubles externalisés

Les troubles de comportement externalisés se manifestent chez les enfants par de l'agitation, de l'impulsivité, de l'agressivité, un manque d'obéissance ou de respect des limites qui leur sont données.

Les troubles des conduites chez l'adolescent augmentent le risque de poly consommation de substances psycho actives. Ces jeunes qui présentent une faible conformité sociale, des pratiques illicites et des comportements en inadéquation avec la norme sociale présentent généralement des problèmes d'addiction. Il est montré que chez les sujets jeunes hospitalisés pour abus de substances psycho-actives, il existe une prévalence importante de trouble des conduites sous-jacentes associées [32].

Les troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention sont aussi prédictifs de la survenue d'une consommation abusive d'alcool.

Dans une étude prospective sur un suivi de dix ans, les jeunes adultes qui avaient été diagnostiqués comme hyperactifs dans leur enfance, présentaient un plus grand mésusage vis-à-vis de la consommation d'alcool et de drogues [33].

L'implication de l'hyperactivité dans la consommation de substances peut s'interpréter comme une recherche d'autorégulation. L'alcool et les substances agissent comme thymorégulateurs, ce qui expliquerait que les adolescents hyperactifs ayant une « hyperexcitation » auraient de grandes difficultés à gérer leur sevrage [34].

2.3.5.2 Les troubles internalisés

Les troubles anxieux chez les adolescents font partie des troubles internalisés à risque de consommation abusive d'alcool. Ils préexisteraient généralement aux conduites de consommation de substances psycho actives. Une méta-analyse met en évidence ce lien entre troubles anxieux et troubles liés à l'utilisation d'alcool [35].

Les troubles dépressifs ont été largement étudiés dans la population générale et chez l'adolescent. Il existe chez les jeunes une comorbidité entre trouble dépressif, symptomatologie dépressive, humeur dépressive et usage-dépendance-abus de substances [36].

Si les troubles dépressifs sont le plus souvent secondaires à la consommation d'alcool, ils peuvent préexister et favoriser le recours à l'alcool qui les aggrave [37].

Cette association est tellement forte, qu'on estime que environ 60% des jeunes ayant des problèmes d'abus de substances, auraient des troubles psychiatriques plus ou moins marqués de type dépressif [38].

Le suicide qui peut être l'expression d'un malaise relationnel et familial est aussi associé aux comportements de mésusage d'alcool. Cependant la relation est complexe car la consommation d'alcool peut être la cause comme la conséquence d'un passage à l'acte.

Comme le décrit P. Alvin « *L'alcoolisation peut être interprétée comme symptôme réponse au mal-être sous-jacent, comme simple facilitation du passage à l'acte ou encore, dans le cas d'une alcoolisation aigue, comme équivalent suicidaire* » [39].

Sur une étude américaine qui portait sur 73183 élèves du secondaire de 2001 à 2009, plusieurs éléments ont démontré le lien entre suicide et consommation d'alcool [40]. Chez les consommateurs d'alcool, on notait un risque plus important que chez les non-consommateurs :

- D'idéation suicidaire plus important dans l'année passée ($RR= 1,3$ avec $IC [1,3-1,7]$).
- D'élaboration d'un plan suicidaire dans l'année passée ($RR= 1,6$ avec $IC [1,4-1,8]$).
- D'une tentative de suicide dans l'année passée ($RR= 1,7$ avec $IC [1,4-2,1]$).

2.3.6 Lien avec l'environnement

2.3.6.1 La famille

Initiée généralement au sein de la famille, la consommation d'alcool est influencée par celle-ci. Cependant la poursuite de la consommation d'alcool est liée à des facteurs familiaux spécifiques.

Il a été montré qu'un adolescent dont les parents approuvent la consommation d'alcool, ont un usage plus important que ceux dont la famille désapprouve [41]. La présence d'une consommation chez les parents indique aussi un accès plus facile à l'alcool pour l'enfant et un nombre d'occasion de boire plus important.

Des antécédents d'alcoolisme dans la famille sont désormais considérés comme un facteur d'alcoolisme chez l'adolescent. Une étude du New Jersey sur 1380 jeunes a mis en évidence un taux de consommation d'alcool deux fois plus élevé chez des jeunes présentant une histoire familiale d'alcoolisme, et cela de manière plus importante chez les filles que les garçons [42]. De plus ce risque semble majoré lorsque l'adolescent présente des antécédents d'alcoolisme paternel [43].

Un risque plus important de consommation d'alcool chez le jeune existe selon la composition de sa famille. Il est montré que les enfants de familles monoparentales et divorcées, boivent plus souvent [44].

On note, de plus, que les abus sexuels ou les violences dans l'enfance restent des facteurs de risques majeurs de mésusage d'alcool [45].

2.3.6.2 Les pairs

En grandissant, le processus de socialisation de l'enfant va se détacher du modèle familial pour s'axer sur celui du groupe auquel il appartient. L'influence des parents sur sa consommation, va donc décroître, au profit de celle des pairs [46].

L'alcool fait partie intégrante de la convivialité et des liens affectifs entre adultes dans tous les pays, ce qui explique en partie, que ce modèle est imité par les adolescents au sein de leurs groupes.

En quête de reconnaissance et d'identité, la consommation d'alcool dans le groupe auquel appartient l'adolescent, va jouer le rôle de catalyseur, vis-à-vis de son propre risque de mésusage. Cette attitude va permettre, secondairement, une meilleure intégration du jeune vis-à-vis du groupe, ce qui va lui permettre de créer son réseau social. Le risque alors n'est plus la consommation d'alcool, mais l'exclusion du groupe, si l'adolescent ne rentre pas dans une logique de mimétisme. L'influence des pairs est cependant plus importante chez les garçons que chez les filles [47].

2.3.6.3 L'école

L'école reste l'endroit où le jeune passe le plus de temps. C'est un lieu de socialisation important. La façon dont va se dérouler la scolarité d'un enfant va influencer, en partie, son risque de mésusage d'alcool.

Il a été clairement démontré que de mauvais résultats scolaires étaient associés à la consommation de drogues et d'alcool chez l'adolescent [48]. Devant la pression parentale et face à l'échec scolaire, l'alcool va, pour certains, permettre de décompresser...

2.4 Risques et consommation d'alcool chez les jeunes

Si la question se pose aujourd'hui d'une meilleure prise en charge des jeunes consommateurs, c'est qu'ils sont de plus en plus nombreux à présenter une consommation à risque. Les jeunes se sentent généralement peu concernés par les conséquences de ce comportement à risque.

Ils associent généralement les complications de l'alcool à celles qui sont uniquement associées à la dépendance. Cependant il existe bien d'autres risques à court, moyen et long terme sans que cela soit associé à une dépendance à l'alcool. Cette consommation d'alcool peut parfois elle-même être motivée par cette prise de risque.

2.4.1 Risque à court terme

2.4.1.1 Accidents routiers

Plusieurs effets néfastes sont associés à l'alcool et la conduite automobile. Tout d'abord, il augmente le temps de réaction et diminue les réflexes. La vigilance s'altère et la fatigue se fait plus rapidement ressentir. Il perturbe l'estimation des distances et la coordination des mouvements. Son effet désinhibant amène à sous-évaluer le danger et à prendre des risques.

Alors que les 15- 24 ans ne représentent que 13% de la population française, plus de 25% des morts sur la route et près de 30% des blessés graves sont retrouvés à leurs âges [49]. Les accidents de la route restent la première cause de mortalité chez les 15-24 ans. Elle représente environ 40% de la mortalité de cette tranche d'âge (avec environ 80% de garçons). En 2006, 22% des conducteurs de 18 à 24 ans impliqués dans des accidents de la route présentaient une alcoolémie illégale [50,51].

2.4.1.2 Violences

Les actes de violence chez les jeunes se retrouvent généralement à la sortie des bars et des boîtes de nuit. L'alcoolisation aiguë désinhibe et favorise le passage à l'acte d'agressions verbales, physiques ou sexuelles [52].

Une étude argentine de 2007, sur 1328 élèves participants âgés de 13 à 15 ans a mis en évidence que les consommateurs d'alcool étaient presque deux fois plus susceptibles que les non-consommateurs d'avoir été agressés physiquement, ou d'avoir été acteur d'une agression, ou d'avoir eu de violentes pensées envers un individu [53].

La désinhibition et la modification du comportement, induite par la consommation d'alcool chez les jeunes, sont aussi à l'origine de rapports à risques. Les rapports, non protégés ou non voulus, sont donc plus importants sous l'emprise de l'alcool, et sont responsables de grossesses non désirées, ou encore de maladies sexuellement transmissibles.

Au printemps 1999, un questionnaire a été distribué à 408 étudiants d'une moyenne d'âge de 16 ans au sujet de leur expérience sexuelle. Cette analyse a trouvé, entre autre, qu'un quart des adolescents étaient sous l'influence de l'alcool lors de leur premier rapport sexuel [54].

2.4.1.3 Coma éthylique

Le coma éthylique désigne une perte de conscience, de sensibilité et de motilité due à une consommation excessive d'alcool. Comme précédemment décrit, les ivresses ponctuelles sont en recrudescence sur notre territoire, et celles-ci sont responsables de l'augmentation des comas éthyliques chez les jeunes.

Le coma éthylique survient après une dose variable suivant les personnes. Il varie suivant les conditions physiques de chacun, le sexe, et la prise de repas ultérieur. Les risques principaux sont l'inhalation bronchique lors de vomissements (par diminution de la vigilance et donc des réflexes protecteurs), l'hypoglycémie et l'hypothermie.

Les adolescents et les jeunes sont particulièrement vulnérables à cette forme d'intoxication, notamment depuis l'arrivée du « binge drinking ».

2.4.1.4 Risque suicidaire

Comme précédemment décrit, l'alcool peut être la cause d'un passage à l'acte ou d'un équivalent suicidaire chez les jeunes.

2.4.2 Risque à moyen et long terme

2.4.2.1 Maturation cérébrale

Les effets de l'alcool sur le cerveau des adolescents sont différents de ceux qui existent chez les adultes.

Les adolescents sont moins sensibles aux effets sédatifs de l'alcool, ce qui favorise une consommation plus importante [55]. Ils sont cependant plus vulnérables à l'effet neurotoxique de l'alcool.

La maturation cérébrale continue jusqu'à l'âge adulte. L'alcool a un effet délétère sur le développement de certaines régions cérébrales ne terminant leur maturation qu'en fin d'adolescence [56]. Plus la consommation d'alcool commence à un âge précoce, plus les lésions peuvent être importantes [57].

Des études montrent, par exemple, des déficits cognitifs dus à des lésions dans le cortex associatif chez les adolescents alcooliques [58].

2.4.2.2 Conséquences scolaires

Une baisse significative des résultats scolaires peut être associée à une consommation excessive d'alcool. Les jeunes peuvent être alors, plus préoccupés par la façon et le moyen dont ils vont se procurer de l'alcool, que par leurs études.

La pression sociale croissante pousse les jeunes à forger au plus vite leur réussite et leur excellence personnelle. Soumis à cette pression, notamment au niveau scolaire, une partie des jeunes trouve un moyen de décompresser en s'alcoolisant.

Une étude sur 1017 élèves a mis en évidence que près de 12,5% des élèves consommateurs d'alcool présentaient de graves difficultés scolaires. Un peu moins de 5% avaient même déjà négligé ou interrompu un cours pour pouvoir s'alcooliser [59].

2.4.2.3 Addictions

Face à ces conduites répétées et intenses, le risque de dépendance s'installe et ne touche pas que les adultes. Un enfant qui commence à boire à l'âge de 15 ans a 4 fois plus de risque de devenir dépendant [60].

Cette situation est d'autant plus préoccupante que les mécanismes de l'addiction diffèrent chez l'enfant par rapport à l'adulte. Ils seraient moins sensibles à l'effet du sevrage avec un moindre sentiment de dépendance.

De plus, à l'inverse des adultes, ils ressentent moins l'effet déplaisant des substances psychoactives que l'effet de récompense, ce qui les pousse à boire toujours plus sans en ressentir les effets indésirables [61].

Tout ceci concourt à une fragilité de l'adolescent et du jeune adulte vis-à-vis de l'addiction alcoolique.

2.4.2.4 Conséquences organiques

Comme chez l'adulte une consommation prolongée d'alcool chez le jeune est à risque de lésions organiques. En voici une liste non exhaustive :

- Complications digestives : stéatose hépatique, hépatite alcoolique, cirrhose hépatique, pancréatite aiguë et chronique.
- Risques de cancers : voies aéro-digestives supérieures, foie, sein, colon et rectum.
- Risques cardio-vasculaires : HTA, troubles du rythme, cardiomyopathie dilatée.
- Complications neurologiques : encéphalopathie alcoolique, poly neuropathie.
- Complications nutritionnelles : dénutrition, carences en vitamine B1, B6.
- Obstétriques : syndrome d'alcoolisation fœtale.

Ces complications organiques sont souvent les plus connues des jeunes, et pourtant ce ne sont pas celles qui les touchent en majorité.

2.5 Détermination et classification des consommations d'alcool

2.5.1 Définitions

2.5.1.1 Ivresse alcoolique aigüe

Plusieurs éléments vont faire varier son apparition :

- La quantité d'alcool consommée.
- La corpulence et le sexe,
- La vitesse de consommation et le fait d'avoir mangé ou non.

Chaque individu réagit différemment selon son état de santé, de fatigue et de son humeur. Il y a donc des présentations cliniques variables selon le taux d'alcoolémie et la sensibilité de la personne [62]. Se déroulant en 3 phases, l'ivresse alcoolique aigüe ou intoxication alcoolique aigüe se définit par :

- La phase d'excitation psychomotrice simple :

Elle associe majoritairement une perte du contrôle supérieur et une libération des tendances instinctives. Une atteinte des fonctions cognitives s'amorce avec présence d'un déficit de l'attention, du jugement et du sens critique. Le temps de réaction, la mémoire, et l'adaptation au réel sont altérés. Son action désinhibitrice va rendre le sujet euphorique et loquace. Cependant l'humeur est très variable, passant de la gaieté à la tristesse, voire à l'agressivité.

- La phase d'incoordination :

Elle survient pour des taux d'alcoolémie plus élevés. La somnolence, des troubles de la vigilance et une confusion sont fréquents. Elle est caractérisée par une ataxie.

Il existe de manière plus ou moins prononcé :

- un syndrome cérébelleux aigu avec dysmétrie et astasie-abasie (démarche «ébrieuse»),
 - un syndrome vestibulaire avec grands vertiges rotatoires, nausées, vomissements,
 - un syndrome ophtalmologique avec diplopie, mydriase bilatérale, baisse de l'acuité visuelle,
 - un dysfonctionnement végétatif avec une tachycardie, avec troubles vasomoteurs.
-
- La phase comateuse dit coma éthylique aigue

A ce stade, le sujet présente une amnésie de l'événement. Il s'agit d'un coma profond, sans signes neurologiques de localisation, avec hypotonie, abolition des réflexes ostéotendineux et de la sensibilité. Les pupilles sont en mydriase. Il peut exister une hypotension artérielle et une bradycardie associée à une hypothermie importante. Une dépression respiratoire est fréquente. La respiration devient alors stertoreuse.

2.5.1.2 Les seuils dits de l'OMS

L'INPES a adapté de l'OMS des seuils quantitatifs du risque vis-à-vis de la consommation d'alcool. Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis. Ils permettent de trancher entre une consommation à risque et une consommation considérée comme acceptable au niveau individuel et social [63] :

- Jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel.
- Pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne).
- Pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).
- Il est recommandé, de plus, de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Un verre standard ou unité d'alcool correspond à environ 10 grammes d'alcool. Une bière, un verre de whisky, un verre de vin, ou encore un pastis tels qu'on les sert dans les bars, au restaurant ou en boîte de nuit contiennent tous approximativement cette quantité d'alcool. En revanche, chez soi ou chez des amis, les verres sont généralement plus remplis et contiennent donc une dose d'alcool pur plus importante.



Figure 8. Correspondance d'un verre standard selon le type d'alcool.

2.5.2 Classifications des usages de l'alcool

Plusieurs classifications ont été proposées pour définir des profils de patient vis-à-vis de leur consommation. Fondées sur des analyses statistiques multidimensionnelles synthétisant des données épidémiologiques, génétiques, cliniques et comportementales, elles permettent de déterminer l'état d'usage du patient.

La difficulté reste qu'il est possible de classer et décrire ces conduites sous autant d'angles que de facteurs qui la définissent. Par conséquent, les classifications trop simples sont nécessairement insuffisantes et reflètent mal la réalité, et les classifications trop complexes sont inutilisables couramment.

Plus de 40 systèmes de classifications existent depuis le milieu du XIX^{ème} siècle [64]. En pratique, ces classifications sont utiles dans l'adaptation thérapeutique en fonction des degrés de consommation. Les nombreuses classifications existantes décrivent essentiellement les différentes formes de dépendance. Néanmoins elles abordent très peu les modes de début de ces conduites et leurs modalités évolutives précoces, avant l'apparition de dommages sévères.

Actuellement, les recommandations de la Société Française d'Alcoologie (SFA) proposent d'organiser la classification des conduites d'alcoolisation en différentes catégories autour des termes « d'usage » et « de mésusage ».

Cette classification s'inspire du DSM IV TR et des critères et seuils définis par l'INPES :

- **Les non usagers** (abstinents) qui peuvent être primaires (non usage initial) ou secondaires (après une période de mésusage, ce qui correspond à l'abstinence).
- **Les usagers sans dommage** dit consommateurs modérés. Ce sont les usagers qui ne dépassent pas les seuils de consommation définis par l'INPES.
- **Les usagers à risques** qui sont ceux qui ont une consommation qui dépasse les seuils de l'INPES de manière ponctuelle ou régulière sans conséquence médicale psychique ou sociale mais qui peuvent en induire à court et moyen terme. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'INPES quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier.
- **Les usagers nocifs** qui ont des conséquences médicales psychiques ou sociales, sans éléments en faveur d'une dépendance, et indépendamment des seuils à risque de l'INPES.
- **Les alcoolo-dépendants** caractérisés par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés. Dans le DSM IV-TR [65], la notion de dépendance renvoie à plusieurs items pour la définir. Le patient présente généralement une tolérance à l'alcool, ce qui l'incite à consommer toujours plus pour en avoir les effets attendus. L'alcoolo-dépendant est sensible au sevrage et donc présente des manifestations physiques qui seront corrigées par la prise d'alcool.

Le temps passé à se procurer et à consommer la substance s'agrandit, au détriment des activités sociales, professionnelles et des loisirs qui sont délaissés. La prise d'alcool est de plus maintenue chez ces patients malgré la connaissance, par eux même, du risque physique et psychique que peut induire cette consommation excessive.

De manière consensuelle, on définit donc l'alcoolodépendant à travers le DSM IV TR par la coexistence d'au moins 3 manifestations parmi les 7 suivantes :

- le désir persistant accompagné d'effort infructueux pour réduire sa consommation ou s'abstenir,
- la perte de contrôle,
- le temps passé à chercher, consommer de l'alcool, ou à récupérer des effets de l'alcool,
- la tolérance,
- le syndrome de sevrage,
- l'abandon des activités au profit des seules préoccupations liées à l'alcool,
- la poursuite de l'alcoolisation malgré la connaissance de conséquences physiques ou psychologiques.

Le mésusage regroupe donc :

- Les usagers à risque.
- Les usagers nocifs.
- Les dépendants.

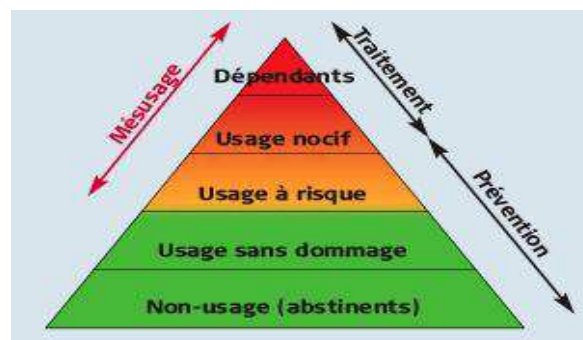


Figure 9. Classification du DSM IV TR.

L'observation permet de constater pour un sujet donné la possibilité, au cours de sa vie de rester dans une même catégorie de conduite ou de passer à une autre hiérarchiquement inférieure ou supérieure en termes de sévérité et de gravité. Les conditions de ces évolutions sont encore mal établies. Les conduites d'alcoolisation sont donc à réévaluer de manière régulière pour en déterminer leur évolution.

Depuis mai 2013, la parution du DSM V TR va bouleverser ces définitions. On ne parle plus de dépendance ou d'abus mais d'addiction afin de les regrouper dans une seule dimension pouvant prendre plusieurs niveaux de sévérité (faible, modéré et sévère) avec l'idée d'un continuum, plus proche des réalités cliniques [66].

En quittant le catégoriel pour le dimensionnel, cette nouvelle classification a l'avantage d'éviter les diagnostics orphelins et d'ouvrir les options thérapeutiques, afin de permettre aux patients de trouver leur voie en fonction de la sévérité du trouble.

2.6 Modalités de repérage et d'évaluation de la consommation d'alcool

2.6.1 Principes généraux

Sachant que la plupart des personnes présentant une consommation à risque ne font pas de demande de suivi spécialisé, des efforts importants ont été fait pour l'amélioration du repérage en soins primaires. Plusieurs démarches ont été mises en place.

On sait aussi que l'âge moyen d'entrée des patients en soins alcoologiques spécialisés pour des problèmes d'alcool se situe aux alentours de 40 ans, alors que ces consommations pathologiques ont commencé en général 20 à 25 ans plus tôt ; d'où l'intérêt d'un repérage précoce [67].

Une démarche a été développée par l'OMS depuis les 80 : le « repérage précoce et intervention brève » (RPIB). Le RPIB est reconnu actuellement comme l'une des mesures ayant le meilleur rapport coût/efficacité dans la lutte contre les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool [68]. Il ne s'adresse qu'aux patients indemnes d'une dépendance à l'alcool [69].

Cette démarche réalisée par un professionnel de santé se déroule donc en deux parties :

-La première consiste au repérage de la consommation de l'individu, afin de déterminer le niveau d'usage ou de mésusage. Cette évaluation se fait à l'aide de différents outils sous forme d'auto ou hétéro questionnaires validés. Tout ceci va aboutir à une estimation de la consommation de l'individu et du niveau de risque attaché à celle-ci.

-La deuxième consiste en une intervention brève. Celle-ci sera proposée aux consommateurs à risque. Toute intervention brève vise en priorité à une réduction de la consommation d'alcool (non à une abstinence) afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation de dommages liés à cette consommation [70].

2.6.2 Le repérage précoce

Afin de pouvoir repérer les jeunes à risque vis-à-vis de leur consommation d'alcool, des outils de repérage se sont développés. Il en existe plusieurs [71] :

Avantages et inconvénients des différents modes de repérage		
Méthode de repérage	Avantages	Inconvénients
Clinique	Conforme aux habitudes Peut laisser l'initiative au patient	Troubles tardifs Symptômes peu spécifiques
Biologie	Conforme aux habitudes Ne dépend pas du discours du patient	Troubles tardifs (faible sensibilité) Très grande variabilité personnelle Coût élevé
Questionnaires	Sensibles très précocement Faible coût Influencent les personnes qui les remplissent	Pas dans les habitudes Nécessitent de l'organisation Répétitivité Dépistent par excès (faux positifs)

Figure 10. Avantages et inconvénients des différents modes de repérage.

On comprend bien alors, comme le montre ce tableau, que les questionnaires présentent les meilleures caractéristiques en termes de fiabilité et de faisabilité dans le dépistage des consommations à risque d'alcool. Actuellement, la place de ces questionnaires dans le repérage précoce n'est plus à démontrer. Ces questionnaires ont été initialement réalisés et validés pour la population adulte comme l'AUDIT, le CAGE/Deta ou le test FACE [72]. Cependant, ces tests n'ont pas pu être validés et utilisés chez les plus jeunes car ils n'étaient pas adaptés pour eux. Des outils de dépistage des consommations de substances psychoactives spécifiques aux jeunes ont donc dû être développés [73] comme :

- Le CRAFFT-ADOSPA.

- Le POSIT est l'acronyme de Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers. Cet outil élaboré aux États-Unis a été validé pour les adolescents, âgés de 12 à 19 ans en milieu scolaire. Il permet d'identifier les problèmes de santé d'ordre psychologique, physique et social pouvant justifier une évaluation plus approfondie et nécessiter le recours à un traitement. Dans ce sens, il évalue 10 domaines (ou facteurs) classés de A à J : utilisation de substances psychoactives, santé physique, santé mentale, relations intrafamiliales, relations avec les proches, situation scolaire, orientation professionnelle, habiletés sociales, loisirs et comportement agressifs/délinquance. Trois niveaux de risque (faible, modéré, élevé) sont définis pour chaque facteur du POSIT. Il n'existe pas de version française validée.

- La DEP-ADO : C'est un questionnaire qui permet d'évaluer l'usage d'alcool et de drogues chez les adolescents et de faire une première détection de la consommation problématique ou à risque. Elle permet le calcul d'un score qui indique à l'intervenant s'il y a lieu de faire une intervention ou une référence à un organisme de première ligne ou un organisme spécialisé en toxicomanie. La DEP-ADO a été conçue et validée auprès des jeunes de 14 à 18 ans.

Questionnaire (origine)	Risques évalués	Population cible (âges)	Nombre de questions	Mode de passation	de passation (min)	Traduction française (T) Validation (V)
AAE (8) (États-Unis)	Alcool	12-18	14	AQ / HQ	5 à 10	SAAA (13) (T)
AUDIT (12) (OMS)	Alcool	> 18	10	AQ	5	AUDIT (15) (T/V)
DEP-ADO (10, 18) (Québec)	Alcool et drogues illicites	14-18	7 (25 sous-questions)	AQ/HQ	10 à 15	DEP-ADO (10, 18) (V)
CRAFFT (9) (États-Unis)	Alcool et drogues illicites	13-25	6	AQ/HQ	< 5	CRAFFT (22) (T/V)
ADOSPA (25, 28) (France)	Alcool et drogues illicites	13-25	7	AQ/HQ	< 5	-

AQ : autoquestionnaire, HQ : hétéroquestionnaire.

Figure 11. Questionnaires de repérage des consommations des adolescents disponibles en français.

Nous allons, ici, nous attarder sur le CRAFFT-ADOSPA qui est le questionnaire choisi dans cette étude.

Ce questionnaire a été construit et validé aux États-Unis pour dépister précocement les usages nocifs de diverses substances addictives (cannabis, alcool, autres produits) chez les 13-25 ans [74]. En anglais, CRAFFT est l'acronyme des items suivants : Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble. ADOSPA est sa version française qui correspond à Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis/famille.

Ce questionnaire présente l'avantage, par rapport à d'autres questionnaires, d'être rapide et facilement mémorisable ce qui permet de ne pas forcément avoir recours à un support papier. Composé de 6 questions à réponse dichotomique (oui/non). Le score global varie de 0 à 6.

Il s'intéresse aux comportements et aux conséquences induites par leur consommation d'alcool, plutôt qu'à la quantification de la fréquence des alcoolisations, ou à la quantité d'alcool ingérée. Le questionnaire semble donc anodin et peu contraignant pour le sondé. Il est donc apprécié des usagers et permet d'engager la discussion en facilitant la prise de conscience des risques et méfaits de l'usage d'alcool [75].

Une méta-analyse américaine sur 17 études [76] met en évidence la validité de ce test en ambulatoire, en hospitalisation ou dans un service d'urgence. L'étude a retrouvé, de plus, une bonne corrélation des questionnaires et des différents types de mésusage, de manière spécifique à l'alcool, chez une population jeune. Il a été validé en français [77].

Le CRAFFT ADOSPA (**Annexe 1**) permet donc de différencier deux niveaux de risque [78,79] :

- Un **usage à risque** lorsque le **score est inférieur à 2**.
- Un **usage nocif** lorsque le **score est supérieur ou égal à 2**.

Pour un score supérieur ou égal à 2, le CRAFFT ADOSPA présente une sensibilité de 90,3% avec une spécificité de 77,7% dans le dépistage des usagers nocifs chez les jeunes consommateurs [80].

Ce questionnaire rapide, fiable et simple permet donc au final de pouvoir déterminer le type d'usage d'alcool (à risque ou nocif) et ainsi, de pouvoir cibler le type de prise en charge nécessaire selon le type de consommation.

2.6.3 Les différents niveaux d'interventions

Selon le type d'usage repéré plusieurs techniques d'information à visée préventive existent. L'intervention brève en alcoologie est destinée aux patients en situation d'usage à risque ou d'usage nocif. Elle vise en une réduction de la consommation d'alcool et non en une abstinence, car elle est peu efficace en situation d'alcool-dépendance.

Cette technique s'inspirant des thérapies cognitivo-comportementales a été définie par l'OMS [81] par l'acronyme FRAMES :

- **Feed back** : restitution au patient de l'information relative à la fréquence et la quantité de sa consommation d'alcool.
- **Responsability** : la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et notamment pas au thérapeute.
- **Advice** : un conseil de modération est clairement donné au patient.
- **Menu** : un choix est donné au patient, offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool.
- **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** : le thérapeute cherche à renforcer chez le patient les ressources personnelles en faveur du changement.

Une méta-analyse de 2007 [82] regroupant 29 études (dont 5 études en service d'urgences) a tenté d'analyser tous les essais cliniques connus sur le sujet en 2006. La forme et la mise en pratique de chaque intervention brève étaient différentes selon les études mais elles s'inspiraient toute de la thérapie cognitivo-comportementale.

Les auteurs ont conclu que l'intervention brève était efficace :

- Diminution de consommation de 38 g d'alcool par semaine chez des patients ayant une consommation d'alcool moyenne de 310g par semaine, à l'inclusion et après un an, voire plus de suivi.
- L'efficacité des interventions n'est pas corrélée à leur durée, ce qui sous entendait que « les interventions intensives » n'étaient pas significativement plus efficaces que les interventions brèves classiques. Une récente étude en 2013, sur un peu plus de 700 personnes, confirme ce résultat [83].

Ce modèle s'est avéré donc efficace et montre globalement une réduction de 20 à 30% de la consommation d'alcool entre les groupes intervention et les groupes contrôle [84].

Auteur	Durée du suivi (semaines)	Nombre	% amélioration	
			Groupe Intervention	Groupe Témoin
Heather (UK.1987)	26	70	50	50
Wallace (UK.1988)	52	641	44	25
Romelsjö (Norvège 1989)	52	83	76	62
Anderson (Suède 1992)	52	154	19	5
OMS (1992)	26	688	44	30
Fleming (USA 1997)	52	482	37	23
Cordoba (Espagne 1998)	52	229	67	44
Huas (France 2002)	52	419	47	45

Figure 12. Etudes contrôlées sur l'intervention brève.

Son efficacité chez les jeunes consommateurs a été de nombreuses fois démontrée, comme dans une étude américaine de 2004 organisée dans un service d'urgences et portant sur 152 jeunes âgés de 13 à 17 ans avec une alcoolémie positive, sur un suivi de 12 mois [85] :

- Diminution du nombre de jours de consommation d'alcool par mois.
- Diminution de la fréquence des épisodes de consommation d'alcool massive.

Une autre étude américaine, randomisée et contrôlée aux urgences [86], a montré l'efficacité des interventions brèves parmi 198 jeunes âgés de 18 à 24 ans qui présentaient une alcoolémie positive ou un test de repérage positif vis-à-vis d'une consommation à risque :

- Diminution du nombre de jours de consommation d'alcool.
- Diminution du nombre de jours de forte consommation.

Ces effets ont été maintenus à 12 mois.

Certains auteurs, en accord avec les recommandations sur la prise en charge des ivresses alcooliques aux urgences de l'ANAES de 2006, conçoivent cette intervention comme uniquement réalisable par un spécialiste addictologue et la différencient de l'intervention dite « ultra brève » plus adaptée aux médecins travaillant en SAU [87]. Cette intervention ne nécessitant pas de compétence particulière, peut être réalisée par tout médecin. D'environ cinq à dix minutes, elle comporte des éléments proposés par l'OMS :

- **"Feedback"** donné au patient sur sa consommation d'alcool :
 - Restitution du score du questionnaire de repérage et son interprétation.
 - Quantité prise dans la soirée, quantité prise en moyenne dans la semaine.

Cette composante jouerait un rôle spécifique dans l'efficacité de l'intervention et particulièrement chez les jeunes consommateurs, vis-à-vis de la prise de conscience du risque et de leur consommation de substances psycho actives comme l'alcool [88].

- Une explication au patient de la **notion "d'un verre d'alcool"** :

Un verre correspond à 25 cl de bière ordinaire, 10 cl de vin, 3 cl de whisky.

- Une explication sur **les limites d'une consommation modérée d'alcool** :
 - Bénéfices secondaires vis-à-vis de sa santé.
 - Intérêt financier et impact sur les relations sociales d'une baisse de la consommation.
- **L'encouragement du patient à rester en dessous de ces limites** :
 - Explication des méthodes utilisables pour réduire sa consommation (réduire les occasions, les fréquences, les quantités, trouver des occupations de substitution ...).
- La remise au patient **d'un livret d'aide ou "livret ressource"** en fin d'intervention.

Les auteurs s'accordent sur son efficacité et notamment sur une diminution du taux de réadmission dans un SAU [89] pour une raison liée à la consommation d'alcool.

2.7 Prise en charge aux urgences

Le constat d'une augmentation significative des ivresses alcooliques aiguës (IAA), chez les plus jeunes, se fait ressentir dans la plupart des SAU de France. Elles sont, cependant, considérées souvent à tort comme festives et/ou initiatiques.

Face à cette nouvelle population alcoolisée aux urgences, l'ANAES a réactualisé la conférence de consensus sur la prise en charge des IAA aux urgences, en apportant des recommandations nouvelles vis-à-vis des soins à apporter chez les plus jeunes en état d'ivresse. Nous allons voir en quoi consiste la prise en charge optimale d'après ces recommandations, et ce qui est déjà expérimenté dans certains SAU. A la fin, nous décrirons un protocole de prise en charge des IAA aux urgences, réalisé aux urgences du CHU de Bordeaux de Saint André.

2.7.1 Recommandations actualisées de l'ANAES de 2008

Les recommandations de l'ANAES de 2006 [5] vis à vis de la prise en charge au décours de la phase aiguë, considèrent que *« l'ivresse aiguë prise en charge dans un service d'urgences, ne doit pas être banalisée car elle témoigne d'un mésusage voire d'une alcoolo dépendance »*.

Après une phase de « dégrisement » avec *« une hospitalisation minimum de 72h en UHTCD »*, les recommandations insistent sur le fait de systématiquement *« déterminer le type de consommation, de rechercher des facteurs aggravants, d'engager une démarche thérapeutique adaptée [...] et de proposer une prise en charge comparable à celles des tentatives de suicide de l'adolescent »*.

Cela nécessite de rechercher les facteurs de risque de consommation pathologique d'alcool (abus ou dépendance), de suicide, les antécédents familiaux de troubles psychiatriques et/ou abus de substances psycho-actives.

Certaines études citées et précédemment décrites démontrent une relation importante chez les jeunes admis aux urgences, entre consommation d'alcool et risque suicidaire (20 à 30% d'après les auteurs des recommandations).

Cette prise en charge addictologique doit se faire sous la forme d'un RPIB (repérage précoce et intervention brève) défini par l'OMS. Il faut donc rechercher « *un mésusage, d'éventuelles complications ainsi qu'une alcoolodépendance. Une prise en charge alcoolologique aux urgences permet d'améliorer la connaissance et les pratiques de l'équipe soignante et semble diminuer les ré-hospitalisations.* »

Après repérage par l'intermédiaire d'un outil de dépistage, « *en cas de mésusage, un entretien par l'équipe soignante des urgences est réalisé sur le mode intervention ultra brève* ». Cette intervention dite « ultra brève » est réalisable par tout personnel de l'équipe soignante et ne nécessite pas de formation préalable systématique selon certains auteurs [87].

Cependant, « *En cas de facteurs aggravants ou de comorbidité, une intervention spécialisée sera réalisée par les équipes d'addictologie [...] et sera proposée au patient un suivi soit dans un centre d'alcoologie ou par le médecin traitant avec prise d'un premier rendez-vous* ».

2.7.2 Exemples de prise en charge selon les villes

Quand on s'intéresse aux différentes prises en charge addictologiques des jeunes alcoolisées aux urgences selon les villes, on s'aperçoit qu'elles s'inspirent très largement des recommandations de l'ANAES de 2008 [90,91]. Cependant il n'y a pas de données disponibles sur l'application véritable de celles-ci.

Un état des lieux a été réalisé en Bretagne sur les IAA des jeunes entre 11 et 25 ans pris en charge au SAU en 2010 [92]. La Bretagne reste, actuellement, la région la plus touchée en termes d'alcoolisation massive et répétée chez les jeunes :

- La proportion d'ivresse répétée (≥ 3 fois dans l'année) s'élève chez les jeunes de 17 ans à 39% contre 25,6% pour le reste de la France.
- La proportion d'ivresse régulière (≥ 10 fois dans l'année) s'élève chez les jeunes à 16% contre 8,5% en moyenne en France.
- Le niveau des épisodes répétés ponctuels d'usage d'alcool sévère (5 verres et plus au moins en une seule occasion ≥ 3 fois par mois) est lui aussi supérieur en Bretagne : 26% vs 19,7%.

L'analyse de cette étude révélait que *«Les pratiques sont en effet largement «personne dépendante» ou «médecin dépendant» [...] D'où le souhait des professionnels de pouvoir appliquer un protocole clair, consécutivement aux conclusions de cette étude ».*

La quasi-totalité des professionnels rencontrés sur cette étude ont insisté *« sur la banalisation des alcoolisations des jeunes par les parents, l'entourage, sur l'incohérence des messages « boire ou conduire, il faut choisir », alors que la loi admet que l'on peut boire un peu... ».*

La durée de séjour des jeunes alcoolisés variait dans ces SAU de quelques heures à 24 heures (à la différence des 72 heures préconisées par les recommandations de l'ANAES).

Les auteurs soulignent que les patients pouvaient alors repartir sans prise en charge alcoologique particulière, si les unités d'alcoologie de liaison ne pouvaient se rendre disponibles ou s'il elles n'étaient pas présentes à ce moment-là. Cette situation est due au fait que les équipes d'alcoologie de liaison fonctionnent le plus souvent uniquement en semaine. Quand elles n'existent pas ou ne sont pas disponibles, ce sont alors les équipes de psychiatrie, présentes le plus souvent 24h/24 et 7j/7 qui peuvent réaliser cet entretien, là encore quand la situation le nécessite, car les ivresses simples ne sont pas toujours de leur ressort.

Les auteurs précisent alors qu'il s'agit là d'un point sensible dans l'organisation de la plupart des SAU. En effet, « *la création des équipes de liaison en alcoologie et addictologie a contribué à décharger les urgentistes des questions « alcool» [...] Cependant, cette organisation n'est plus satisfaisante quand les équipes d'alcoologie de liaison ne sont pas présentes, les nuits et les week-ends, alors que les admissions pour IEA ont le plus souvent lieu à ces moments-là* ». Lorsque les équipes de liaison en addictologie (ELSA) sont présentes, un entretien, d'environ 15 minutes, est réalisé sur le principe de l'intervention brève. En fin d'entretien, une documentation est remise et une consultation ambulatoire avec un médecin addictologue ou un psychiatre est proposée. Cependant, il n'y a pas de suivi des orientations proposées, une fois que le jeune a quitté les urgences. Certains SAU, dans le cadre d'un protocole de recherche clinique, convoquaient systématiquement les jeunes, à distance, pour un entretien. Selon les auteurs, les jeunes acceptaient de refaire le point. Dans tous les cas, les médecins des différents SAU réalisaient un courrier, après acceptation du patient. Il était alors, la plupart du temps, remis en mains propres, ce qui n'impliquait pas forcément la remise au médecin traitant.

2.7.3 Prise en charge des IAA aux urgences de Saint André du CHU de Bordeaux

L'Hôpital Saint-André est situé en centre-ville de Bordeaux. Il est le plus ancien des bâtiments du C.H.U. et a été fondé au XIV^e siècle.

Les Urgences de Saint-André accueillent des patients en état d'ivresse alcoolique aigüe en général non compliquée, c'est à dire pour qui l'alcoolisation massive est le seul motif d'admission. Le service se compose de 9 box et 6 post-box.

Aux urgences Saint André, lorsqu'un jeune est admis en semaine pour IAA, il bénéficie d'une prise en charge médicale immédiate. Il reste généralement la nuit en surveillance pour dégrisement (s'il ne s'agit que d'une ivresse alcoolique aigüe non compliquée, ce qui est majoritairement le cas).

Il est ensuite réévalué au niveau médical par un médecin urgentiste, puis par une infirmière ou un médecin spécialisé en addictologie de l'équipe ELSA (Equipe de Liaison et de soins en Addictologie). Son retour se fait généralement en compagnie d'un proche ou de ses parents (obligatoire chez les mineurs).

Cependant, le weekend, la situation est différente. L'ELSA n'étant présente qu'aux jours et heures ouvrables, il arrive que de nombreux jeunes ne bénéficient pas d'évaluation addictologique. Faute de place et face à l'afflux massif de patients le weekend, il est quasi impossible de pouvoir garder ces jeunes plus de 24h dans le SAU, et ce, malgré les recommandations de l'ANAES. Certains jeunes sont aussi assez réfractaires à rester aux urgences lorsque la phase d'ébriété a cédé, et ne désirent pas rester jusqu'au lendemain ou tout le weekend pour être évalués par un addictologue.

Une étude sur un an, en 2010 [93], réalisée par une infirmière des urgences de Saint André montre que sur 504 admissions la nuit, pour IAA, entre 15 et 22 ans, 374 ont lieu jeudi-vendredi-samedi (soit environ 75% de ces admissions). Cette analyse montre que de nombreux jeunes admis pour IAA passent nécessairement à travers les mailles d'une évaluation addictologique.

Il existe, de plus, une équipe de liaison en psychiatrie disponible 7 jours sur 7 aux heures ouvrables. Celle-ci peut être sollicitée dans certaines situations où le mésusage d'alcool s'est accompagné d'une tentative d'autolyse, ou que l'alcoolisation massive s'est avérée chez un patient connu des services psychiatriques. Il est clairement démontré, à ce jour, que la consommation d'alcool est un facteur de risque de suicide. Il est donc évident que certains jeunes admis pour IAA nécessitent, avant tout, une prise en charge psychiatrique. La consommation importante d'alcool n'est alors que la face visible d'une véritable pathologie psychiatrique. Il est pourtant difficile, initialement, pour le médecin urgentiste, d'évaluer le véritable risque suicidaire des jeunes patients en état d'ébriété ou en période de dégrisement. Cette situation est d'autant plus complexe les soirs de semaine et de weekend, où l'équipe de liaison de psychiatrie n'est pas présente.

Le médecin de garde doit évaluer avec sa propre expérience, après dégrisement du patient, le risque suicidaire et juger de l'intérêt d'un transfert au SECOP.

Ce constat montre qu'un protocole de prise en charge addictologique et psychiatrique des ivresses alcooliques aiguës des jeunes doit être mis en place, et ce, notamment le weekend, période où les admissions pour IAA sont les plus importantes. Pendant l'absence d'ELSA, la mise en place d'outils de dépistage et d'un arbre décisionnel peut permettre de mieux orienter et prendre en charge ces jeunes le weekend.

2.7.4 Proposition de prise en charge des ivresses alcooliques aiguës dans le cadre d'une thèse

Comme précédemment vu, la majorité des jeunes admis pour IAA le sont les trois derniers jours de la semaine. Ce constat est général et se retrouve dans plusieurs études de prévalence [94].

Dans le cas où aucune mesure spécifique et standardisée n'est actuellement mise en place, et sachant que le passage aux urgences pour IAA est déjà un véritable facteur de risque de mésusage, un protocole de prise en charge semble utile à mettre en place, notamment le weekend, période où les admissions pour IAA sont les plus fréquentes.

Durant l'absence d'ELSA, la mise en place d'outils de dépistage et d'un arbre décisionnel peut permettre aux médecins urgentistes de mieux orienter et prendre en charge ces jeunes.

De plus, face à certaines IAA pathologiques cachant un problème avant tout psychiatrique, la mise en place d'un questionnaire standardisé permettrait d'orienter plus facilement les jeunes patients vers une filière psychiatrique.

En accord avec les recommandations et en s'aidant des différentes observations déjà réalisées et publiées dans la littérature, nous proposons de développer un protocole sur la prise en charge des ivresses des jeunes de 15 à 25 ans au décours de la phase aigüe. Cette étude va donc évaluer la faisabilité de ce protocole et les premiers changements observables, suite à sa mise en place.

3-METHODOLOGIE

3.1 Caractéristiques principales

Nous avons réalisé une étude de faisabilité dans le cadre d'une procédure de prise en charge des ivresses alcooliques aiguës des 15-25 ans aux urgences de l'hôpital Saint André du centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

Cette étude descriptive, prospective, uni centrique, analysée en intention de traiter s'est réalisée du 17 mai au 14 juillet 2013.

Afin de répondre au critère de jugement principal, ainsi qu'aux critères de jugement secondaire, l'étude s'appuie sur :

- une enquête transversale descriptive à l'inclusion des patients selon les critères retenus,
- une enquête transversale historique sur les patients de la même période de l'année précédente et retenus selon les mêmes critères,
- une enquête longitudinale de suivi des patients pris en charge dans les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ou en consultation jeunes consommateurs (CJC).

3.2 Mise en place du protocole

3.2.1 Population étudiée

Les critères d'inclusion correspondaient aux :

- Jeunes âgés de 15 à 25 ans ayant été admis pour ivresse alcoolique aiguë, aux urgences de l'hôpital Saint André du centre hospitalier universitaire de Bordeaux, avec une alcoolémie positive.

Les critères de non inclusion ont été l'ensemble des jeunes admis aux urgences de Saint André :

- dans le cadre d'un certificat de non hospitalisation (CNH) par les forces de l'ordre,
- pour tentative de suicide en état d'ivresse,
- pour ivresse aiguë compliquée nécessitant une prise en charge médico-chirurgicale,
- avec incapacité à être inclus dans le protocole,
- admis pour ivresse avec une alcoolémie négative.

Les patients étaient initialement pris en charge au niveau médical par l'équipe des urgences. Le score de Glasgow était noté. Une alcoolémie sanguine a été prélevée à chaque patient lors de cette phase. Après une phase de dégrisement, une réévaluation a été faite par un médecin sur place.

Une feuille de prise en charge réalisée pour le protocole (**Annexe 2**) était disponible avec un kit comprenant plusieurs éléments :

- un questionnaire ADOSPA individuel,
- un questionnaire vis-à-vis du risque suicidaire,
- une réglette d'évaluation des consommations à risques,
- un livret d'information à destination des jeunes,
- un carton avec les coordonnées des consultations jeunes consommateurs (CJC) : « Caan'abus » et ANPAA 33 (Association Nationale de prévention en alcoologie et en addictologie).
- Une feuille de rappel à l'attention des urgentistes à propos de l'intervention ultra brève.

3.2.2 Choix des différents outils

3.2.2.1 Le questionnaire ADOSPA

Lors de la phase d'évaluation addictologique, nous avons choisi le questionnaire ADOSPA afin de repérer les consommations problématiques pour :

- Sa validité et sa reproductibilité : comme précédemment décrit, il a déjà été utilisé dans certaines études et a montré sa fiabilité. Les recommandations de l'HAS de la commission d'audition de mai 2007 « abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins » préconisent l'utilisation de ce questionnaire pour le dépistage des consommations des jeunes [95].
- Sa réalisation rapide : composé de 6 questions à réponse dichotomique (oui/non). Le score global varie de 0 à 6. Il ne prend donc que peu de temps comparé à d'autres questionnaires, ce qui le rend adapté à un service d'urgence.

- Sa simplicité : l'ADOSPA permet de différencier deux niveaux de risque. Un usage à risque lorsque le score est inférieur à deux, et un usage nocif lorsque le score est supérieur ou égal à deux.
- Ses caractéristiques : Il est validé pour les jeunes âgés de 13 à 25 ans [74].

Le choix de ce questionnaire nous a donc paru le plus adapté dans cette situation.

3.2.2.2 Un questionnaire vis-à-vis du risque psychiatrique

Comme précédemment décrit l'alcool peut être la cause d'un passage à l'acte ou d'un équivalent suicidaire chez les jeunes.

Devant la prévalence de ces situations et la publication des dernières recommandations sur la prise en charge de l'IAA, il nous paraissait donc essentiel d'établir un questionnaire standardisé du risque suicidaire et psychiatrique chez ces jeunes lors de leur prise en charge par les médecins des urgences.

Cependant devant l'absence d'étude bien conçue aux urgences sur ce sujet au moment de la réalisation du protocole, nous n'avons pas pu utiliser un questionnaire déjà validé. Il existe à ce jour beaucoup de questionnaires d'évaluation du risque ou d'idéation suicidaire, mais ces derniers n'ont pas été utilisés dans des SAU, auprès d'une population jeune admise pour état d'ivresse.

Nous avons donc repris les différents facteurs de vulnérabilités psychiatriques déjà décrits pour cette population et nous les avons étudiés rétrospectivement. Le Docteur Xavier Pommerau (CHU de Bordeaux) psychiatre français, spécialiste de l'adolescence en difficulté est l'un des pionniers de la prévention du suicide chez les jeunes en France. Il a ouvert il y a vingt ans la première unité hospitalière spécifiquement dédiée aux jeunes suicidants.

Il définit chez les plus jeunes, le risque suicidaire dans un contexte d'alcoolisation selon 5 axes [96]:

- L'IAA chez un **jeune âgé de moins de 15 ans** est un facteur de risque de vulnérabilité psychiatrique.
- La présence d'**antécédents** de tentative de suicide, de maladie psychiatrique, d'hospitalisations antérieures en psychiatrie.
- La présence de **conduites de ruptures et le cumul** de celles-ci.
- L'**intensité** de l'état d'ivresse. Plus celle-ci est importante plus le risque de vulnérabilité psychiatrique est élevé.
- Le **sexe féminin**. L'IAA serait plus à risque de vulnérabilité psychiatrique chez les individus féminins que chez les individus masculins.

Nous nous sommes aidés de ces différents facteurs mis en évidence, que nous avons associés à d'autres éléments qui ont été reconnus dans certaines études sur le risque suicidaire chez les jeunes en général [97,98,99].

Le questionnaire est divisé en 2 thèmes : **antécédents** et **conduites de ruptures et cumuls**. (**Annexe 3**). Pour chaque thème le questionnaire décrit les éléments importants (qui pouvaient être abordés par des questions déjà élaborées). La présence d'éléments dans l'un des deux thèmes nécessitait une prise en charge psychiatrique initiale.

3.2.2.3 Autres outils utilisés

- **Une réglette d'évaluation des consommations** (alcoolémie sanguine en fonction du nombre de verre pris, du sexe, et du poids) était présentée et donnée au patient pour le sensibiliser de manière plus ludique à sa consommation d'alcool. Cette réglette a été conçue par le service interuniversitaire de médecine préventive et de santé de Bordeaux (**Annexe 4**).
- **Un carton d'information et de coordonnées du CJC Caan'abus et de l'ANPAA 33** (**Annexe 5**).

- **Un livret d'information « Alcool vous en savez quoi ? »** réalisé par l'ANPAA et l'INPES. Ce livret de 16 pages, s'adresse aux jeunes et vise à leur transmettre des informations objectives sur l'alcool pour les aider à faire le meilleur choix pour eux-mêmes. Elle décrit les effets de l'alcool sur l'organisme et en particulier sur le cerveau, rappelle le principe des équivalences, et aborde les risques à court et long termes. Enfin, cette brochure invite les jeunes à s'interroger sur leur propre consommation et délivre quelques conseils et adresses/contacts utiles sur la question (*Annexe 6*).
- **Un récapitulatif des principes de base de l'intervention ultra-brève**, à l'attention des urgentistes (*Annexe 7*).

3.2.3 Déroulement du protocole

Après une phase de dégrisement, une évaluation de la consommation du jeune par le questionnaire ADOSPA a été réalisée. L'évaluation d'une prise en charge psychiatrique initiale a été secondairement réalisée à l'aide du questionnaire conçu pour l'étude. Après cette phase, quatre situations étaient possibles :

→QUESTIONNAIRE DU RISQUE PSYCHIATRIQUE POSITIF :

Le jeune était vu en priorité par l'équipe psychiatrique et ce quelque soit son score au test ADOSPA. Cette prise en charge s'est faite par l'intermédiaire de l'équipe de liaison de psychiatrie. Si malgré cela, l'indication d'une prise en charge psychiatrique n'était pas retenue, il était à nouveau pris en charge au niveau addictologique par les urgentistes ou l'ELSA selon leur présence.

→QUESTIONNAIRE DU RISQUE PSYCHIATRIQUE NEGATIF ET ELSA PRESENTE :

La semaine l'ELSA prenait en charge tous les patients et assurait, comme à son habitude l'évaluation addictologique quelque soit le score ADOSPA.

→ QUESTIONNAIRE DU RISQUE PSYCHIATRIQUE NEGATIF ET ELSA ABSENTE :

Cette situation se retrouvait le weekend ou aux heures non ouvrables :

-**Le questionnaire ADOSPA était inférieur à deux** : le jeune était donc considéré comme usager à risque. Il recevait une information ultra brève de la part du personnel médical avec remise d'un livret d'information et d'un carton de coordonnées des CJC avant sa sortie. L'intervention ultra brève réalisée par les urgentistes ne nécessitait pas de formation spéciale au préalable. Cependant une feuille de rappel décrivant les principaux éléments de cette intervention était disponible.

-**Le questionnaire ADOSPA était supérieur ou égal à deux**: le jeune était donc considéré usager nocif et devait donc bénéficier d'une prise en charge spécialisée. Le jeune bénéficiait de la même procédure que précédemment, mais le dossier était mis de côté pour qu'il puisse être recontacté à distance par l'ELSA. Lors de l'entretien téléphonique des patients avec l'ELSA, une réévaluation rapide était réalisée. L'ELSA reprenait avec le jeune les éléments clefs de son passage aux urgences. A la fin de l'entretien, un rendez vous lui était proposé.

A la fin de la prise en charge pour ces quatre situations, le protocole était considéré comme réalisé en entier.

Il était notifié sur la feuille de prise en charge réalisée, pour le protocole :

- L'identité, Glasgow et alcoolémie sanguine à l'entrée du patient.
- Le score ADOSPA.
- La nécessité d'une prise en charge initiale psychiatrique.
- La présence d'ELSA en fonction du jour et de l'heure, ainsi que son orientation.
- Le numéro de téléphone en cas d'absence de l'ELSA.

L'ELSA notifiait ensuite au verso la prise en charge réalisée par ses soins. Tous les patients ont reçus en mains propres un courrier à l'attention du médecin traitant, à l'exception des mineurs (donné au responsable légal).

3.2.4 Présentation des acteurs de l'étude

-Equipe médicale et para médicale : Composée de médecins, infirmières, internes, externes, aides soignants et brancardiers. La semaine on compte deux médecins, deux internes, trois externes, cinq infirmiers, trois aides soignants, un agent des services hospitaliers, et un brancardier. Le soir, lors des gardes, on compte deux médecins (puis qu'un à partir de minuit la semaine, et aussi pour les gardes de weekend), deux internes, trois externes, quatre infirmiers et quatre aides soignants.

-Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de Saint André : Composée de deux infirmières alcoologues, un gastro-entérologue, un addictologue, deux assistantes sociales, un psychiatre, et deux secrétaires chargée d'accueil. Elle travaille sur la prise en charge, le bilan et l'orientation des personnes souffrant de pathologies addictives. Cette équipe est disponible aux urgences la semaine aux heures et jours ouvrables.

-L'ANPAA 33 : L'association Nationale de prévention en alcoologie et en addictologie qui propose des consultations pour écouter (consultation jeunes consommateurs), orienter et informer les patients présentant des conduites addictives ou des consommations problématiques. Elle est composée de médecins, psychologues et infirmiers.

-Caan'abus : situé près de la place Fernand Lafargue, est un centre CJC (consultation jeunes consommateurs). Ce lieu anonyme et gratuit est ouvert pour les jeunes et les adultes confrontés à des problèmes d'addiction en tout genre. Ce centre est composé de deux éducateurs spécialisés, de trois psychologues (dont un tabacologue). C'est un lieu d'écoute, d'information, d'orientation, d'auto-évaluation, de documentation et de consultation. Notons qu'on dénombre en Gironde 6 CJC au total [100].

-Equipe mobile de psychiatrie : Composée de deux infirmières et un psychiatre, elle assure la prévention et le repérage précoce des besoins en santé mentale. Elle permet l'orientation et l'accès au dispositif de soins en psychiatrie. Cette équipe est disponible aux urgences aux heures ouvrables tous les jours de la semaine.

3.3 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'un protocole de prise en charge des jeunes alcoolisés de 15-25 ans aux urgences de l'hôpital Saint André.

D'autres objectifs secondaires ont été définis :

- Evaluer les consommations et le risque de mésusage d'alcool chez les jeunes admis pour IAA aux urgences.
- Evaluer le risque de vulnérabilité psychiatrique chez les jeunes admis pour IAA aux urgences.
- Déterminer l'efficacité du protocole en terme de nombre d'orientations addictologiques et/ou psychiatriques nécessaire par rapport à l'année dernière pour la même période.

3.4 Critères de jugement

Le **critère de jugement principal** était défini par la proportion de jeunes admis aux urgences pour IAA et ayant bénéficié du protocole complet. Nous avons donc comparé le nombre d'admissions pour IAA avec le nombre de fiches remplies de prise en charge avec le protocole. Nous nous sommes intéressés secondairement au nombre de patients ayant bénéficié du protocole et l'ayant reçu en entier. Si cela n'était pas le cas, nous avons recherché la cause du déroulement incomplet du protocole.

Afin de mieux évaluer la faisabilité du protocole, nous avons fini l'étude par un questionnaire d'évaluation des opinions. Ce questionnaire (**Annexe 8**) anonyme a été distribué aux urgentistes et à l'ELSA. Il a été réalisé après l'étude. Il a été discuté avec des urgentistes, avant sa distribution, de la pertinence des questions posées. Les questions se sont focalisées sur la connaissance et la faisabilité du protocole (utilité, viabilité, temps de réalisation,...). Nous avons évalué l'intérêt du questionnaire psychiatrique, afin de déterminer sa véritable place dans un protocole de prise en charge globale d'un jeune admis pour IAA aux urgences. Enfin, une réflexion, par l'intermédiaire de propositions libres, était demandée aux sondés dans le but d'améliorer la prise en charge de ces jeunes.

Les **critères de jugement secondaires** étaient définis par :

- La proportion de jeunes admis pour IAA et ayant bénéficié d'une prise en charge par l'ELSA la semaine.
- La proportion de jeunes admis le week-end avec un ADOSPA \geq 2 et ayant bénéficié d'un rendez-vous après contact téléphonique avec l'ELSA. Pour cela, nous avons contacté l'ELSA afin de déterminer le nombre de rendez-vous pris après contact téléphonique.

- Le nombre d'orientations psychiatriques réalisées chez les patients présentant une vulnérabilité avec le questionnaire approprié.
- Le nombre de patients étant passés aux CJC après passage aux urgences pour IAA et ayant bénéficié du protocole. Nous avons donc comparé les noms des différents patients admis et ayant bénéficié du protocole avec ceux vu en rendez-vous par l'ANPAA et Canna'abus. Cette analyse s'est faite sur la période de l'étude pour l'ANPAA et jusqu'au 10 septembre 2013 pour Canna'abus.
- La comparaison du nombre d'orientations psychiatriques et addictologiques chez les jeunes admis pour IAA entre la période du protocole et la même période l'année précédente. Nous avons donc analysé tous les dossiers des patients admis l'année dernière afin de déterminer si une orientation psychiatrique et/ou addictologique avait été réalisée.

3.5 Analyse et recueil des données

Le recueil des données s'est fait par l'intermédiaire de la feuille de prise en charge réalisée pour le protocole.

De plus, nous avons utilisé la base de données du logiciel Dx Care© (DXC-33) utilisé au CHU de Bordeaux (qui sert pour la réalisation des observations, le suivi médical, et le codage PMSI entre autre).

Nous avons donc récupéré toutes les entrées comprises entre le 17 mai et le 14 juillet pour l'année 2012 et 2013, des jeunes de 15 à 25 ans avec le codage PMSI F100, qui correspond à « ivresse alcoolique aigue ».

Afin de ne pas méconnaître des entrées codées autrement mais correspondant à des IAA véritables, nous avons repris le cahier des admissions des urgences sur cette période, pour l'année 2012 et 2013. Nous avons pu par ce moyen récupérer l'ensemble des admissions pour IAA.

3.6 Méthodes statistiques

Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyennes et de médianes et les variables qualitatives en termes de pourcentages. Pour pouvoir déterminer s'il existait des différences significatives entre les différents groupes étudiés, nous avons utilisé les tests statistiques suivants :

- Test de Student pour comparer les moyennes, lorsqu'il s'agissait de variables quantitatives.
- Test du Chi² pour comparer les proportions, lorsqu'il s'agissait de variables qualitatives.

Le seuil de signification retenu était inférieur à 0.05 pour tous les tests.

3.7 Modalités éthiques et réglementaires

Tous les patients ont été informés que les données recueillies feraient l'objet d'une étude. Nous n'avons pas recueilli de données nominatives. La déclaration au CNIL n'a donc pas été nécessaire. L'étude est une simple observation de la pratique des médecins investigateurs.

4-RESULTATS

4.1 Population étudiée

4.1.1 Nombre d'admissions pour IAA et nombre de patients inclus

Lors de la période de l'étude comprise entre le 17 mai 2013 et le 14 juillet 2013, le nombre d'admissions enregistrées pour ivresse alcoolique aiguë des patients âgés de 15 à 25 ans était de 120 patients.

La prévalence des IAA, tous âges confondus, sur le nombre total d'entrées était de 14,65%. Les jeunes âgés de 15-25 ans représentaient 25,69% des admissions pour IAA. Pour les 18-25 ans, elle était de 20,12%.

La prévalence des 15-25 ans admis en état d'ivresse sur le nombre total d'entrées aux urgences, pendant la période étudiée, correspondait à 3,61%. Pour les 18-25 ans elle était de 2,94%.

Sur ces 120 patients, 41 patients n'ont pas été inclus dans l'étude (**Schéma 1**). Ils correspondaient aux :

- Patients admis pour IAA dans le cadre d'un CNH (**n=14**).
- Patients admis pour IAA dans le cadre d'une IMV associée et objectivée (**n=12**).
- Patients avec une alcoolémie négative: intoxication au cannabis, ou autre toxique isolé (**n=7**).
- Patients avec incapacité à être inclus dans le protocole : patients en état d'ivresse ne parlant français et ne vivant pas en France (**n=2**), et patients ayant fugué avant la mise en place du protocole (**n=6**).

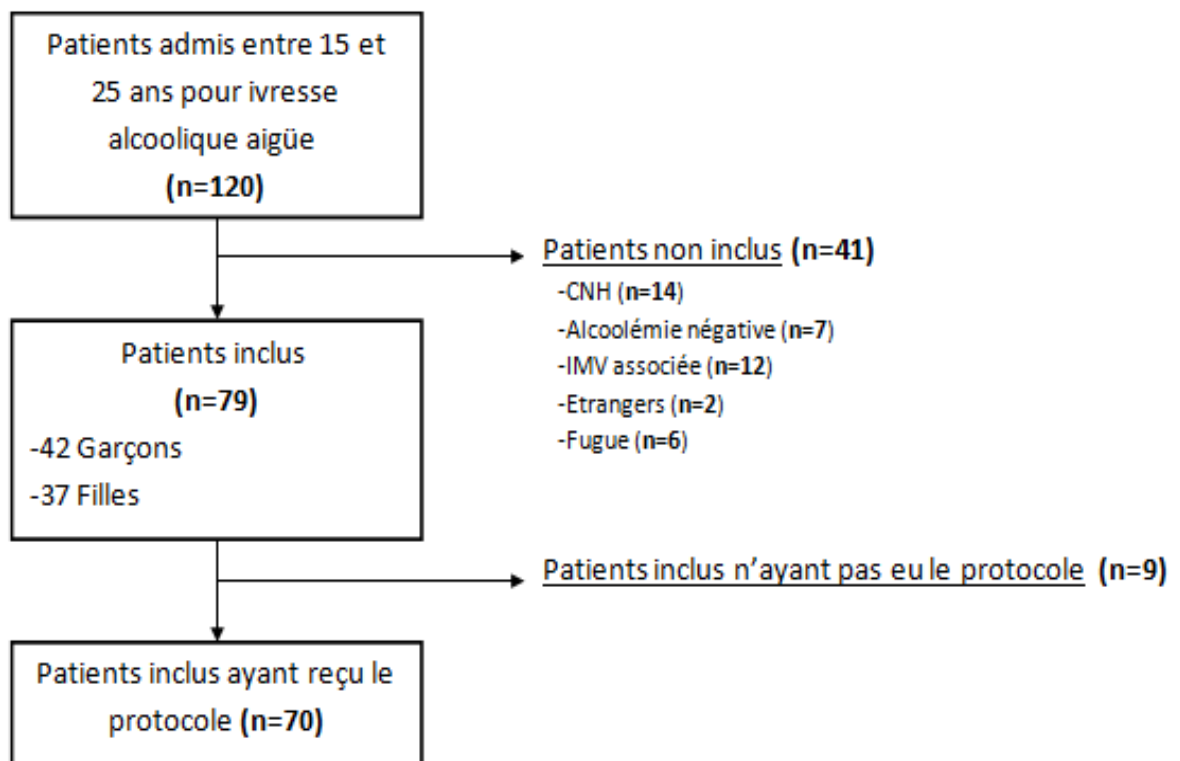
Au total, **79 patients** ont été inclus dans l'étude et 70 ont bénéficié du protocole. Le temps moyen passé aux urgences de ces patients était de 480,5 minutes, soit 8 heures et 30 minutes. Sur 79 patients inclus :

- 25 patients ont été admis la semaine dont 13 le jeudi soir.
- 54 patients ont été admis le weekend (68,3% des patients admis au total).

4 patients inclus présentaient une hospitalisation antérieure pour IAA.

Schéma 1 :

Schéma de l'étude



CNH : certificat de non hospitalisation ; IMV : intoxication médicamenteuse volontaire

4.1.2 Caractéristiques de la population étudiée

4.1.2.1 Répartition selon le sexe et l'âge

Le sex-ratio était de 1,13 avec 42 garçons et 37 filles. Il n'y avait pas de différence significative entre le nombre de filles et de garçons ($p=0,81$).

L'âge moyen total était de 20,1 ans, avec un âge moyen de 20,37 ans pour les filles, et 19,9 ans pour les garçons (**Tableau 1**). Il n'y avait pas de différence significative entre les filles et les garçons ($p=0,39$).

Tableau 1 :

Répartition des âges des admissions en 2013

Âges (années)	Garçons n (%)	Filles n (%)	Total n (%)
15	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (2,6)
16	3 (3,8)	2 (2,5)	5 (6,3)
17	3 (3,8)	2 (2,5)	5 (6,3)
18	4 (5)	5 (6,3)	9 (11,4)
19	7 (8,9)	2 (2,5)	9 (11,4)
20	9 (11,4)	4 (5)	13 (16,4)
21	4 (5)	9 (11,4)	13 (16,4)
22	4 (5)	5 (6,3)	9 (11,4)
23	4 (5)	3 (3,8)	7 (8,9)
24	2 (2,5)	3 (3,8)	5 (6,3)
25	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (2,6)
Total	42 (53)	37 (47)	79 (100)

4.1.2.2 Alcoolémie et score de Glasgow lors de l'admission

Lors du protocole nous avons demandé de réaliser des alcoolémies sanguines à tous les patients inclus dans l'étude (**Tableau 2**). Sur les 79 patients inclus, 12 patients n'ont pas eu d'alcoolémie sanguine à l'entrée : 6 patients n'ont bénéficié d'aucune mesure d'alcoolémie (ou celle-ci n'a pas été notée), et 6 patients ont bénéficié seulement d'une alcoolémie en air expirée.

Nous avons donc calculé l'alcoolémie sanguine pour les 6 patients dépistés seulement par l'éthylotest. Il est convenu que l'alcoolémie expirée correspond environ à 0,5 fois l'alcoolémie sanguine [101]. Nous avons donc utilisé ce facteur afin de déterminer l'alcoolémie sanguine théorique de ces 6 patients.

La moyenne d'alcoolémie à l'entrée était de 2,08 g/l, avec une médiane à 2 g/l. La moyenne chez les garçons était de 2,11 g/l contre 2,04 g/l pour les filles. Il n'y avait pas de différence significative entre l'alcoolémie des filles et des garçons à l'admission ($p=0,7$).

La moyenne des Glasgow à l'entrée était de 14,2 avec une médiane à 15.

Tableau 2 :

Répartition des alcoolémies observées en 2013

Alcoolémie (g/L)	Garçons n (%)	Filles n (%)	Total n (%)
<0,5	0 (0)	0 (0)	0 (0)
0,5 à 1	3 (3,8)	3 (3,8)	6 (7,6)
1 à 1,5	7 (8,9)	5 (6,3)	12 (15,2)
1,5 à 2	7 (8,9)	8 (10)	15 (19)
2 à 2,5	10 (12,6)	14 (18)	24 (30,6)
2,5 à 3	4 (5)	4 (5)	8 (10)
> 3	6 (7,6)	2 (2,5)	8 (10)
NON FAIT	5 (6,3)	1 (1,3)	6 (7,6)
Total	42 (53)	37 (47)	79 (10)

4.2 Critère de jugement et objectif principal de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'un protocole de prise en charge des IAA des jeunes aux urgences. Sur les 79 patients inclus, 70 ont bénéficié du protocole **soit 88,6%**. Sur les 70 patients, 49 ont bénéficié du protocole entier, soit **62% des patients**. Les causes qui ont conduit 21 patients à ne pas bénéficier du protocole en entier sont (**Schéma 2**):

- Refus de prise en charge (**n=4**).
- Faux numéro de téléphone du patient laissé lors du rappel d'ELSA des patients admis le weekend (**n=6**).
- Prise en charge psychiatrique réalisée, mais absence de prise en charge addictologique réalisée (P+E- ; **n=3**).
- Prise en charge addictologique réalisée, mais absence de prise en charge psychiatrique réalisée et justifiée au vu du questionnaire de fragilité psychiatrique (P-E+ ; **n=4**).
- Pas de rappel par ELSA chez un patient avec un ADOSPA \geq 2 ayant été admis le weekend (E- ; **n=4**).

Les 7 patients non vus par ELSA (P+E- avec **n=3** et E- avec **n=4**) correspondent à deux situations :

- Impossibilité de prise en charge, faute de temps, par une infirmière d'ELSA le lundi 8/07/2013 (11 orientations addictologiques sur 19 patients aux urgences, dont 7 ivresses chez des alcooliques chroniques connues de plus de 25 ans. Les 4 autres IAA de moins de 25 ans n'ont donc pas pu être rappelés par l'infirmière d'ELSA).
- Pas d'ELSA le vendredi 12 juillet suite à un arrêt maladie d'un des infirmières de liaison (3 IAA non prises en charge).

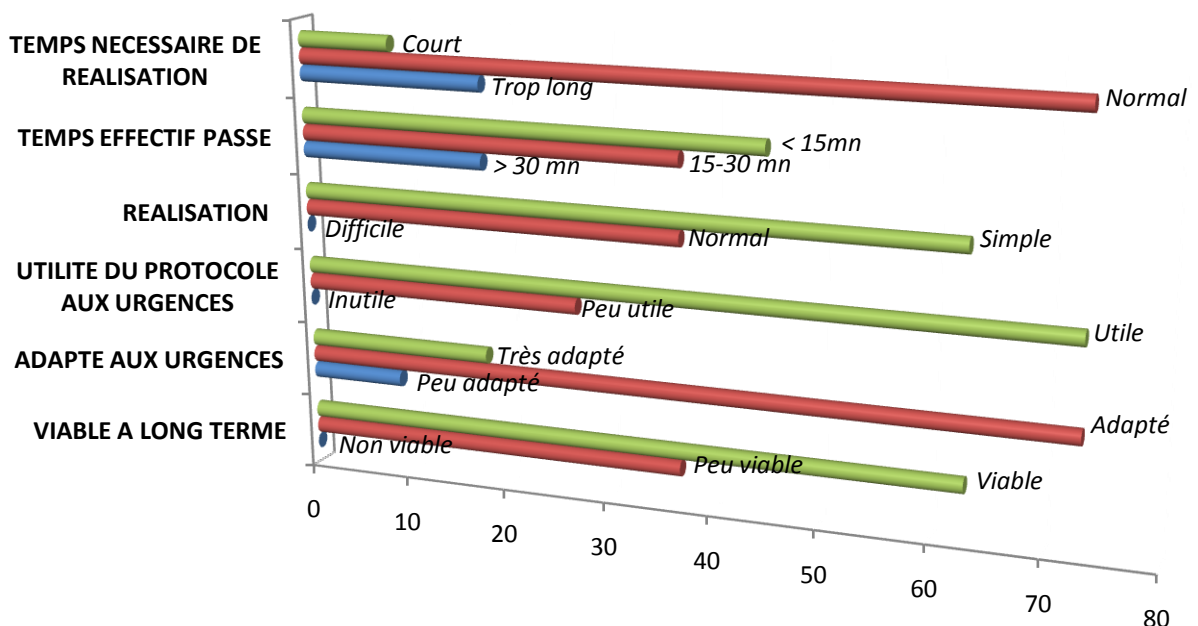
Sur 12 médecins urgentistes et 2 IDE d'ELSA travaillant à Saint André, nous avons pu récupérer 11 questionnaires (**Annexe 8**), soit 78,57% de taux de retours.

Pour l'ensemble des sondés, le nombre d'IAA des jeunes aux SAU est un réel problème. Pour 45% des sondés, la prise en charge globale de ces IAA aux urgences est satisfaisante alors que 55% la pense non satisfaisante (avant la mise en place du protocole). Cependant, l'ensemble des personnes interrogées s'accorde à penser qu'il est utile de mettre en place un protocole de prise en charge vis-à-vis des admissions pour IAA, des jeunes aux urgences au niveau du risque addictologique et/ou psychiatrique. L'ensemble des personnes avait pris connaissance du protocole mis en place, entre mai et juillet 2013, et avaient tous pu inclure des patients.

Les différentes réponses données vis-à-vis des caractéristiques du protocole sont détaillées dans l'**histogramme 1**.

Histogramme 1 :

Avis de l'équipe médicale et d'ELSA vis-à-vis du protocole (en %)



Pour 80% des personnes interrogées, ce protocole a plutôt amélioré leur prise en charge globale des jeunes en état d'ivresse.

L'ensemble des sondés admettent que le questionnaire de vulnérabilité psychiatrique a un intérêt, car il permet :

- Une meilleure prise en charge globale (30% des sondés).
- Un meilleur ciblage des patients à risque psychiatrique (40% des sondés).
- Une meilleure détection des sujets vulnérables au niveau psychiatrique (20% des sondés).

Vis-à-vis des points à améliorer dans la prise en charge globale aux urgences de ces patients les sondés proposent :

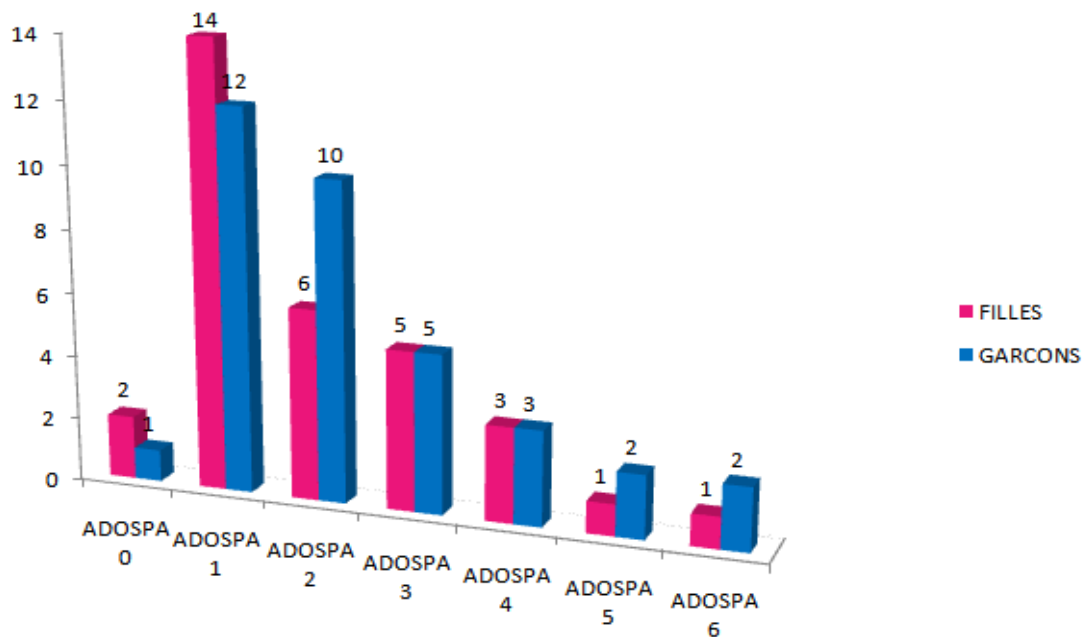
- La présence d'ELSA le weekend et les jours fériés.
- La formation du personnel médical et paramédical pour la prise en charge addictologique et psychiatrique des IAA des 15-25 ans.
- La systématisation du protocole.
- La systématisation des avis ELSA pour toutes les IAA.

4.3 Critères de jugements et objectifs secondaires de l'étude

4.3.1 Orientation addictologique

Sur les 70 patients inclus ayant bénéficié du protocole, nous avons récupéré 67 scores ADOSPA (3 patients inclus la semaine ayant bénéficié du protocole sans score ADOSPA noté). La répartition des scores ADOSPA selon le sexe est définie dans **l'histogramme 2**.

Histogramme 2 : Répartition des ADOSPA selon le sexe



La moyenne totale des scores ADOSPA enregistrés était de 2,16 avec une médiane à 2.

Le nombre d'admissions pour IAA avec :

- un ADOSPA < 2 était de 29 patients (soit 43,2% des ADOSPA enregistrés).
- un ADOSPA ≥ 2 était de 38 patients (soit 57,8% des ADOSPA enregistrés).

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,29$).

Le nombre d'admission chez les filles avec :

- un ADOSPA<2 était de 16.
- un ADOSPA≥2 était de 16.

Le nombre d'admissions chez les garçons avec :

- un ADOSPA<2 était de 13.
- un ADOSPA≥2 était de 22.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,13$).

Vis-à-vis des différentes réponses à l'ADOSPA apportées par les jeunes, on retrouve
(Histogramme 3) :

-20,96% de personnes ayant répondu positivement à la question 1,

-43,54% de personnes ayant répondu positivement à la question 2,

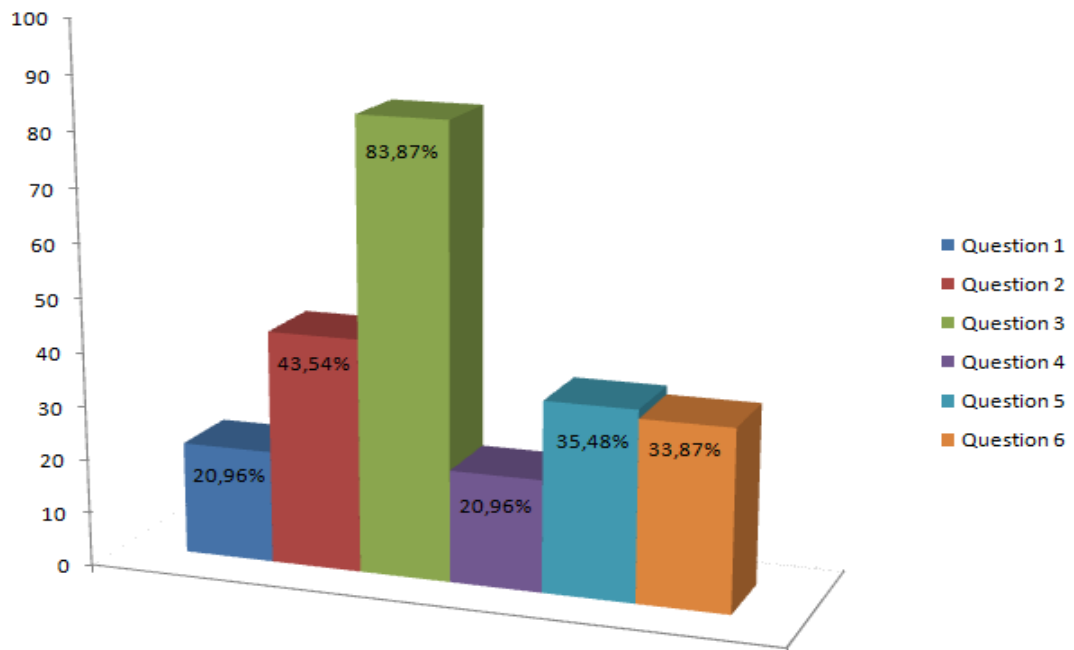
-83,87% de personnes ayant répondu positivement à la question 3,

-20,96% de personnes ayant répondu positivement à la question 4,

-35,48% de personnes ayant répondu positivement à la question 5,

-33,87% de personnes ayant répondu positivement à la question 6.

Histogramme 3 : Répartition des réponses données à l'ADOSPA (en %)



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

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

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

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

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

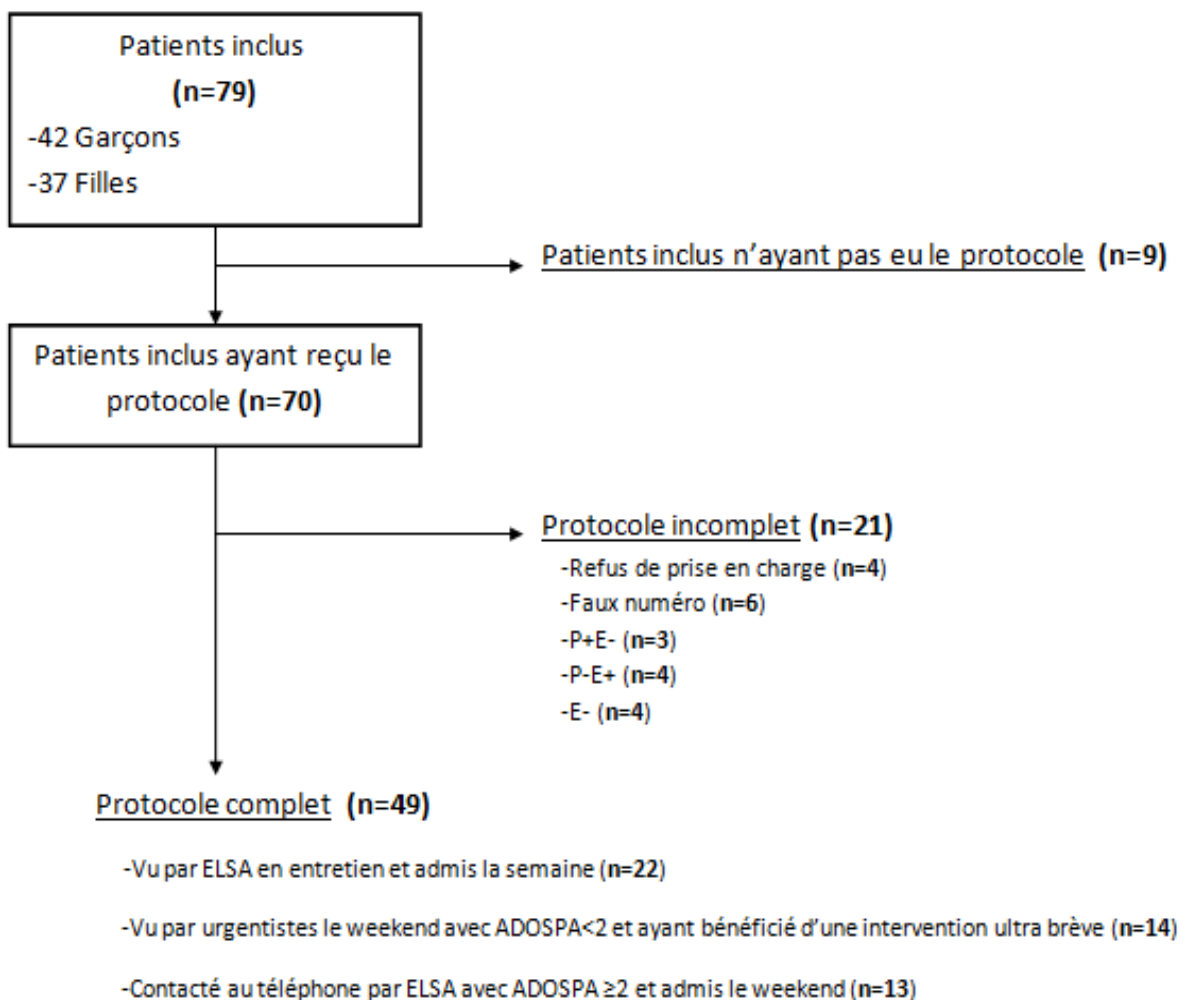
QUESTION 6. Vos Amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou de drogue(s) ?

Sur les 49 patients ayant bénéficié du protocole en entier, l'ELSA a réalisé (**Schéma 2**) :

- 22 entretiens la semaine.
- 13 entretiens téléphoniques avec les patients admis initialement le weekend avec un ADOSPA \geq 2.

Schéma 2 :

Schéma de l'étude avec réalisation du protocole entier ou incomplet



P+E- : Prise en charge psychiatrique réalisée, mais absence de prise en charge addictologique réalisée ;

P-E+ : Prise en charge addictologique réalisée, mais absence de prise en charge psychiatrique réalisée et justifiée au vue du questionnaire de fragilité psychiatrique ;

E- : Pas de rappel par ELSA chez un patient avec un ADOSPA \geq 2 ayant été admis le week-end.

Sur les 13 entretiens téléphoniques réalisés par l'ELSA (avec des patients admis le weekend et présentant un ADOSPA \geq 2). Aucun n'a désiré revenir en consultation après cet entretien téléphonique.

En analysant le listing de l'ANPAA pendant la période de l'étude, aucun patient inclus ne s'est présenté, après son passage aux urgences.

En analysant le listing des patients vus à CAANABUS, jusqu'au 10/09/2013, aucun patient de l'étude ne s'est présenté après son passage aux urgences.

4.3.2 Orientation psychiatrique

Sur les 70 patients ayant bénéficié du protocole, 14 présentaient un risque de vulnérabilité psychiatrique repéré par le questionnaire approprié (soit 17,72% des patients admis pour IAA et inclus dans l'étude) ; 12 d'entre eux ont été vus par un psychiatre .

En analysant les observations médicales, les causes de vulnérabilités retrouvées sont par ordre de fréquence:

- des antécédents d'hospitalisations en psychiatrie,
- des contextes familiaux difficiles,
- des conflits récents avec le conjoint(e).

Le sex-ratio était de 1,8 (9 filles pour 5 garçons). Après avis psychiatriques, 4 d'entre eux sont partis au SECOP. Ces jeunes ont été transféré pour deux raisons :

- Idées suicidaires.
- Décompensation concomitante d'un trouble psychiatrique sous jacent connu.

4.3.3 Comparaison de la prise en charge des IAA avec la période du 17/05/2012 au 14/07/2012

4.3.3.1 Caractéristiques de la population

Nous avons pu rétrospectivement recenser 148 admissions pour IAA durant la période du 17/05/2012 au 14/07/2012 concernant des jeunes âgés entre 15 et 25 ans (**Histogramme 4**).

La prévalence des IAA, tous âges confondus, sur le nombre total d'entrées était de 15,27%. Les jeunes âgés de 15-25 ans représentaient 31,62% des admissions pour IAA. Pour les 18-25 ans, elle était de 25,85%.

La prévalence des 15-25 ans admis en état d'ivresse sur le nombre total d'entrées aux urgences, pendant la période étudiée, correspondait à 4,83%. Pour les 18-25 ans elle était de 3,88%.

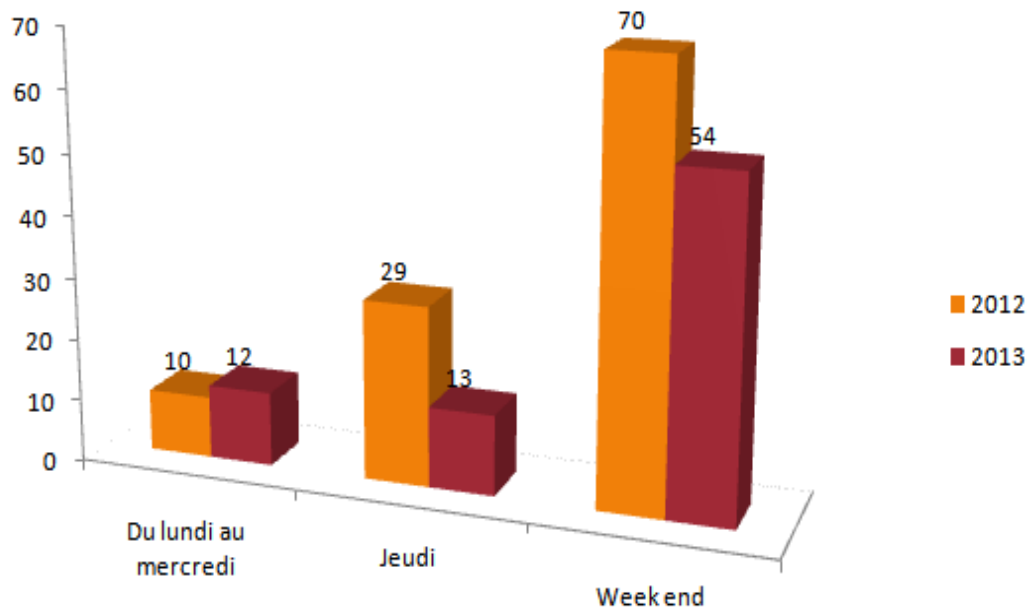
Au total, 109 patients sur cette période présentaient les mêmes critères d'éligibilité (**Schéma 3**), soit 53 filles et 56 garçons. Les admissions se sont déroulées pour :

- 39 patients, la semaine, dont 29 le jeudi soir.
- 70 patients, le weekend (soit 64% des patients totaux).

Le nombre d'admissions a été significativement plus important en 2012 qu'en 2013 ($p=0,03$). Il n'y avait pas de différence significative vis-à-vis du nombre d'admissions le weekend entre 2012 et 2013 ($p=0,06$).

Histogramme 4 :

Répartition des entrées selon le jour de la semaine du 17/05 au 14/07 pour l'année de 2012 et 2013 (en %)



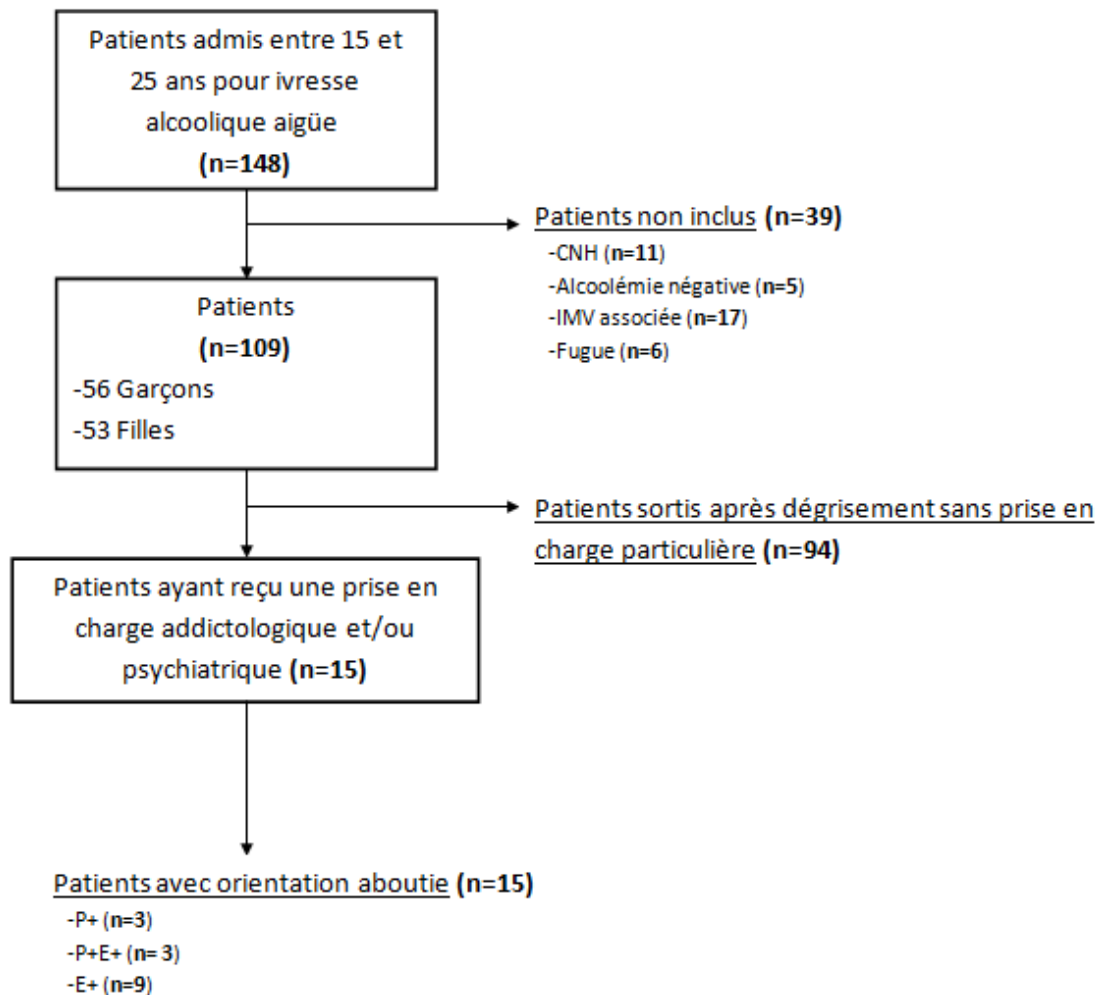
Le temps moyen passé aux urgences était de 396 minutes soit 6 heures 36 pour les 109 patients. Ce temps a été significativement moins élevé qu'en 2013 ($p=0,01$).

La moyenne d'âge était de 19,9 ans (19,75 pour les garçons et 20 ans pour les filles). Il n'y avait pas de différence significative pour le sexe ($p=0,81$) et l'âge (entre les filles et les garçons) sur l'année 2012 et entre l'année 2012 et 2013 ($p=0,61$).

Les taux d'alcoolémie n'ont pas été mesurés de manière systématique en 2012. Nous avons décidé, lors de la mise en place du protocole, de mesurer les alcoolémies de tous les patients vus en 2013. Cependant l'absence d'alcoolémie mesurée, de manière systématique et notée sur les observations en 2012, n'est pas préjudiciable. D'après les recommandations officielles [84], cette mesure n'est pas systématique (le diagnostic est clinique) et reste essentiellement utile en cas de doute d'une véritable imprégnation éthylique. Nous n'avons pas pu comparer les alcoolémies de 2012 à 2013.

Schéma 3 :

Répartition des patients admis pour IAA du 17/05/2012 au 14/07/2012



CNH : certificat de non hospitalisation ; IMV : intoxication médicamenteuse volontaire ;

P+ : Prise en charge psychiatrique réalisée ;

P+E+ : Prise en charge addictologique et psychiatrique réalisée ;

E+ : Prise en charge addictologique réalisée.

4.3.3.2 Evaluation du nombre d'orientation addictologique et/ou psychiatrique réalisé pendant cette période

Le manque de données sur les observations n'a pas pu nous permettre de définir pour chaque patient l'indication d'une prise en charge addictologique et/ou psychiatrique selon les critères de l'étude de 2013.

Nous avons pu tout de même comparer le nombre d'entretiens réalisé la semaine par l'ELSA entre 2012 et 2013. On note une différence significative ($p < 0,0001$) avec 12 entretiens en 2012 contre 22 en 2013. Les entretiens téléphoniques des patients en 2013 n'ont pas été comparés, car il n'existait pas de prise en charge spécifique addictologique en 2012 le weekend.

Sur l'ensemble des patients étudiés, 94 patients n'ont reçu aucune prise en charge spécialisée. Au total, 12 patients sur 109 ont pu être vus par l'ELSA.

Le nombre d'IAA dans un contexte de vulnérabilité psychiatrique (selon les antécédents notés sur certaines observations) correspondait à 14 patients (soit 12,84% du total des patients étudiés). Sur ces 14 patients, 6 patients ont été vu par les psychiatres. Les principales caractéristiques de chaque période pour l'année 2012 et 2013 et décrite dans le **tableau 3**.

Tableau 3 :

Comparaison des données entre 2012 et 2013

Année	2012	2013
Taux d'admissions des 15-25 ans		
pour IAA sur nombre total d'entrées (%)	4,83	3,61
Patients inclus (n)		
-Filles	53	37
-Garçons	56	42
-Total	109*	79* ($p=0,03$)
Admission le weekend (n)		
	70	54
Moyenne d'âge (années)		
-Filles	20	20,37
-Garçons	19,75	19,9
-Total	19,9	20,12
Temps moyen passé		
aux urgences (heures)	6h36*	8h30* ($p=0,01$)
Nombre de patients vus par ELSA (n)		
- semaine	12*	22* ($p<0,0001$)
-contact téléphonique	X	13
- Entretiens psychiatriques (n)		
	6	12

5-ANALYSE ET DISCUSSION

5.1 Analyse de la population étudiée

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE:

- **La prévalence des admissions aux urgences de Saint André pour IAA des jeunes âgés entre 15 et 25 ans est de 3,61% dans notre étude en 2013.**
- **Les patients sont admis majoritairement les weekends (68,3%).**
- **La moyenne d'âge des patients admis est de 20,1 ans.**
- **L'alcoolémie moyenne des jeunes admis est de 2,08 g/l.**

Une admission pour IAA sur quatre en 2013 concernait un jeune âgé entre 15 et 25 ans (25,69%). La prévalence de ces admissions sur le nombre total de patients hospitalisés reste élevée (3,61% en 2013 et 4,83% en 2012). Devant ces chiffres, la prise en charge de ces jeunes au SAU devient, d'autant plus, une priorité.

La récente publication de l'institut national de veille sanitaire [102], à propos des données du réseau Oscour®, ne retrouve pas ces mêmes statistiques. Le réseau Oscour® repose sur la participation volontaire des services d'urgence informatisés en France, qui transmettent quotidiennement à l'Institut de veille sanitaire (InVS) leurs données. L'étude s'est intéressée aux passages en SAU, comportant le code PMSI F100 (ivresse alcoolique aiguë), recensés au cours de l'année 2011. Le réseau couvrait plus de 300 établissements, correspondant à plus de la moitié de l'activité des services d'urgence en France. Le nombre de passages aux urgences pour IAA était de 100 404, tous âges confondus (1% de l'ensemble des passages aux urgences). Les 15-24 ans représentaient 17% de ce taux. Les variations annuelles faisaient apparaître deux pics dans l'année chez les 15-24 ans : le 1er janvier et le 22 juin (qui se situe le lendemain de la Fête de la musique).

Chez les 10-24 ans, deux pics étaient également observés au cours de l'année : en juin, ce qui correspond à la fin de l'année scolaire/universitaire et inclut la Fête de la musique, et en octobre, ce qui peut correspondre à la rentrée universitaire et aux week-ends d'intégration des étudiants. Cependant les auteurs admettent que leur résultat n'est pas le reflet annuel des admissions pour IAA, mais plutôt une tendance. Il existe de nombreuses variations du fait d'une grande hétérogénéité des méthodes mises en œuvre, en termes de nombre d'établissements observés, de taille d'échantillon, de durée d'observation. Compte tenu de ces observations, les auteurs concluent que la proportion d'admissions pour IAA retrouvée dans Oscour[®], se situe en dessous du niveau réel national.

Dans notre étude, six raisons principales peuvent être tout de même responsables de cette forte prévalence retrouvée:

- La période étudiée inclut le mois de juin (dont le jour de la Fête de la musique).
- La prévalence calculée inclut tout les CNH admis (non réalisée dans l'étude Oscour[®]).
- La particularité régionale de l'Aquitaine. En effet, comme précédemment décrit, l'Aquitaine présente un profil de surconsommation chez les jeunes [13].
- La localisation de l'hôpital Saint André en centre ville (et donc près des débits de boissons alcoolisées), comparée aux autres sites du CHU de Bordeaux.
- Les IAA sont adressées plus systématiquement aux urgences de Saint André qu'aux autres sites du CHU, du fait de la présence des ELSA tous les jours.
- La taille de notre échantillon, qui ne peut pas être le reflet parfait du taux d'admissions annuelles.

On observe, sur la période étudiée, un nombre d'admissions significativement plus important en 2012 qu'en 2013. Aucune donnée de la littérature ne retrouve cette tendance. En analysant les admissions réalisées en 2012 pendant notre étude, on observe deux pics.

- Le premier correspond à la nuit du 21 au 22 juin 2012 (soir de la Fête de la musique). En effet, 16 patients ont été admis (contre 7 en 2013). Le nombre d'admissions, pour cette soirée, les deux années auparavant, était similaire à ceux de 2013 (9 en 2010 et 10 en 2011). Les conditions météorologiques favorables de 2012, le soir de la Fête de la musique, ont sûrement été à l'origine de cet épiphénomène.

- Le deuxième pic correspond à la période du 28 Juin au 1 Juillet, weekend de la Fête du vin, événement biennal sur Bordeaux (17 patients admis).

Devant ce constat, un travail de prévention reste à développer davantage lors des manifestations festives auprès des jeunes. Actuellement, la ville de Bordeaux se mobilise contre ses consommations excessives d'alcool [103]. De nombreuses actions de prévention, sont menées sur les lieux festifs, avec pour ambition de responsabiliser chacun quant à sa consommation. Dans ces mesures, on note, entre autre :

- L'expérimentation d'interventions et d'animations de prévention, sur les espaces publics considérés comme lieux d'alcoolisation excessive et récurrente.
- La modification de l'arrêté préfectoral fixant les heures de fermeture des débits de boisson.
- La rédaction d'une charte des soirées étudiantes.

L'impact de ces mesures est encore mal connu et reste néanmoins ciblé. En effet, la mise en place d'un tel dispositif s'intéresse particulièrement aux 18-25ans. Comme le décrit le Docteur Rigaud [104] « *il convient de prendre en compte le fait que cette jeunesse est constituée de plusieurs âges [...], On ne pourra pas confondre, par exemple, les ivresses massives répétées d'un jeune de 15 ans avec celles occasionnelles d'un 18-25 ans* ». Les conduites d'alcoolisations comportent des significations différentes selon l'âge et n'appellent donc pas les mêmes questions. Il semble en effet nécessaire de délivrer des messages adaptés aux préoccupations des jeunes en fonction de leur tranche d'âge. Cette considération doit être prise en compte lors de la prise en charge d'un jeune en état d'ivresse [105]. Dans notre étude, la moyenne d'âge d'admission, est relativement jeune (20,1 ans). Le nombre de majeurs est, cependant, nettement supérieur au nombre de mineurs inclus.

Comme précédemment décrit dans d'autres études, la majorité des admissions pour IAA se font le weekend [102]. Nous le retrouvons également dans notre étude. Ceci s'explique, par une sur-consommation d'alcool, essentiellement en fin de semaine, chez les jeunes. Ce constat indique, une inadéquation entre les effectifs réduits du weekend (nombre d'urgentistes, IDE, internes...) et le nombre d'admissions observé.

La consommation et le nombre d'ivresses, chez les garçons reste classiquement plus importante de nos jours. Cependant, comme le précisent certaines références, on note une augmentation récente du nombre d'ivresses chez les filles entre 18 et 25 ans [12]. Cette tendance se retrouve dans notre étude, devant l'absence de différence significative entre le nombre de filles et de garçons.

L'alcoolémie moyenne, à l'entrée, était relativement élevée (2,08 g/l), sans différence significative entre les filles et les garçons. Les admissions pour ivresses ont donc été très souvent dues à une alcoolisation massive. Elles traduisent le mode actuel des consommations des jeunes (binge drinking, consommation d'alcool fort). Ce constat est aussi confirmé par une majorité de réponses positives à la question 3 de l'ADOSPA (Vous est-il arrivé d'oublier ce que vous aviez fait (ou de faire des choses que vous n'auriez pas faites) sous l'emprise de drogues(s) ou d'alcool ?). En effet, l'apparition de troubles mnésiques signe une alcoolisation massive. Cela montre que les jeunes ne prennent pas encore assez en considération les risques encourus par une consommation excessive d'alcool. Une étude, réalisée aux urgences de Pellegrin du CHU de Bordeaux en 2012 sur les jeunes en état d'ivresse, montrait qu'une grande majorité des jeunes admis pour IAA était associée à des conduites à risques [106]. La prévalence des comas éthyliques sur le nombre d'admissions pour IAA est encore mal connue. A Saint André, depuis le début de l'année, deux personnes âgées entre 15 et 25 ans, ont été hospitalisées dans le service de réanimation de Saint André, pour coma éthylique (deux personnes du même âge avaient déjà été hospitalisées, dans ce service, en 2012).

Paradoxalement, malgré un taux d'alcoolémie élevé à l'entrée, la majorité des jeunes présentaient un score de Glasgow entre 14 et 15. Cette situation s'explique par une mauvaise concordance entre ce score et le degré d'alcoolisation. En effet, le score de Glasgow, est un indicateur de l'état de conscience, développé initialement pour les traumatismes crâniens. Par conséquent, un patient présentant une confusion, dans le cadre d'une IAA, peut être coté à 14, alors que son état d'ébriété est avancé. L'évaluation clinique et la connaissance des différentes phases de l'IAA (voir chapitre 2.5.5.1 *Ivresse alcoolique aiguë*), paraissent donc plus appropriées pour évaluer le degré d'imprégnation éthylique.

5.2 Intérêt et faisabilité protocole

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE :

- **88,6% des patients admis ont bénéficié du protocole.**
- **Le taux de réalisation du protocole en entier est de 62%.**
- **La durée passée aux urgences des patients est significativement plus importante en 2013 (8h30) qu'en 2012 (6h36).**

Sur l'ensemble des patients inclus, 88,6% ont bénéficié du protocole (entier ou pas). Le taux de réalisation du protocole en entier était de 62%. Ce taux montre que certaines situations ne permettent pas la réalisation complète du protocole (fugues, refus de prise en charge, faux numéros laissés par les patients, personnel d'ELSA absent la semaine...). Ces situations ne remettent pas en cause la faisabilité du protocole mais soulignent les limites de sa réalisation.

Il est intéressant de noter que certains patients ont bénéficié d'une prise en charge par l'ELSA sans avoir rencontré les psychiatres, malgré un questionnaire de fragilité psychiatrique positif. Lors de leurs entretiens, les IDE d'ELSA évaluent dans la globalité le patient (au niveau addictologique, psychiatrique et social). Certains jeunes ont donc présenté un risque de vulnérabilité psychiatrique positif (sur le questionnaire), mais celui-ci n'a pas été retenu par l'ELSA en entretien approfondi.

Afin de ne pas multiplier les interventions, il a été décidé, pour ces jeunes, de ne pas les adresser secondairement au psychiatre. Cependant, nous avons considéré que la procédure entière n'avait pas été réalisée chez ces jeunes ce qui devra être prise en compte dans sa réalisation définitive.

La réalisation de ce protocole est donc faisable. L'évaluation des urgentistes par le questionnaire le souligne d'autant plus. Sa réalisation a permis de mettre en évidence lors de cette étude un plus grand intérêt et une meilleure sensibilisation des urgentistes. Ce constat s'est illustré dans plusieurs points :

- Nous avons observé une différence dans le contenu des observations entre 2012 et 2013. Les observations de 2012 manquaient en grande partie de données (anamnèse, antécédents et évolution clinique du patient). La mise en place d'un protocole a permis en 2013 de bénéficier d'observations beaucoup plus détaillées (antécédents, contexte social, niveau d'étude...).
- Le temps de passage aux urgences des patients admis a été significativement plus important en 2013 qu'en 2012. Les jeunes en état d'ivresse ont donc été pris en charge plus longtemps aux urgences par l'intermédiaire du protocole. Notons que cette durée reste encore très en dessous des 72 heures recommandé par l'ANAES.

5.3 Prise en charge addictologique

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE :

- **Le nombre de patients admis avec un ADOSPA \geq 2 est plus important (57,8%).**
- **Le nombre d'entretiens, la semaine, avec l'ELSA est significativement plus important en 2013 (22) qu'en 2012 (12).**
- **Aucun patient ne s'est présenté aux CJC proposé ou en consultation avec l'ELSA.**

Le nombre d'admissions avec un score ADOSPA supérieur ou égal à 2 était plus élevé (29 avec un ADOSPA $<$ 2, contre 38 patients avec un ADOSPA \geq 2). Une étude à l'hôpital pédiatrique d'Epinal, sur 23 patients en 2010, retrouvait déjà cette même tendance [107]. Ce constat indique qu'une plus grande proportion de jeunes admis aux urgences en état d'ivresse ont une consommation, par définition, nocive. Celle-ci aurait donc potentiellement une répercussion sur leur état psychique, physique et social.

Selon la définition portée par la Société Française d'Alcoologie (SFA), une IAA conduisant à une prise en charge en SAU ne peut être considérée seulement comme un usage à risque [87,108]. Elle traduit forcément un usage nocif. Elle remet en question l'intérêt de l'utilisation du questionnaire ADOSPA, dans un service d'urgences. Cependant en pratique, il arrive tout de même que certains jeunes admis pour IAA ne présentent pas une consommation nocive, mais occasionnelle d'alcool. Ils se retrouvent, alors, admis aux urgences suite à une mauvaise maîtrise de leur consommation pendant leur soirée. Rappelons que ce critère n'est pas non plus retenu dans la définition de l'usage nocif dans le DSM IV [65]. Envisager comme consommateur nocif tout jeune admis pour IAA serait une approche réductrice et risquerait une surmédicalisation des patients. Il paraît donc important de prendre en compte la notion de répétition, pour établir un diagnostic de consommation nocive [78].

Cette notion s'illustre bien par l'intermédiaire de la question 4 de l'ADOSPA (Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ?) qui fait référence à la fréquence des alcoolisations. En effet, comme le précise V. Picard [109] « *après avoir eu « des problèmes » après avoir bu, il faut généralement que cette situation se soit répétée* ». Dans notre étude, moins d'une dizaine de patients présentait une hospitalisation antérieure pour IAA. Ils ont tous été considérés comme usager nocif avec l'ADOSPA.

La consommation d'autres substances psycho-actives n'a pas été repérée dans notre protocole. Cependant plusieurs études montrent, par exemple, une forte association entre alcool-cannabis [110]. Le questionnaire ADOSPA est validé pour le repérage des consommations de substances psychoactives dans son ensemble. Il peut donc être utilisé pour une évaluation plus globale des consommations. Même si cela n'a pas été étudié ici, ce repérage restait tout de même systématique par l'intermédiaire des entretiens avec l'ELSA.

Un jeune admis en état d'ivresse, n'est pas une situation à banaliser. Elle est peut-être l'amorce d'une spirale négative vers des formes plus graves d'addiction et/ou de troubles psychiatriques. A l'inverse, un ton trop moralisateur sera mal perçu par le jeune qui n'en tirera aucune leçon. Il est donc nécessaire de transmettre un message efficace de prévention et de soins qui pourra être entendu et accepté par le jeune. Dans notre étude, ceci s'illustre par la mise en place d'interventions ultra brèves le weekend par les urgentistes. La majorité d'entre eux ont adhéré à cette pratique. En l'absence d'ELSA, il faut donc continuer ces actions. Rappelons que la remise d'un livret d'informations fait partie intégrante de cette intervention et doit pouvoir aussi se pérenniser.

Une récente étude en 2013, en collaboration avec le CIRDD-Bretagne, a évalué l'intérêt de l'entretien motivationnel sur la réduction des consommations d'alcool et des prises de risques [111]. Des résultats provisoires ont été récemment publiés : au total 156 jeunes, de 16 à 24 ans, admis pour IAA aux urgences du CHU de Rennes, ont ainsi bénéficié d'un entretien approfondi (un autre groupe ne recevait que la remise d'un livret d'information).

Deux rappels mensuels étaient également effectués pour refaire le point. Trois mois après leur admission, les jeunes répondaient à un questionnaire d'évaluation de leurs consommations et de leurs prises de risques.

L'étude révèle que :

- 3/4 des patients, suivis après les 3 mois, transforment leur admission comme un avertissement pour ne pas recommencer. 1/4 banalise l'admission et ne déclare pas modifier leur comportement.
- 85% déclarent modifier leur comportement, suite au premier rappel à 1 mois.
- 66% déclarent modifier leur comportement, suite au deuxième rappel à 2 mois.

Ces résultats ne sont malheureusement pas corrélés à des variables quantitatives objectives (pas d'association entre l'intervention et le nombre de verres bus, d'ivresses répétées à une semaine après les 3 mois de suivi). Les auteurs s'accordent à dire que cette discordance est due, entre autre, à :

- L'absence de suivi suffisamment long pour permettre d'observer une diminution significative du groupe intervention.
- L'attrition plus importante dans le groupe intervention qui peut être à l'origine d'un biais.
- Le choix des indicateurs d'évaluation.

Ils ne remettent pas en cause le bien-fondé des entretiens motivationnels, ayant déjà montré leur efficacité par l'intermédiaire de nombreuses méta analyses. Cette étude permet, tout de même, de montrer qu'une proportion non négligeable de jeunes réalise la situation qui les a amenés à être admis aux urgences. La prise de conscience est déjà un pas vers la diminution de la prise de risque.

Un nombre significativement plus élevé d'orientation addictologique a été constaté en 2013 par rapport à 2012, et ce, malgré un taux d'admission pour IAA significativement plus bas en 2013. Devant l'affluence des patients aux urgences, l'équipe médicale choisit souvent une sortie précoce des IAA, ne laissant pas assez de temps pour une intervention des ELSA. En 2013, nos résultats peuvent s'expliquer en partie par l'augmentation significative du temps passé aux urgences des patients admis pour IAA, permettant meilleure orientation et coordination entre l'équipe médicale et l'ELSA.

Dans notre protocole, nous avons tenté de pallier à l'absence d'ELSA, le weekend, en gardant de côté les dossiers-patients qui présentaient une consommation nocive. Or, sur l'ensemble des patients admis le weekend présentant une consommation nocive et qui ont été rappelés par ELSA, aucun n'a désiré être revu en consultation. C'est pourtant bien pour ce type de consommateur qu'un entretien spécialisé serait nécessaire. Plusieurs raisons peuvent être évoquées, face à l'absence de retour en consultation avec l'ELSA :

- Le délai de contact du jeune peut être un obstacle. En effet l'équipe d'addictologie rappelait systématiquement le jeune pour proposer un entretien, 1 à 2 jours après son passage aux urgences. La prise de rendez-vous, directement lors de son passage aux urgences, aurait peut être été plus efficace. Plusieurs centres hospitaliers de la région bretonne ont déjà mis en place des entretiens à distance de l'épisode par l'intermédiaire des ELSA présentement le weekend [92]. Le rendez-vous est donc pris immédiatement et non par contact téléphonique quelques jours après. Le retour des patients en entretien à l'air d'être efficace.
- Le contact téléphonique se faisait par l'intermédiaire d'une IDE d'ELSA. Cependant, le jeune contacté n'avait jamais été vu par cette IDE. Le fait d'être contacté par une personne inconnue, a pu être un frein à l'acceptation d'un entretien à distance.

- Se sentant certainement culpabilisés par leur admission aux urgences, certains jeunes ne désirent pas être recontactés et/ou revus en consultation. Ils ne souhaitent donc pas refaire le point sur cet épisode mal assumé. A l'inverse, il est probable, qu'une partie d'entre eux ne se sente tout simplement pas concernée par cette problématique. On sait, par expérience, que certains jeunes ont tendance à trop dédramatiser leur passage aux urgences, voire à s'en vanter. Ces considérations devraient être validées par l'intermédiaire d'un questionnaire adressé aux jeunes, vis-à-vis de leur ressenti, lors de leur passage aux urgences.

Ceci montre qu'une prise en charge addictologique par l'intermédiaire de l'ELSA, le jour même de leur admission, paraît plus appropriée. Cela sous-entend la présence des équipes addictologiques le weekend. Cette solution est évoquée par de nombreux urgentistes interrogés dans notre questionnaire. De plus, la présence d'ELSA le weekend, dans l'ensemble des SAU, permettrait à la fois d'alléger la charge des urgentistes, tout en participant à leur formation, en situation ordinaire, dans le cadre des urgences.

D'après le récent plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives [4], « *Les équipes mobiles sont des acteurs importants de l'initiation d'une prise en charge spécialisée pour des patients qui ne sont pas encore engagés dans des soins en addictologie. Elles interviennent de façon préférentielle auprès des professionnels pour les former au repérage des conduites addictives mais assurent également des premières consultations auprès des patients pour organiser la continuité des soins* ». Les entretiens initiaux aux urgences, réalisés par des équipes d'addictologie, et répétés par la suite dans le temps, sont donc nécessaires pour observer une diminution de ces comportements problématiques.

L'ensemble des patients, ayant été inclus, ont reçu des brochures d'information sur les différents CJC pouvant les accueillir. Cependant, aucun patient ne s'est présenté dans l'un de ces deux CJC. Il est probable que ces jeunes ne se sont pas sentis concernés ou intéressés par ces organismes. Ceci montre l'échec du protocole vis à vis des orientations vers un CJC des jeunes admis pour IAA.

Une meilleure présentation et connaissance de ces organismes aux jeunes permettraient, peut-être, un plus grand intérêt de leur part pour s'y rendre. Il paraît donc préférable que l'évaluation débute par l'équipe d'addictologie sur place, car les jeunes ne se rendent pas dans les CJC proposés spontanément.

Notons que cette situation n'est pas exceptionnelle et les difficultés de « recrutement » des CJC sont réelles. L'OFDT a ainsi réalisé une étude, afin de mieux comprendre ces difficultés [112]. Les professionnels des CJC parviennent, entre autres, à plusieurs constats :

- La venue spontanée en consultation n'existe pas chez les mineurs. Les mineurs sont toujours incités à venir en CJC (en général par leurs parents). C'est après 18 ans que surviennent les démarches spontanées, liées au souci d'influer sur l'usage pour accompagner un changement de vie (mise en couple, premier enfant, premier emploi). Les mineurs sont peu demandeurs d'aide mais une fois convaincus, ils sont très adhérents. Il ne faut donc pas compter sur l'expression d'une demande chez les mineurs mais s'attacher à éveiller chez eux un intérêt.
- Le recrutement des jeunes souffre de l'image de la CJC, souvent identifiée comme un centre de soins aux toxicomanes et non comme un lieu d'accueil des jeunes. Il existe de plus une peur des jeunes à être trop stigmatisés par les intervenants ou à recevoir un discours moralisateur sur leur consommation.
- Une mauvaise coordination et diffusion de leur existence vis-à-vis des institutions de soins, écoles, médecins traitants.

Ils proposent notamment :

- La multiplication des partenariats (ministère de la santé et de l'éducation, établissements scolaires, médecins traitants) en amont afin que les CJC puissent être bien identifiées.

- Une plus grande accessibilité et amplitude des horaires d'ouverture pour créer des conditions suffisantes d'un recrutement des jeunes et des familles.
- Se rapprocher du public-cible en assurant une présence dans les lieux fréquentés par les jeunes.
- Systématiser les interventions des CJC au titre de la prévention dans les collèges et les lycées (à partir de la 5ème).

5.4 Prise en charge psychiatrique

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE :

- **La prévalence des jeunes admis en état d'ivresse et présentant une vulnérabilité psychiatrique dans notre étude était élevée (17,72%).**
- **Le nombre d'orientations psychiatriques a été plus important en 2013 (12) qu'en 2012 (6).**

La mise en place d'un questionnaire, vis-à-vis du risque psychiatrique, a trouvé son utilité. La majorité du personnel interrogé considère que cet outil leur a permis :

- de mieux détecter les personnes à risque psychiatrique,
- d'améliorer la prise en charge globale du patient.

Comme déjà observé dans d'autres études [113], la proportion de jeunes admis en état d'ivresse et présentant une vulnérabilité psychiatrique (en rapport avec le questionnaire approprié) est élevé, et préférentiellement féminine. Elle correspondait à 17,72% des patients inclus.

En analysant de nouveau les réponses données aux questionnaires ADOSPA, plus de 40% des jeunes avouent consommer de l'alcool pour se détendre/ou se sentir mieux. Il ya donc un effet anxiolytique recherché dans la consommation de ces jeunes qui s'explique généralement par une situation de mal être général. Ceci renforce l'intérêt d'un repérage du risque psychiatrique au cours de l'admission d'un jeune pour IAA. Les recommandations récentes de l'ANAES [5] en font aussi une priorité, en particulier chez les plus jeunes.

Par le biais de ce questionnaire, une véritable prise de conscience, de la part des urgentistes, a pu être remarquée vis-à-vis des patients à risque psychiatrique, en état d'ivresse. Le nombre de jeunes admis pour IAA, vu par l'équipe de psychiatrie cette année, en témoigne (12 contre 6 en 2012). Il a permis de faciliter l'orientation psychiatrique chez des jeunes qui n'auraient pas forcément pu être dépistés à risque sans le questionnaire.

A l'époque de la réalisation du protocole, nous n'avons pas trouvé de questionnaire de dépistage du risque psychiatrique validé en SAU chez les patients admis pour IAA. Cependant il existe déjà des questionnaires utilisables en consultation pour évaluer le mal être d'un jeune, comme le TSTS-CAFARD (**Annexe 9**). Ce test a déjà montré son efficacité [114]. Certains items de ce test sont retrouvés dans le questionnaire que nous avons réalisé. A l'avenir, lors de la prise en charge des IAA, il serait plus approprié d'utiliser un test connu et validé comme le TSTS-CAFARD vis-à-vis du risque suicidaire.

5.5 Limites et biais de l'étude

Certaines limites doivent être aussi soulignées dans cette étude :

- Le nombre de patients inclus reste faible, ce qui diminue la puissance. Une étude multi centrique et étalée sur une durée plus longue aurait permis de récupérer un plus grand nombre de patients.

- La population de jeunes admis pour IAA à Saint André peut créer un biais de recrutement. Les patients en état d'ivresse, associée à un traumatisme sont la plupart du temps adressés aux urgences de Pellegrin du CHU de Bordeaux. L'association ivresse et traumatologie est assez fréquente chez les jeunes en situation de mésusage vis-à-vis de l'alcool. La proportion de jeunes admis aux urgences en situation de mésusage a pu être donc sous estimée.
- L'insuffisance de formations préalables du personnel des urgences à la prise en charge de ces patients.
- L'utilisation d'un questionnaire non validé pour le dépistage d'une fragilité psychiatrique.

La présence de ces limites n'entache pas cependant le but de l'étude qui évaluait la faisabilité d'un protocole.

5.6 Perspectives

Le protocole de prise en charge réalisé, a permis une meilleure coordination et uniformisation des soins avec un temps de réalisation acceptable. Cette étude a montré donc que la prise en charge des jeunes pour IAA a pu être optimisée par l'intermédiaire d'un protocole. La mise en place d'un « kit jeune » a permis de s'appuyer sur un support physique lors de la prise en charge. La distribution d'un livret d'information, et d'outils d'auto évaluation des consommations est déjà le premier pas d'une meilleure sensibilisation des jeunes face aux problèmes d'alcool. Il devrait donc être systématisé à tous les SAU.

Une meilleure formation auprès du personnel des urgences reste encore nécessaire. Elle pourrait être organisée par les ELSA (pour les équipes médicales et paramédicales). Attribuer du personnel à cette tâche pourrait alors être envisagé. Cette constatation a été faite par certains médecins interrogés dans notre étude.

L'infirmière a été identifiée, par exemple, comme étant bien placée pour fournir des interventions auprès des adolescents dans un service d'urgences [115].

Une plus grande présence de l'ELSA (weekend) permettrait une meilleure systématisation des consultations et un allègement de la charge de travail des urgentistes. Pour le CHU de Bordeaux, on estime qu'il faudrait trois IDE en plus des deux présentement à temps plein, pour pouvoir couvrir l'ensemble des urgences du CHU, 7 jours sur 7. Le cout annuel estimé de ce projet avoisine les 160 00 euros. En attendant que des ressources financières et humaines soient disponibles, il faut maintenir les moyens utilisés dans notre étude, en l'absence d'ELSA.

La mise en place d'un protocole final doit être aussi discutée avec les différents services concernés afin d'uniformiser la prise en charge de ces jeunes sur l'ensemble des sites du CHU. Cette discussion devra nécessairement prendre en compte les différents moyens humains et matériels qui sont particuliers à chaque site (présence d'ELSA, nombre de médecins disponibles, etc...).

Un projet soutenu par la fédération addiction en collaboration avec le GRRITA (Groupe Régional de Recherche et de Réflexion des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie d'Aquitaine) est actuellement en cours en Aquitaine [116]. Il vise à harmoniser les prises en charge de ces patients dans les différents SAU de la région, par l'intermédiaire d'un protocole. Les urgences de Saint André participent à ce projet, par l'intermédiaire de cette étude. Les premiers résultats d'un questionnaire [117], auquel ont répondu 14 médecins (soit 28% de taux de retour), montrent que la prise en charge addictologique de ces jeunes aux urgences n'est pas réalisée de manière systématique. Le manque de temps et de formation suffisante sont principalement soulignés. Ils reconnaissent tous qu'il existe une marge de progression vis-à-vis de la prise en charge des ivresses alcooliques aiguës des jeunes.

Le médecin généraliste est aussi souvent mal sollicité dans ces situations. Le relais entre le passage aux urgences du jeune et le médecin traitant est mal orchestré. D'avantage d'efforts doivent être réalisés afin de mieux informer le médecin traitant.

La remise en main propre au patient d'un courrier de sortie n'est qu'un moyen illusoire d'impliquer le médecin traitant efficacement. On pourrait envisager (avec l'accord du patient) un appel systématique au médecin généraliste. L'envoi systématique du courrier (et non pas la remise en main propre) peut être une alternative. Cela serait d'autant plus bénéfique si celui-ci était adressé avec le compte rendu réalisé par l'ELSA. Cette proposition devrait être étudiée pour en mesurer son impact et son efficacité.

Par ailleurs, au vu des dernières enquêtes épidémiologiques, il est très probable qu'une partie des jeunes, qui prennent des risques en s'alcoolisant ne soient jamais admis pour état d'ivresse. Ainsi, cette population vue en consultation de soins primaires devrait avoir un repérage portant sur l'usage d'alcool. La loi « Hôpital, patients, santé et territoire » prévoit en outre une consultation annuelle gratuite de prévention chez les adolescents de 16 à 25 ans chez le médecin de leur choix [118]. Elle pourrait être un moment privilégiée pour instaurer une relation de confiance avec l'adolescent et aborder la consommation d'alcool. Il conviendrait de généraliser cette pratique encore trop méconnue des adolescents et des médecins.

Face aux difficultés de prise en charge les jours de forte affluence aux urgences, la création récente de postes médicaux avancés dans notre région, apparaît comme une solution alternative. La prise en charge de ces jeunes, dans ces endroits, doit alors s'inscrire dans la continuité de ce protocole. Il serait alors envisageable que ces équipes soient composées de personnes formées en addictologie.

6-CONCLUSION

Cette étude confirme la prévalence élevée des admissions aux urgences pour ivresse alcoolique aiguë chez les jeunes entre 15 et 25 ans. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'il existe une proportion non négligeable de patients admis (notamment le weekend) présentant un usage nocif d'alcool. La mise en place de mesures spécifiques et dédiées à ce problème doit donc être proposée dans les services d'urgences. C'est dans cette logique que s'inscrit la réalisation de ce protocole.

Peu d'études se sont actuellement penchées sur ce sujet. Le repérage systématique d'une consommation problématique et d'une vulnérabilité psychiatrique par l'intermédiaire d'un protocole aux urgences reste encore une pratique rare. Notre étude a permis de travailler sur un phénomène grandissant et relativement nouveau, par l'élaboration d'une démarche clinique innovante se rapprochant des recommandations de l'ANAES.

Par l'intermédiaire de cette étude, nous avons démontré qu'un protocole de prise en charge addictologique et psychiatrique des jeunes en état d'ivresse est faisable. Ceci s'est traduit par une meilleure coordination des différents intervenants et une meilleure orientation addictologique des patients.

Face à l'affluence croissante des jeunes admis en état d'ivresse, plusieurs solutions sont donc possibles afin d'optimiser la prise en charge globale de ces patients, comme le montre cette étude. Ce travail original a permis de montrer les améliorations souhaitables sur le sujet et d'ouvrir d'autres perspectives de prise en charge des jeunes admis pour ivresse aux urgences.

7-BIBLIOGRAPHIE

[1]. Renforcement de la lutte contre les phénomènes d'alcoolisation massive des jeunes. Jeudi 17 juillet 2008. Dossier de presse. Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008, 11 pages.

[2]. Association prévention routière (page consultée le 1/09/2013). Des chiffres qui font réfléchir [en ligne]. <http://www.preventionroutiere.asso.fr>.

[3]. Bénec'h G (chargée de mission CIRDD Bretagne). « Mieux comprendre les enjeux pour améliorer la prévention et la prise en charge ». Comité consultatif régional. Rennes, 05 juillet 2010.

[4]. Ayrault JM (Premier ministre). Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Paris : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2013, 82 pages.

[5]. Sureau C, Charpentier S, Philippe JM, Perrier C, TrinhDuc A, Fougeras O, et al. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus de 1992 « L'ivresse éthylique aigüe dans les services d'accueil des urgences». ANAES.

[6]. Guillemont J, Beck F. La consommation d'alcool des jeunes : Ce que nous apprennent les enquêtes. La santé de l'homme. 2008;398:10-12.

[7]. Spilka S, Le Nézet O, Tovar M. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011 OFDT. Tendances. 2012;(79):1-4.

[8]. Société française d'alcoologie. (page consultée le 11/04/13). Données épidémiologiques sur la consommation d'alcool 2009, [en ligne]. <http://sfalcoologie.asso.fr>.

- [9]. Swendsen J, Burstein M, Case B, Conway KP, Dierker L, He J, Merikangas KR. Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry. 2012 Apr;69(4):390-8.
- [10]. Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les drogues à 17 ans premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. OFDT. Tendances. 2012 fev;79:1-4.
- [11]. Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Estimations 2011 des consommateurs de produits psycho actifs à 17 ans OFDT. 2011 Nov 25;1-8.
- [12]. Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 OFDT. Tendances. 2011 Juin;76:1-6.
- [13]. Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFD. 2008 Oct;1-336.
- [14]. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (page consultée le 11/04/2023). Le poids économique et culturel de l'alcool, [en ligne]. <http://www.alcoolinfoservice.fr>.
- [15]. Gallopel-Morvan K. Producteurs d'alcool: un marketing sur mesure pour séduire les jeunes. La santé de l'homme. 2008 Nov;398:20-1.
- [16]. Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, Hassler C, Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Tendances. 2009 jan;64:1-6.
- [17]. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (page consultée le 11/04/13). Le binge drinking précoce favorise la dépendance, [en ligne]. <http://www.drogues-info-service.fr>.

- [18]. Fortin J. L'adolescence et l'alcoolisation. Quelle prévention ? Quelle prise en charge ? Arch Fr Pediatr. 2003;10(1):137-47.
- [19]. Beck F, Legleye S, Guillemont J. L'alcoolisation des jeunes : l'apport de l'approche épidémiologique. Actualité et dossier en santé publique. 2009;(67):9-15.
- [20]. Comité Français d'éducation pour la santé. (page consultée le 16/05/13). L'alcool et les jeunes : des comportements à risques ?, [en ligne]. pmb.santenpdc.org.
- [21]. Le Grand E (consultant en santé publique). Rapport final les jeunes et l'alcool. La roche sur Yon. 2007.
- [22]. Flajolet A (Ministère des affaires sociales et de la santé). La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales. Paris.2001.
- [23]. Petit A, Karila L, Benyamina A, Reynaud MH, Aubin J. Le *binge drinking* chez les jeunes .PSN. 2009 Nov;7:122-126.
- [24]. Choquet M, Com-Ruelle L. Enquête IREB. Les adolescents français face à l'alcool : comportement et évolution. Recherche et alcoologie. 2002;24(2):127-33.
- [25]. David J, DeWit PD, Edward M, David R, Offord, D, Alan C, Ogborne Ph.D. Age at First Alcohol Use: A Risk Factor for the Development of Alcohol Disorders. Am J Psychiatry. 2000;157:745-50.
- [26]. Gorwood P. Le premier contact des Français avec l'alcool s'effectue-t-il vraiment de plus en plus précocement ? Une récente conférence de consensus fait le tri entre vérités et approximations. L'Encéphale. 2012 Sept;38(4):277-279.

[27]. Takeida K , Ishida, A, Fukushima T, Mori M. Behavior of drinking alcoholic beverages among junior and senior high school students in the area covered with Wakkanai Health Center of Hokkaido, Japan. Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence. 2001;36:491-503.

[28]. Courtois R. Les conduites à risque à l'adolescence. Repérer, prévenir et prendre en charge. Paris : Dunod, 2011, 352 p.

[29]. Lynskey MT, Fergusson DM, Horwood LJ. The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence. J Child Psychol Psych. 1998; 39(7):995-1005.

[30]. Thomas M, Kelly PhD, John E, Donovan PhD, Jack R, Cornelius MD-MPH, Theodore R, Delbridge MD. Predictors of problem drinking among older adolescent emergency department patients. J Emerg Med. 2004 Oct;27(3):209-18.

[31]. Gordon WR, Caltabiano M. Urban-rural differences in adolescent self-esteem, leisure boredom, and sensation-seeking as predictors of leisure-time usage and satisfaction. Adolescence.1996;31:883-901.

[32]. De Milio L. Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. Am J Psychiatry.1989;146: 1212-4.

[33]. Horner BR, Scheibe KE. Prevalence and implication of attention deficit. Hyperactivity disorders among adolescent in treatment for substanceuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;6(1):30-6.

[34]. Michel G, Bernadet S, Aubron V, Cazenave N. Des conduites à risques aux assuétudes comportementales : le trouble addictif au danger. Psychol Fr. 2010 Dec;55(4):341-53.

- [35]. Carlier P, Pull C. Les troubles anxieux comme facteurs de risque pour la dépression et les troubles liés à l'utilisation d'alcool. *Ann Méd-Psychol*. 2006 Mar;164(2):122-8.
- [36]. Roberts RE, Lee ES. Occupation and the prevalence of Major Depression, Alcohol, and Drug Abuse in the United States. *Environ Res*. 1993;61:266-78.
- [37]. Paille F. Alcool. *Epidémiologie, étiologie, clinique*. In: Lejoyeux M. *Addictologie*. Paris; 2009. p. 71-112.
- [38]. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (page consultée le 17/05/2013). Alcohol consumption by children and adolescents: An interdisciplinary overview, [en ligne]. <http://www.nih.gov>.
- [39]. Alvin P. Les adolescents, l'alcool et nous. In: Huerre P, Marty F. *Alcool et Adolescence*. Paris: Albin Michel; 2007. p. 316-31.
- [40]. Wong SS, Zhou B, Goebert D, Hishinuma ES. The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009. *Soc Psych Psych Epid*. 2013 Jun 7.
- [41]. Pandina RJ, Johnson V. Serious alcohol and drug problems among adolescents with a family history of alcoholism. *J Stud Alcohol*. 1990;51:278-82.
- [42]. Brook JS, Brook DW, Gordon AS. The psychosocial of adolescent drug use : a family international approach. *J Genet Soc Gen Psychol Monogr*. 1990 ;11(2):111-267.
- [43]. Finn PR, Sharkansky EJ, Brandt KM, et al. The effects of familial risk, personality, and expectancies on alcohol use and abuse. *J Abnorm Psychol*. 2000;109(1):122.
- [44]. Settebult W (OMS Bureau régional de l'Europe). *La consommation d'alcool parmi les jeunes européens*. Copenhague. 2001.

[45]. Galand C. Drogues : derrière la consommation, une démarche d'aide des 15-25 ans. La sante de l'Homme. 2006;384:47-9.

[46]. Huba GJ, Bentler PM. The role of peer and adult models for drug taking at different stages in adolescence. J Youth Adolesc. 1980;9:449-65.

[47]. Valliant PM. Personality, peer influence, and use of alcohol and drugs by first-year university students. Psychol Rep. 1995;77: 401-02.

[48]. Hawins DJ. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychol Bull. 1992;112(1): 64-105.

[49]. Legleye S, Beck F, Spilka S, Le Nézet O. Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad. Saint-Denis : OFDT, 2007: 77 p.

[50]. Association prévention routière. (page consultée le 20/05/2013). Statistiques d'accidents, [en ligne]. <http://www.preventionroutiere.asso.fr>.

[51]. Galland O, Choquet M, Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Rev Fr Sociol, 1995;36(3): 567-69.

[52]. Centre régional d'information et de prévention du sida d'Ile-de-France (page consultée le 20/05/2013). Alcoolisation des jeunes,[en ligne]. <http://www.lecrips-idf.net>;

[53]. Pierobon M, Barak M, Hazrati S, H. Jacobsen KH. Alcohol Consumption and Violence among Argentine Adolescents. J Pediat. 2013 Jan-Feb;89(1):100-7.

[54]. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *J Adolescent Health*. 2002 Apr;30(4):288-95.

[55]. Windle M, Spear LP, Fuligni AJ, Angold A, Brown JD, Pine D et al. Transitions into underage and problem drinking: developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatrics*. 2008 Apr;121(4):273-89.

[56]. Spear L. Modeling adolescent development and alcohol use in animals. *Alcohol Res Health* 2000 ;24:115-124.

[57]. Educ Alcool. (page consultée le 20/08/2013). Alcool et santé. Les effets de la consommation précoce d'alcool. Cause et conséquences de la surconsommation à l'adolescence, [en ligne]. <http://educalcool.qc.ca/>.

[58]. Holzer L, Halfon O, Thoua V. La maturation cérébrale à l'adolescence. *Arch Pédiatrie*. 2011 May;18(5):579-88.

[59]. Mve Ona UL. La consommation d'alcool en milieu scolaire : cas de la ville de Yaoundé [Mémoire d'Ingénieur d'Application de la Statistique]. Institut sous-régional des statistiques et d'Economie Appliquée de Yaoundé. 2006.

[60]. Warnault V, Barbier E, Houchi H, Pierrefiche O, Vilpoux C, Daoust M et al. Effets de l'exposition à l'alcool pendant l'adolescence sur la vulnérabilité à l'alcool et aux autres substances psychoactives. *Les cahiers de l'IREB*. 2007;18:23-34.

[61]. Schramm-Sapyta NL, Walker QD, Caster JM et al. Are adolescents more vulnerable to drug addiction than adults? Evidence from animal models. *Psychopharmacology*. 2009;206:1-21.

- [62]. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (page consultée le 20/06/2013).Comment l'alcool agit il sur l'organisme, [en ligne].www.inpes.sante.fr.
- [63]. Société Française d'Alcoologie. Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. Alcoologie et addictologie. Mar 2013;35(1):61-92.
- [64]. Ades J, Lejoyeux M. Les classifications de l'alcoolisme : principes et éléments des nosographies actuelles. In : Ades J, Lejoyeux M eds. Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Paris :Masson, 1997:43-55.
- [65]. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR®) Washington, DC : American Psychiatric Publishing ; 2000.
- [66]. Aubin HJ, Reynaud M, Rigaud A. Evolution des concepts en alcoologie : De l'alcoolisme au trouble lié à l'utilisation de l'alcool. INSERM. 2013.
- [67]. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (page consultée le 25/06/2013) Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool, [en ligne]. www.inpes.sante.fr.
- [68]. Castera P, Maurat F, Fleury B, Demeaux JL. Peut-on repérer en routine les mésusages d'alcool ? Médecine. 2007;3(7):330-3.
- [69]. Michaud P, Dangaix D. Le repérage de la consommation d'alcool est efficace chez les jeunes. La santé de l'Homme.2009 Mar-Avr;400:4-5.
- [70]. Bertholet N, Daeppen JB, Rège Walther M, Burnand B. Dépistage et intervention brève par internet pour la consommation d'alcool à risque : www.alcooquizz.ch. Rev Med Suisse. 2011;7:1466-70.

- [71]. Michaud P, Dewost AV, Fouilland P. "Boire moins c'est mieux": Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins? *Press Med.* 2006 May;35(5):831-39.
- [72]. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008;141p.
- [73]. Denis C, Lavie E, Fatséas M, Auriacombe M. Outils d'évaluation pour les troubles addictifs *Addictologie*, Paris, 2009;(17):254-63.
- [74]. Knight JR, Lon Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among general adolescent clinic outpatients. *J Adolescent Health.* 2002 Feb;30(2):97.
- [75]. Delile JM. Spécificités de prise en charge de certaines populations. Les polyconsommations chez les adolescents. *Alcoologie et addictologie.*2007; 29(4) :422-423.
- [76]. Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev.* 2011 Mar;4(1):57-64.
- [77]. Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *Press Méd.* 2007 Apr;36(4):582-90.
- [78]. Michaud P. Dépister, investiguer et traiter le mésusage d'alcool chez les adolescents. *Alcoologie et addictologie.*2003;25(4):37-50.
- [79]. Réseau santé Paris nord. (page consulté le 1/06/2013). Questionnaire ADOSPA. Repérer en quelques questions un usage nocif de substances psycho actives chez l'adolescent, [en ligne]. <http://www.reseau-paris-nord.com>.

- [80]. Righetti V, Favrod-Coune T. Questionnaires de dépistage et d'évaluation des consommations de substances psychoactives pratique. Rev Med Suisse. 2010;6:1821-5.
- [81]. Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R, Monteiro M, Poznyak V. Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. Geneva, World Health Organization, 2003.
- [82]. Kypri K. Methodological issues in alcohol screening and brief intervention research. Subst Abus. 2007;28(3):31-42.
- [83] Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, Gilvarry E et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ 2013.Jan 9;346:8501.
- [84]. Couzigou P. L'intervention brève en alcoologie. JFPD 2008, 32ème édition. 8 Aout 2008. Palais des congrès. Paris.
- [85]. Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Sindelar H, Rohsenow DJ, et al. Randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. J Pediatr. 2004 Sep;145(3):396-402.
- [86]. Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Gwaltney CJ, Spirito A, Rohsenow DJ, et al. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. Addiction. 2007 Aug;102(8):1234-43.
- [87]. David C, Négaret G, Dezé F, Galle E, Bouget J. Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence.MT.2005;11(1):5663.
- [88]. Knight JR, Harris SK, Sherritt L, Van Hook S, Lawrence N, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J. Adolescents preference for substance abuse screening in primary care practice. Subst Abus. 2007;28(4):107-17.

[89]. Bertholet N, Raymund S, Duhamel O, Perney P, Daepfen JB. Efficacité de l'intervention brève. *Alcoologie et addictologie*.2003; 25(4S):59-63.

[90]. Centre Hospitalier Sud Essonne. (page consultée le 15/06/2013). Prise en charge des intoxications éthyliques aigües au service d'urgences site d'Estampes, [en ligne].
www.urgences-serveur.fr.

[91]. Collège de médecin d'urgence de Bourgogne. (page consultée le 15/06/2013). L'ivresse éthylique aigüe dans les services d'accueil des urgences, [en ligne]. www.cmub.org.

[92]. Le Garjea N, Pavic G. Les alcoolisations aiguës des jeunes admis dans les services d'urgences de Bretagne. Pour une amélioration de la chaîne de prise en charge des intoxications éthyliques des moins de 25 ans. CIRDD. Mars 2012.

[93]. Remazeilles L. L'ivresse des jeunes la définir et la comprendre pour mieux les protéger. [Mémoire de master 2 de science de l'éducation]. Bordeaux : faculté de sciences humaines de Bordeaux 2, 2011.

[94]. Woolfenden S, Dossetor D, Williams K. Children and adolescents with acute alcohol intoxication/self poisoning presenting to the emergency department. *Arch Pediatr. Adolesc Med*. 2002;156:3458.

[95]. Costes JM, Canarelli T, Thieron X, Pieyre A, Duprez D, Wohl M et al. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Haute Autorité de Santé. 2007;29(4):305-489.

[96]. Pommereau X. Santé des jeunes. Orientations et actions à promouvoir en 2002. Rapport « Santé des jeunes », avril 2002.

[97]. Stheneur C. Tentative de suicide: comment repérer un adolescent en danger ? *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2006 Sept;19(6):218-22.

- [98]. Choquet M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. INSERM . 2000.
- [99]. Varghese P, Gray BP. Suicide Assessment of Adolescents in the Primary Care Setting. Journal for Nurse Practitioners.2011 Mar;7(3):186-92, 2011.
- [100]. ARS Aquitaine (page consultée le 10/09/2013). Les CSAPA en Aquitaine [en ligne]. <http://www.ars.aquitaine.sante.fr>.
- [101]. Sécurité routière (page consultée le 20/07/2013).L'alcool. La réglementation [en ligne]. <http://www.securite-routiere.fr>.
- [102]. Perrine AL, Delevay AE. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour. In : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°16-17-18. mai 2013.
- [103]. Ville de Bordeaux (page consultée le 1/10/2013). Festiv' attitude [en ligne]. <http://www.bordeaux.fr>.
- [104]. Rigaud A. Les jeunes et l'alcool. La santé de l'homme. 2008;398:13-15.
- [105]. Donzé S. Le point de vue des 15-20 ans sur la prévention de l'abuse d'alcool. Rapport d'enquête. Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme. Février 2006. Genève.
- [106]. Pineau Delabi F. Admissions aux urgences du CHU de Bordeaux et alcoolémie positive. À quelles conduites à risque sont exposés les adolescents et les jeunes adultes ? [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires en Médecine d'Urgence]. Bordeaux : Université Bordeaux 2 - Victor Segalen U.F.R. des Sciences Médicales.2012.

[107]. Baland J. Facteurs de risque de mésusage chez les adolescents : à propos d'une étude dans le service de pédiatrie d'Epinal d'Aout 2010 à avril 2011 [Thèse de Doctorat en Médecine]. Nancy: Université Henri Poincaré ; 2011.

[108]. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance . Usage à risque – usage nocif. Recommandations de la Société Française d'Alcoologie 2003 ; 25(suppl. 4).

[109]. Picard V, Reynaud M, Gerbaud L, Clément G, Perthus G. Validation d'un test dépistage de l'usage nocif de l'alcool. Enquête sur 844 adolescents de la région de Clermont Ferrand. La revue du praticien-Médecine Générale. Avr 2002;16(570):1-5.

[110]. OFDT (page consulté le 29/09/2013). Polyconsommation [en ligne].
<http://www.ofdt.fr>

[111]. Association d'information et de ressources sur les drogues et dépendances et le sida Bretagne (page consultée le 01/09/2013). AURAIA : bilans et rapports d'étude. Expérimentation d'un dispositif de prévention et d'intervention à l'échelle de la ville de Rennes. Prise en charge des jeunes alcoolisés aux urgences de la ville de Rennes [en ligne].
<http://www.cirdd-bretagne.fr>.

[112]. Obradovic I. Synthèse des focus groupes « consultations jeunes consommateurs ».OFDT. Note n°2011-12, à l'attention du comité de pilotage « consultations jeunes consommateurs ».Saint-Denis, 2011.

[113]. Yersin B. Conduite à tenir en urgence : de l'ivresse alcoolique au sevrage. In Urgences 2003. Paris : éditions scientifiques L&C Brain Storming SAS.2003:189-98.

[114]. Coordination régionale RPIB aquitaine. Le RPIB des jeunes. In : Pommereau X, Castera Ph, Damade M. Il ou elle va mal : être attentif aux jeunes. Conseil Local de Santé de Bordeaux, novembre 2004.

[115]. Lüthi C. Adolescents et alcool dans les services d'urgences : Une revue de littérature étoffée [Travail de Bachelor]. Fribourg: Haute Ecole de Santé.2011.


[116]. Meunier D (membre de la fédération addiction d'aquitaine). « Jeunes consommateurs de substances psycho actives : articulation entre les services d'urgences et les dispositifs spécialisés en addictologie ». Bordeaux ; Réunion commune du lundi 1er juillet 2013.

[117]. Meunier D (membre de la fédération addiction d'aquitaine). Jeunes consommateurs de substances psychoactives : articulation entre les services d'urgences et les dispositifs spécialisés en addictologie. Résultat d'un questionnaire. Bordeaux. Septembre 2013.

[118]. Loi hôpital, patients, santé, territoire (page consultée le 1/10/2013).Ministère des affaires sociales et de la santé [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr>.

8-ANNEXES

ANNEXE 1/ Score ADOSPA

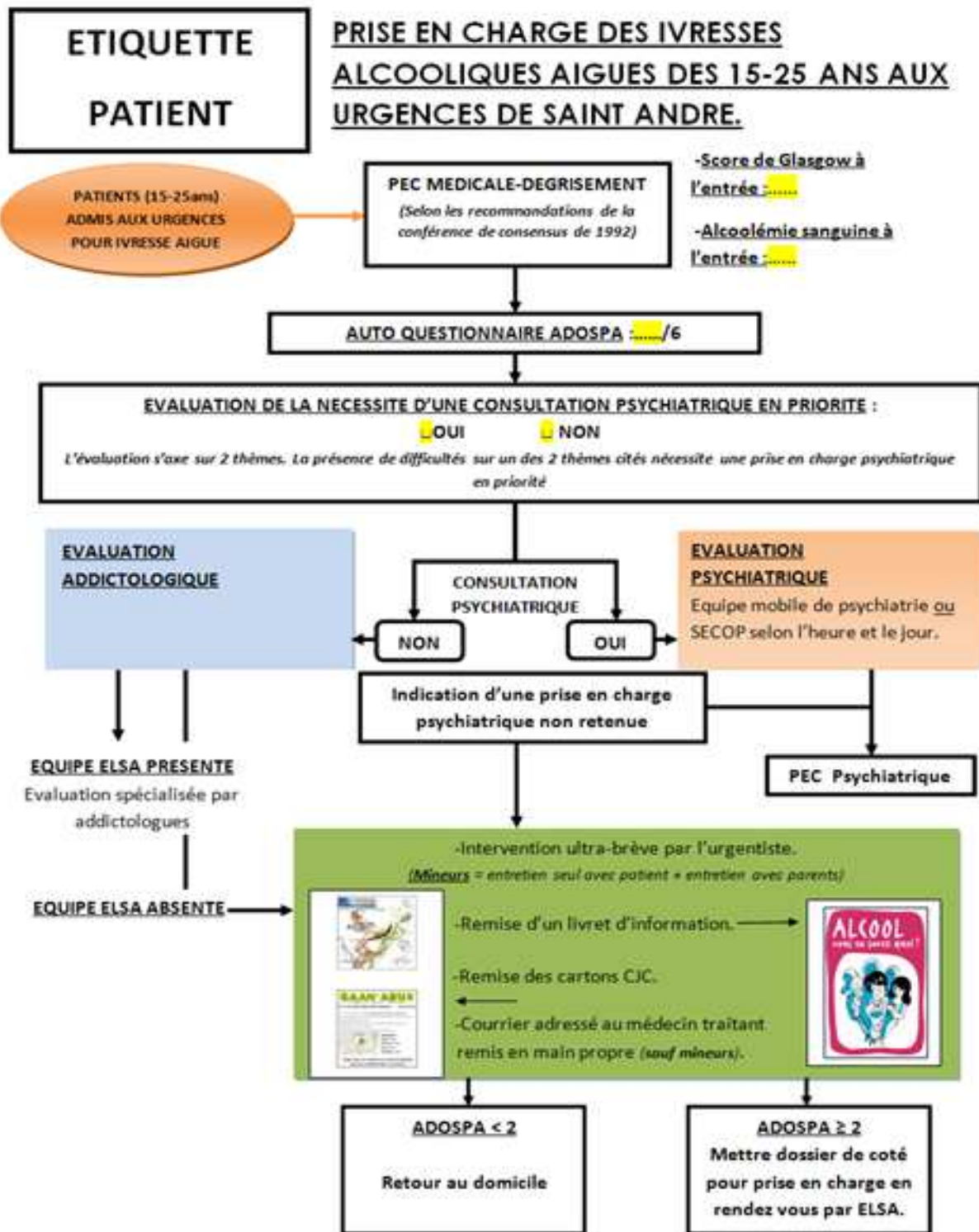
Réseau Santé  Paris Nord

Questionnaire ADOSPA

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (Auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous Détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous Oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes Seul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des Problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos Amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives.

ANNEXE 2/ Feuille de prise en charge



REMETTRE CETTE FEUILLE PERSONNALISEE DANS LE BAC CONCERNE

ANNEXE 3/ Questionnaire de fragilité psychiatrique

-L'évaluation du risque suicidaire s'axe sur 2 thèmes :

ANTECEDENTS et CONDUITES DE RUPTURE ET CUMULS.

- La présence de difficultés sur un des 2 thèmes cités nécessite une prise en charge psychiatrique en priorité.
- Ces thèmes peuvent être abordés lors de l'interrogatoire de l'examen clinique initial.

1-ANTECEDENTS

-Antécédents de maladie psychiatrique, de tentative de suicide (surtout avant 15ans+++), d'hospitalisations dans un service de psychiatrie.

En pratique :

- Recherche des antécédents psychiatriques du patient à l'interrogatoire ou sur le dossier médical informatisé de l'hôpital.
- Prise médicamenteuse associée.

2-CONDUITES DE RUPTURE ET CUMULS

- Idéation suicidaire.
- Rupture scolaire ou chômage.
- Rupture familial ou contexte difficile : décès d'un parent, divorce, psychopathologie parentale, violences, niveau socio-économique faible...
- Fugues, scarifications, conduite à risque (prise répétée de substances psycho-actives, sexualité non protégée).
- Alcoolisation massive et répétée chez une fille.

En pratique :

- Aimes-tu ce que tu fais à l'école ou dans tes études ?
- Es tu satisfait de ta relation avec ta famille ?
- Consommes tu de manière fréquente et répétée des substances psycho-actives telles que le cannabis par exemple ?
- Hospitalisation antérieure pour ivresse alcoolique aigue, accident, traumatisme dans un contexte alcoolisé.
- Bois tu seul(e) ou pour oublier ?
- As-tu des problèmes avec la justice ?

ANNEXE 4/ Réglette des consommations

le plan b
www.leplanb.info

FRS
Étudiant.e.s à Reims Centre

ESPACE SANTÉ ÉTUDIANT

Prendre un café, boire de l'eau, faire du sport... ça diminue l'flux : mais le temps élimine les effets de l'alcool ! Alors, inutile de se précipiter sous une douche froide ou de boire une carafe d'eau... Ça ne sert à rien !

Mélanger son whisky avec du soda diminue les effets de l'alcool. Flux : cela ne change rien puisque le volume d'alcool dans le verre reste le même. C'est la concentration d'alcool présente dans le verre qui diminue. Le goût de l'alcool est donc moins présent.

L'alcool donne des forces. Flux : bien que l'alcool procure effectivement un sentiment d'euphorie, celui-ci cache effectivement la place à l'inséparable "coup de barre" qui intervient après avoir consommé des boissons alcoolisées en quantité.

J'attends 3 heures et je reprends le volant sans risques. Flux : La limite de temps que l'on doit se fixer avant de reprendre le volant dépend de la quantité d'alcool absorbée. Plus on consomme d'alcool, plus on doit attendre.

Par exemple, il faut entre 3 et 4 h pour éliminer 2 verres d'alcool.

Pour connaître la suite, déplacer le curseur

Zéro-Coup marque, procédé et modèle déposés Matricule 01 64 90 47 48

CONNAISSEZ-VOUS VOS LIMITES ?

ALCOOL

BON A SAVOIR...

Le risque d'accident mortel est multiplié par :

- 2 à 0,5 g/l
- 10 à 0,5 g/l
- 25 à 1,2 g/l
- 50 à 2,0 g/l

Pur ou dilué, avec de l'eau, des glaçons ou au soda, l'alcool a les mêmes effets. Soit la quantité consommée et non le volume ou la dilution de la boisson.

vos poids

à jeun

70 kg

au cours du repas

1 verre =

- 10 cl de vin
- 25 cl de bière
- 3 cl de whisky
- d'alcool à 40°

BON A SAVOIR...

L'alcool potentialise les effets des médicaments. N'en absorbez pas pendant la durée d'un traitement.

Le temps d'élimination est d'un mois une à deux heures par verre.

Le seuil légal du taux d'alcoolémie est de 0,5 g/l dans le sang, ce qui correspond à 0,25 mg/l dans l'urine.

ANNEXE 5/ Carton des CJC

CAAN'ABUS
espace jeunes Addictions

39, 41 rue Sainte Colombe 33000 Bordeaux 05 56 01 25 66

- Un lieu de premier accueil anonyme et gratuit, ouvert à tous les jeunes confrontés de près ou de loin à des consommations d'alcool, tabac, cannabis et autres substances psycho actives.
- Possibilités d'écoute, d'information, d'orientation, d'auto-évaluation, de documentation, et de consultation.
- Équipe formée d'éducateurs spécialisés et de psychologues.



PERMANENCES:

- MARDI/ 14-17H**
- MERCREDI/ 12-18H**
- JEUDI/ 14-17H**
- VENDREDI/ 14-17H**

VENIR AVEC CE CARTON LE JOUR DU RENDEZ-VOUS ET LE REMETTRE A L'ACCEUIL.

Association Nationale de PRÉVENTION en ALCOOLOGIE et ADDICTOLOGIE
A.N.P.A.A. 33

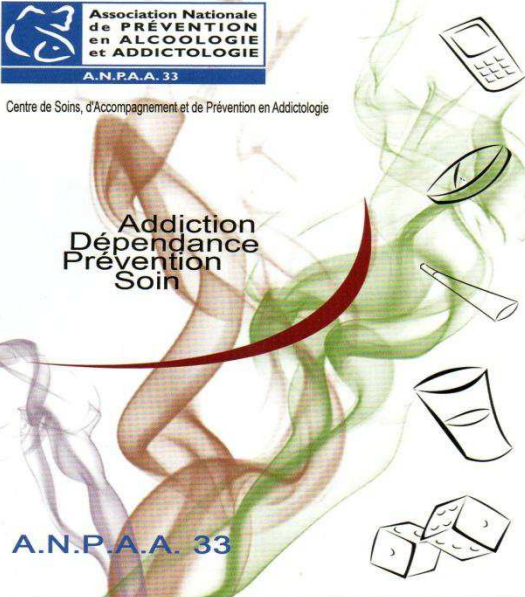
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Addiction

Dépendance

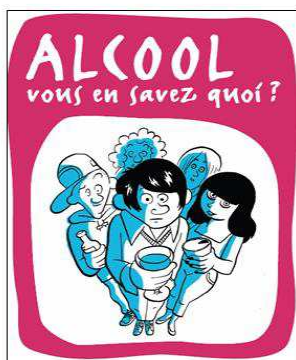
Prévention

Soin



A.N.P.A.A. 33

ANNEXE 6/ Livret d'information



ANNEXE 7/ Feuille de rappel sur l'intervention ultra brève (à l'attention des urgentistes)

Il est proposé aux **patients admis pour ivresse aiguë** de bénéficier de ce type d'intervention. Elle ne doit pas dépasser **5 à 10 minutes**. Elle est réalisée par l'équipe des Urgences.

SITUATION OU ELLE EST NECESSAIRE :

-Equipe ELSA absente + ADOSPA<2

-Equipe ELSA absente + ADOSPA≥2

1) "**Feedback**" donné au patient sur sa consommation d'alcool : quantité prise dans la soirée, quantité prise en moyenne dans la semaine.

2) Une explication au patient de la **notion "d'un verre d'alcool"** : se servir du visuel de la réglette ou du verre gradué.

ex= Un verre d'alcool= 25 cl de bière ordinaire = 10 cl de vin = 3 cl de whisky.

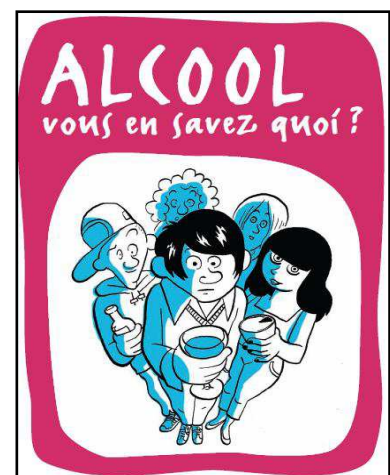
Une bouteille de vin c'est 8 verres.

Une bouteille de whisky, c'est 20 verres.

3) Une explication sur les **limites d'une consommation modérée d'alcool** : argent, santé, relations ...

4) **L'encouragement du patient à rester en dessous de ces limites** : réduire les occasions, les fréquences, les quantités, trouver des occupations de substitution.

5) La remise au patient **d'un livret d'aide**.



Questionnaire d'évaluation du protocole mis en place
vis-à-vis de la prise en charge des ivresses alcooliques aiguës
(IAA) du 17 mai 2013 au 14 juillet 2013
au SAU de Saint André.

1°) Trouvez vous que le nombre d'admission pour IAA des jeunes en SAU est un problème à l'heure actuelle ?

- Oui Non

2°) Trouvez vous que la prise en charge de ces IAA est :

- Non satisfaisante
 Satisfaisante
 Très satisfaisante

3°) Pensez vous qu'il est utile de mettre en place un protocole de prise en charge vis-à-vis des admissions pour IAA des jeunes aux urgences au niveau du risque addictologique et psychiatrique ?

- Oui
 Non

Et si non, pourquoi ?.....
.....
.....
.....

4°) Saviez vous qu'un protocole de prise en charge des IAA des 15-25 ans avait été mise en place de mai à juillet dernier ?

- Oui
- Non (si réponse « non » cochée, passez à la question 10)

5°) Avez-vous pu inclure des gens à ce protocole ?

- Oui
- Non

Et si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles) : Pas assez de temps.

- Méconnaissance du protocole
- Non compréhension du protocole
- autres, précisez.....

.....
.....

6°) Trouvez vous que le temps nécessaire à la réalisation du protocole par jeune est :

- Court
- Normal
- Trop long

7°) Trouvez vous que ce protocole est :

- Simple
- Normal
- Trop compliqué

8°) Trouvez vous le protocole :

- Utile
- Peu utile
- inutile

9°) Trouvez vous le protocole adapté aux urgences ?

- Très adapté Adapté Peu adapté Pas du tout adapté

10°) Pensez vous que ce protocole est viable au long terme aux urgences ?

- Viable Peu viable Non viable

11°) Combien de temps environ avez-vous passé par jeune en réalisant le protocole ?

- < 15min
 15-30 min
 > 30 min

12°) Ce protocole a-t-il amélioré votre prise en charge globale des admissions pour IAA des 15-25 ans ?

- Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

13°) Avez-vous trouvez un intérêt au questionnaire de vulnérabilité psychiatrique ?

Oui,

Pourquoi ?.....
.....
.....
.....
.....

Non,

Pourquoi ?.....
.....
.....
.....
.....

14°) Quels sont les points à améliorer vis-à-vis de la prise en charge globale des admissions aux urgences Saint André des 15-25ans pour IAA ?

.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 9/ TSTS et CAFARD

TSTS et CAFARD : dépistage d'un mal-être et de conduites à risque

Ce test permet de déterminer chez l'adolescent, en consultation courante, les situations où l'abond du risque suicidaire devient une nécessité.

Il participe à un ensemble d'attitudes qui permettent d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime pas.

TSTS

- Traumatologie
« As-tu déjà eu des blessures ou un accident, même très anodin, cette année ? »
- Sommeil
« As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
- Tabac
« As-tu déjà fumé, même si tu as arrêté ? »
- Stress
« Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif.

CAFARD

À chaque réponse positive obtenue au TSTS, il est proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés ».

- Sommeil → Cauchemars:
« Fais-tu souvent des cauchemars ? »
- Traumatologie → Agression:
« As-tu été victime d'une agression physique ? »
- Tabac → Fumeur quotidien:
« Fumes-tu tous les jours du tabac ? »
- Stress scolaire → Absentéisme:
« Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »
- Stress familial → Ressenti familial désagréable:
« Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

Trois réponses positives à l'ensemble du test concernent la moitié des adolescents ayant eu des idées suicidaires et rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal-être actuel ou passé.

