



HAL
open science

Caractérisation et devenir des patients alcoolodépendants hospitalisés par les urgences en service de médecine à orientation addictologique

Julien Azuar

► **To cite this version:**

Julien Azuar. Caractérisation et devenir des patients alcoolodépendants hospitalisés par les urgences en service de médecine à orientation addictologique. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01190503

HAL Id: dumas-01190503

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01190503>

Submitted on 1 Sep 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2013

N°53

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Caractérisation et devenir des patients alcoolodépendants
hospitalisés par les urgences en service de médecine
à orientation addictologique

Présentée et soutenue publiquement
le 23 avril 2013

Par

Julien AZUAR

Né le 23 février 1982 à Aix-en-Provence (13)

Dirigée par M. Le Docteur Frank Questel, PH

Jury :

M. Le Professeur Patrick Plaisance, PU-PH Président

M. Le Professeur Henri-Jean Aubin, PU-PH Membre

M. Le Professeur Frank Bellivier, PU-PH Membre

M. Le Docteur Eric Hispard, PH Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick PLAISANCE,

Vous me faites l'honneur et la joie de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse le Docteur Frank QUESTEL,

Pour son soutien, ses encouragements, son aide, grâce auxquels ce travail a pu aboutir. Merci pour ta disponibilité et ta sympathie.

A Monsieur le Professeur Henri-Jean AUBIN,

Vous me faites l'honneur et le plaisir de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon grand respect.

A Monsieur le Professeur Frank BELLIVIER,

Vous avez accepté de participer au jury de cette thèse, je suis heureux de vous témoigner ici l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Eric HISPARD,

Pour son soutien, sa disponibilité, sa profonde humanité. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, et merci pour ta confiance.

Au Docteur Florence VORSPAN,

Pour son expertise et sa sympathie dont elle m'a gratifié pour la réalisation de l'analyse statistique.

Je dédie cette thèse :

A ma fille Jeanne, née il y a quelques jours, et à **ma femme Laurence**, qui me remplissent de joie à chaque instant et m'aident à avancer.

A ma famille, particulièrement mes parents et ma sœur Carole, pour leur amour et leur soutien inconditionnel, qui m'ont permis de franchir les nombreuses étapes de ma formation.

A mes amis de toujours, Camille, Gautier, Vincent, Romain, Benoit, aux Marcheurs et aux Sconses, qui m'ont toujours soutenu et attendu quand j'étais moins disponible.

A mes amis de faculté et mes cointernes, Beghdad, Nadia, Elsa, Laurène, Cyril, Pierre, et tous les autres, qui m'ont accompagné durant ce long parcours d'études médicales.

Aux équipes médicales et para-médicales des **urgences de l'Hôtel-Dieu**, qui m'ont laissé le temps d'écrire cette thèse.

Aux équipes médicales et para-médicales du service de médecine de **Fernand Vidal**, qui m'accueillent chaleureusement à chacun de mes passages et qui m'ont laissé occuper leurs bureaux durant la rédaction.

A tous ceux que j'ai oubliés de citer.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	7
1 INTRODUCTION	8
1.1 CONTEXTE.....	9
1.1.1 <i>Les problématiques de l'alcool aux urgences</i>	9
1.1.2 <i>Le sevrage hospitalier</i>	11
1.1.3 <i>Le réseau de soins addictologique</i>	13
1.2 OBJECTIFS.....	16
2 MATERIEL ET METHODE	17
2.1 DEROULEMENT DE L'ETUDE	17
2.2 CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....	18
2.2.1 <i>Cohorte A : patients hospitalisé par les urgences</i>	18
2.2.1 <i>Cohorte B : patients en hospitalisation programmée</i>	18
2.3 RECUEIL DES DONNEES	19
2.3.1 <i>Mode de recueil</i>	19
2.3.2 <i>Variables recueillies</i>	19
2.4 ANALYSE STATISTIQUE.....	22
3 RESULTATS	23
3.1 EFFECTIF.....	23
3.1.1 <i>Cohorte A (unité Fiessinger)</i>	23
3.1.2 <i>Cohorte B (unité Féréol)</i>	23
3.2 COMPARAISON DES 2 COHORTES.....	24
3.2.1 <i>Critères généraux</i>	24
3.2.2 <i>Critère principal</i>	25
3.3 ETUDE DE LA COHORTE A : PATIENTS ALCOOLODEPENDANTS HOSPITALISES PAR LES URGENCES	26
3.3.1 <i>Caractéristiques</i>	26
3.3.2 <i>Facteurs influençant l'adhésion au suivi</i>	28
3.3.3 <i>Facteurs influençant la durée du séjour</i>	32
3.3.4 <i>Facteurs influençant la demande soins de suite</i>	34
4 DISCUSSION	36
4.1 PRINCIPAUX RESULTATS.....	36
4.1.1 <i>Caractérisation du patient alcoolodépendant hospitalisé par lesurgences</i>	36
4.1.2 <i>Intérêt de l'hospitalisation du patient alcoolodépendanten urgence</i>	38
4.2 LIMITES DE L'ETUDE.....	43
4.2.1 <i>Limites d'une étude rétrospective sur dossiers</i>	43
4.2.2 <i>Biais de recrutement</i>	43
4.3 PERSPECTIVES	44
4.3.1 <i>Les urgences comme porte d'entrée dans la filière de soins addictologiques</i>	44
4.3.2 <i>Cahier des charges d'un service d'addictologie aigue</i>	44
4.3.3 <i>Place du médecin généraliste dans le réseau de soins</i>	45
5 CONCLUSION	47

BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	53
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	55

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Comparaison des cohortes A (sevrage en urgence) et B (sevrage programmé)	24
Tableau 2 : Causes d'admission aux urgences.....	27
Tableau 3 : Facteurs influençant la venue à au moins 1 consultation dans l'année suivant la sortie de l'hôpital (variables quantitatives).....	28
Tableau 4 : Variables qualitatives selon la venue à au moins 1 consultation dans l'année suivant la sortie.....	28
Tableau 5 : Facteurs influençant la venue à au moins 5 consultations dans l'année suivant la sortie de l'hôpital (variables quantitatives).....	30
Tableau 6 : Variables qualitatives selon la venue à au moins 5 consultations dans l'année suivant la sortie.....	30
Tableau 7 : Facteurs influençant la durée de séjour	32
Tableau 8 : Facteurs qualitatifs influençant la demande de soins de suite.....	34
Tableau 9 : Variables quantitatives en fonction de la décision de transfert en soins de suite	34

Figure 1 : Répartition des âges dans la cohorte A.....	26
Figure 2 : Mode d'arrivée aux urgences.....	27

Annexe 1 : Arbre décisionnel extrait de la conférence de consensus de l'ANAES de septembre 2001 : <i>Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins</i>	53
Annexe 2 : Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification test)	54

1 INTRODUCTION

L'alcool, dans le monde et de surcroît en France, est un problème historique de santé publique. Une récente méta-analyse montre qu'en 2009, 45000 morts (dont 25.5% de femmes) sont imputables à une consommation excessive de boissons alcoolisées, représentant 9.2 % de la mortalité dans notre pays. Les causes principales sont les décès par cancer (15000), causes externes, incluant accidents et suicides (8000), maladies cardio-vasculaires (12000), maladies digestives (8000) et causes neurologiques (1300)¹. L'alcool est en outre la troisième cause de mortalité et morbidité prématurée en Europe, après le tabac et l'hypertension artérielle². Dans la population française, on estime que 28 % des 18-75 ans sont des buveurs à risque ponctuel et 9 % des buveurs à risque chronique, selon les critères du test AUDIT-C³.

Si le médecin généraliste est en première ligne pour le repérage et le traitement ambulatoire des troubles liés à l'alcool chez les patients motivés et socialement insérés, le traitement résidentiel, bien que plus onéreux, reste indispensable dans certaines indications, de plus en plus précises⁴. Les services d'urgences pourraient être pour ces patients une « porte d'entrée » dans le système de soins addictologique. Mais la charge de travail importante et l'engorgement chronique de ces services, associés à l'idée dominante qu'il ne faut pas hospitaliser en urgence un patient pour sevrage alcoolique, aboutissent à une large proportion (50 à 62%) de patients sortant sans proposition d'aide ou de suivi alcoologique spécifique^{5,6}.

L'hospitalisation en urgence du patient alcoolodépendant d'emblée dans une structure spécialisée d'addictologie pourrait-elle être bénéfique en termes de pronostic de la maladie alcoolique ? A quels patients, et dans quelles indications pourrait-elle être proposée ? Comment orienter le patient demandant un sevrage en urgence ? Le travail présenté ici vise à avancer sur ces questions en s'intéressant aux caractéristiques et au devenir alcoologique d'un groupe de patients alcoolodépendants hospitalisés via les urgences dans un service de médecine à orientation addictologique.

1.1 CONTEXTE

1.1.1 Les problématiques de l'alcool aux urgences

Si la consommation totale d'alcool est en baisse depuis plusieurs années, la proportion des passages en rapport avec l'alcool dans les services d'urgence reste stable depuis des décennies⁷. En effet, 5 à 30% des patients admis aux urgences dans le monde (10 à 15 % en France⁵) présentent une alcoolisation aiguë, associée fréquemment aux mêmes états morbides (tentative de suicide, traumatismes, violence, affections psychiatriques)^{8,9,10}. On note un changement des modes de consommation, avec une augmentation des alcoolisations massives (caractérisées par une alcoolémie supérieure à 3 g/l)¹¹, et de la pratique du *binge drinking*, consistant à boire de grandes quantités d'alcool en peu de temps, pratique principalement répandue chez les étudiants¹².

La prise en charge des troubles de l'alcoolisation aux urgences a plusieurs aspects :

- curatif, en cas d'intoxication alcoolique mal tolérée, de syndrome de sevrage alcoolique, de traumatisme ou d'autre décompensation de comorbidités
- préventif, le service des urgences étant un lieu de choix pour l'identification des sujets à risque et l'administration de conseils de modération.

L'aspect curatif est protocolaire et bien connu des médecins urgentistes. En revanche l'importance de la prise en charge préventive est souvent oubliée, faute de temps ou d'investissement.

La pratique de l'intervention brève a pourtant fait ses preuves, tant au niveau du patient (réduction des alcoolisations à risque à court terme et de la consommation^{13,14}) qu'au niveau du système de santé (baisse de la fréquentation aux urgences et des dépenses engendrées¹⁵). L'intervention brève est un court entretien inspiré par les thérapies motivationnelles, dont les étapes sont énoncées dans l'acronyme anglo-saxon FRAMES (*Feedback on risk, Responsibility, Advice to Change, Menu of strategies, Empathy, Self-efficacy*) et qui vise à une prise de conscience initiale du problème.

Cette intervention brève est précédée d'un repérage des patients à risque. Une étude française réalisée dans 3 hôpitaux à Paris et Bordeaux en 2009, a montré qu'en effectuant un dépistage de tous les patients se présentant dans le service d'urgence à l'aide de deux auto-questionnaires validés (CAGE et AUDIT), 9.5% des patients

présentaient les critères DSM-IV de troubles liés à l'alcool¹⁶. Malheureusement ce repérage, bien que peu chronophage, est rarement bien fait¹⁷. Dans une autre étude, réalisée en 2006 dans deux hôpitaux à Sydney en Australie, auprès des médecins et infirmiers des services d'urgence, seulement 5% des protagonistes effectuaient un repérage des problèmes d'alcool, et seulement 16% effectuaient des interventions brèves, évoquant dans 85% des cas le manque de motivation du patient, rendant ces pratiques difficiles¹⁸.

La prise en charge des patients alcoolisés, présentant des troubles du comportement, est en effet difficile, et explique en partie l'implication moindre du personnel soignant. Si dans certains pays le patient alcoolisé est considéré comme indésirable et clairement responsable de troubles dans l'équipe soignante¹⁹, l'attitude des soignants en France est plus complaisante. L'aspect social et convivial de la prise d'alcool ancrée dans nos traditions rend difficile le discernement entre une utilisation adaptée ou pathologique du produit⁵. Le patient alcoolisé n'est pas toujours considéré comme souffrant, et sa prise en charge s'arrête au moment où il décide de sortir du service, sans perspective de traitement d'un problème d'alcoolodépendance sous-jacent. Cela explique le nombre important de patients revenant à plusieurs reprises, la même année et souvent dans le même hôpital²⁰.

La conférence de consensus de l'ANAES sur la prise en charge de l'ivresse aiguë dans les services d'urgence, datant de septembre 2001, insistait sur la nécessité d'organiser un suivi au sortir des urgences²¹. Dans l'arbre décisionnel inclus dans ces recommandations (Annexe 1), un « spécialiste en addictologie » a ce rôle organisationnel : outre la réalisation d'une intervention brève, il doit pouvoir proposer un suivi en consultation (sans précision sur le délai), donner un livret d'aide et prévenir le médecin traitant. Dans la pratique, ce sont les ELSA (Equipes de Liaisons et de Soins en Addictologie) qui depuis 2001 ont ce rôle. Malheureusement les ELSA ne sont pas présentes dans tous les établissements, et n'ont souvent pas la disponibilité nécessaire face à la demande importante des services d'urgence, faute de moyens. Les ELSA ne peuvent en effet pas être présentes en permanence sur le site, cela sous-entendrait un effectif assez conséquent pour établir un planning de gardes. Quand elles sont présentes, la rareté des lits d'aval à orientation addictologique rend leur tâche difficile (*cf.* paragraphe 1.1.3).

Le patient hospitalisé en urgence l'est le plus souvent pour raison somatique, et est donc orienté vers des services de spécialité (cardiologie, neurologie, hépato-gastro-entérologie, médecine interne). Les soins sont alors centrés sur la pathologie dominante, la problématique alcoolique n'étant que peu ou pas abordée pour de multiples raisons : manque de connaissance en addictologie, banalisation de l'ivresse ou au contraire sentiment de prise en charge vouée à l'échec, problématique sociale complexe, patients réputés « difficiles », obsession de la durée de moyenne de séjour courte...

1.1.2 Le sevrage hospitalier

Les indications d'un sevrage hospitalier en urgence sont actuellement⁴ :

- *les ivresses compliquées* : elles peuvent être marquées par un trouble de conscience, une agitation, une détresse respiratoire ou autre défaillance d'organe, et le recours au réanimateur s'avère parfois nécessaire.
- *Les ivresses pathologiques* : il s'agit d'un trouble psychiatrique temporaire, mais constituant une urgence diagnostique et thérapeutique. Elles sont plus fréquentes chez les patients présentant des troubles de la personnalité. Les patients présentent une grande agitation, parfois des hallucinations. La prise en charge se solde fréquemment par une contention physique et chimique, afin de garantir la sécurité du patient.
- *Les ivresses chez les patients mineurs* : ces hospitalisations sont souvent courtes, reposant sur la réalisation d'une intervention brève centrée sur les conduites à risque, l'évaluation de la situation addicto-psycho-sociale, et devraient en théorie déboucher vers un suivi régulier, ce qui semble illusoire.

En dehors de ces indications d'hospitalisation en urgence, l'hospitalisation sera le plus souvent programmée et différée, s'il y a toutefois une indication à effectuer un sevrage résidentiel. Celles-ci sont ^{22,23}:

- *les contre-indications au sevrage ambulatoire*, présentes chez 10 à 30% des malades : risque élevé de syndrome de sevrage compliqué, abus ou dépendance à une autre substance, facteurs environnementaux ou sociaux défavorables, comorbidités somatiques, problèmes comportementaux ou cognitifs, échec de

sevrage ambulatoire antérieur bien conduit.

- *la demande du patient*, dans le but de s'éloigner d'un environnement défavorable
- *La nécessité de mise en place d'une intervention spécifique* (psychothérapeutique, médicale ou sociale) avant un sevrage ambulatoire
- *Une motivation suffisante à s'engager dans un projet résidentiel*, point présenté comme essentiel, que nous discuterons plus loin.
- *Situation de « crise addictologique »*, engageant à court terme le pronostic vital (risque de passage à l'acte suicidaire, mise en danger somatique)

Le sevrage ambulatoire est donc au final bien plus utilisé, car moins cher et de même efficacité⁴. Il est peut être également choisi par défaut, le nombre de places d'hospitalisation étant très limité et les délais d'attente trop importants (bien que la couverture du territoire national se soit nettement améliorée ces dernières années). Il ne faut cependant pas omettre de rappeler les avantages du sevrage résidentiel : la mise à distance de l'environnement habituel pour un environnement enclin à garantir le sevrage, une surveillance continue, la possibilité de prise en charge concomitante des comorbidités somatiques et psychiatriques, et enfin le soulagement de l'entourage. Ce dernier point a été mis en valeur dans une récente étude allemande, montrant une baisse significative du fardeau financier et moral reposant sur ces soignants informels que sont souvent les proches des personnes alcooliques²⁴.

Il n'existe pas de consensus sur la durée d'hospitalisation. La littérature semble plutôt en faveur d'hospitalisations courtes, de 1 à 3 semaines, les sevrages résidentiels de longue durée n'ayant pas fait leurs preuves en comparaison aux courtes durées en matière d'abstinence⁴. La durée peut dépendre de la structure et de son niveau :

- *les structures de niveau 1*, s'occupant de sevrages simples, ne proposent pas de prise en charge psychosociale particulière, ni d'ateliers thérapeutiques. Le séjour ne dure souvent qu'une semaine, correspondant au traitement du syndrome de sevrage et un court bilan somatique.
- *les structures de niveau 2 et 3* (la dernière ayant en plus une mission d'enseignement et de recherche), possèdent une équipe plus complète et variée (psychologues, ergothérapeutes, éducateurs) et permettent des séjours plus longs, de plusieurs semaines à plusieurs mois. La durée d'un sevrage résidentiel

dit « complexe » validée par l'assurance maladie est comprise entre 11 et 14 nuits. Les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) qui en font partie, permettent des séjours allant de 1 à 3 mois centrés sur le soin addictologique (groupes de paroles, ateliers thérapeutiques, thérapie cognitivo-comportementale, soutien psychothérapeutique...).

Les hôpitaux de jour complètent le dispositif hospitalier, facilitant les sevrages ambulatoires ou permettant un retour progressif à l'environnement social en relai d'un sevrage hospitalier.

La sortie d'hospitalisation doit dans tous les cas être anticipée et s'articuler avec le réseau de soins ambulatoires.

1.1.3 Le réseau de soins addictologique

Le développement des réseaux de soins et leur structuration a nécessité une quarantaine d'année, depuis la réunion spontanée des rares professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des toxicomanes dans les années 70, l'extension forcée vers les pathologies infectieuses émergentes dans les années 80 (hépatite C, VIH) et finalement leur conceptualisation et leur évaluation dans les années 90, les révélant d'un intérêt majeur dans les soins addictologiques.

Les premiers « réseaux ville-hôpital » sont nés de la réunion de médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens et travailleurs sociaux, pour faciliter la prise en charge complexe des patients séropositifs au VIH, dépassant les capacités des organisations traditionnelles. Leur champ d'action s'est vite étendu à d'autres problèmes de santé, notamment les maladies chroniques. Les acteurs de ces « réseaux de santé », bénévoles au départ, furent reconnus en 1991 par une première circulaire de la Direction Générale de la Santé, officialisant le rôle et le bienfondé de ces structures concernant le VIH. En 1994 suivirent d'autres circulaires concernant plus spécifiquement les soins aux toxicomanes. Le financement officiel des réseaux put commencer en 1999 avec la naissance du FAQSV (Fond d'Amélioration de la Qualité de Soins en Ville). C'est enfin la loi du 4 mars 2002 qui figera une définition officielle : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines*

populations, pathologies ou activités sanitaires »²⁵.

Les quatre grands composants du réseau de soins addictologiques sont donc actuellement :

- le secteur libéral, comprenant des médecins généralistes, des infirmiers, des pharmaciens et des spécialistes
- l'hôpital, à travers ses urgences, ses services et ses ELSA (Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie). Les ELSA sont au nombre de 250 en France²⁶, sont constituées d'un ou plusieurs médecins addictologues, infirmiers et travailleurs sociaux. Leurs missions sont multiples²⁷ : aux urgences, elles ont donc un rôle de formation du personnel soignant, d'organisation des protocoles de prise en charge et des modalités de repérage, et d'organisation des liens avec le réseau de soins ; dans les autres services, elles doivent garantir un partenariat intra et extra-hospitalier, avec une approche transversale facilitant les liens avec les acteurs internes (spécialistes, psychiatres) et externes (pharmacies, réseaux...) ; enfin, elles interviennent dans la prise en charge des patients fragiles (adolescents, femmes enceintes, sans-domicile fixe).
- les CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de prévention en addictologie) : ces structures résultent du regroupement des CCAA (Centres de cure ambulatoire en addictologie) et des CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes). Les soins y sont gratuits et dispensés par des médecins somaticiens, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux. Ils sont au nombre de 270 actuellement²⁸.
- Les associations de malades, plus particulièrement les mouvements d'anciens buveurs.

Le réseau a comme fonction première la mise en relation des acteurs auxquels il s'adresse : le patient, bien sûr, facilitant son accès à des soins et une prise en charge multidisciplinaires ; son entourage, lui apportant informations et soutien ; la population générale, en prévention primaire ; les différents professionnels de santé, leur proposant formation et relais dans la prise en charge.

Plus de dix ans après leur officialisation, 27 à 44 % des généralistes participent à un réseau de soins²⁹, mais rarement aux réseaux d'addictologie, leur financement n'étant

pas pérenne³⁰.

La question de la « porte d'entrée » vers le système de soins addictologiques se pose à nouveau pour les grands exclus : l'Observatoire du Samu Social de Paris observe que 76% des personnes sans-abris consomment régulièrement de l'alcool (en moyenne 3 litres de vin par jour), 20% d'entre elles ayant commencé leur alcoolisation dans la rue²².

1.2 OBJECTIFS

Dans cette étude rétrospective sur dossiers, nous étudierons les caractéristiques des patients alcoolodépendants hospitalisés via les urgences en service de médecine à orientation addictologique et la qualité de leur suivi addictologique ultérieur. Nous tenterons ainsi de mettre en évidence l'intérêt d'une orientation précoce dans une structure de soins spécialisée en addictologie, notamment en ce qui concerne l'adhésion au suivi addictologique, qui conditionne le pronostic de la maladie alcoolique.

Dans un second temps, nous étudierons les facteurs influant la durée d'hospitalisation en aval des urgences, l'orientation du patient au décours de l'hospitalisation et les facteurs prédictifs d'un retour en consultation et d'un suivi prolongé.

Nous discuterons enfin de la pertinence d'une filière d'addictologie d'urgence, et de la place de chacun des acteurs du réseau de soins addictologique, en particulier celle du médecin généraliste.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 DEROULEMENT DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective sur dossier, réalisée dans le service de Médecine addictologique de l'hôpital Fernand Widal (groupe hospitalier Lariboisière-Saint-Louis-Fernand Widal), à Paris.

Ce service hospitalo-universitaire de médecine interne à orientation addictologique est spécialisé dans la prise en charge des patients présentant des addictions aux produits psychoactifs (alcool, tabac, médicaments psychotropes, héroïne, cocaïne, cannabis). La diversité des spécialités représentées dans le service permet la réalisation de bilans somatiques des complications induites par les produits (cardiologiques, neurologiques, dermatologiques, gastro-entérologies, hépatiques, ORL, ophtalmologiques...) et l'organisation d'activités thérapeutiques spécifiques de groupes et individuelles, animées par des médecins addictologues, des psychologues et psychomotriciens.

Le service regroupe une activité de consultation, un secteur d'hospitalisation de jour, et 2 secteurs d'hospitalisation conventionnelle comptant au total 48 lits:

- une salle (Fiessinger) de 24 lits d'addictologie aigue, assurant l'aval addictologique des services d'urgences du groupe hospitalier (comprenant les hôpitaux St Louis et Lariboisière), la prise en charge des situations de « crise addictologique » et des complications ou comorbidités somatiques.
- une salle (Féréol) de 24 lits spécialisée dans les sevrages programmés, majoritairement d'alcool, simples ou complexes, de patients adressés par des médecins généralistes, des médecins du travail, et des médecins addictologues (réseau de soins Ville-hôpital, CSAPA)

Les patients des deux salles, recrutés par des filières différentes, ont cependant accès aux mêmes ateliers thérapeutiques et prises en charges somatiques, psychiatriques et sociales avec une organisation qui tient compte de l'état clinique du patient (contre-indications à certains ateliers thérapeutiques) et des soins prioritaires (complications somatiques aiguës)

Cette organisation particulière a permis le recrutement de 2 cohortes, une dans chaque salle selon les modalités exposées ci-dessous. Nous les nommerons cohorte A (hospitalisation en urgence) et cohorte B (hospitalisation programmée).

2.2 CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

2.2.1 Cohorte A : patients hospitalisés par les urgences

2.2.1.1 Critères d'inclusion :

- Patient alcoolodépendant, selon les critères du Questionnaire AUDIT (cf. annexe 2)
- Admis dans la salle Fiessinger entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011 inclus
- En provenance d'un service d'urgences ou de réanimation

2.2.1.2 Critères d'exclusion :

- Patient hospitalisé précédemment dans le service

2.2.1 Cohorte B : patients en hospitalisation programmée

2.2.1.1 Critères d'inclusion :

- Patient alcoolodépendant, selon questionnaire AUDIT
- Admis dans la salle Féréol à partir du 1er janvier 2011. Fin des inclusions le 29 novembre 2011 afin d'avoir le même nombre de patients dans les deux groupe
- Sevrage alcoolique programmé

2.2.1.2 Critères d'exclusion :

- Antécédent d'hospitalisation pour sevrage alcoolique

Tous les patients inclus sont méconnus du service ou perdus de vue depuis plus de 2 ans.

2.3 RECUEIL DES DONNEES

2.3.1 Mode de recueil

Les informations cliniques ont été recueillies sur les dossiers informatisés dans un premier temps, à partir des comptes-rendus hospitaliers et des serveurs de résultats d'examens complémentaires. Dans un second temps, en cas d'informations manquantes, les dossiers papier ont été consultés.

Les informations concernant le nombre de consultations honorées ont également été récupérées sur les serveurs informatiques de l'hôpital.

Aucune information n'a été recueillie par téléphone. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel.

2.3.2 Variables recueillies

Pour chaque patient inclus, ont été recueillies les informations suivantes :

- Age, sexe
- Durée d'hospitalisation
- Orientation du patient à sa sortie du service
- Existence ou non d'un médecin traitant déclaré
- Emploi : les patients en arrêt de travail ont été classés avec les patients ayant un emploi
- Existence ou non d'une couverture sociale
- Logement : les patients habitant en foyer ont été classés comme sans domicile fixe

- Isolement : les patients sans domicile fixe ont été classés comme isolés, y compris ceux vivant en foyer ou en communauté (absence de lien familial ou social)
- Ancienneté de la consommation alcoolique : correspondant au début de la perte de contrôle de la consommation d'alcool selon le patient.
- Comorbidités somatiques:
 - complications cardio-vasculaires (accident vasculaire cérébral, coronaropathie, insuffisance cardiaque)
 - complications hépatospléniques (cirrhose, pancréatite)
 - troubles cognitifs (recherchés pour chaque patient par un triple test psychométrique incluant MMS, test de l'horloge et test des 5 mots)
 - dénutrition biologique (définie par une albuminémie < 30g/l ³¹)
 - cancer évolutif
- Comorbidités psychiatriques (y compris dépression, antécédents de tentatives de suicide)
- Nombre de consultations avec le médecin addictologue référent honorées dans l'année suivant la sortie de l'hôpital (1 ou plus, 5 ou plus) : critère principal.

La fréquence habituelle des consultations de suivi alcoologique au décours d'une hospitalisation est de 1 consultation dans les 15 jours suivant la sortie, puis de 1 consultation au minimum tous les mois, on peut donc considérer que 5 consultations honorées correspondent approximativement à un suivi de 5 mois.

Des données spécifiques ont été recueillies uniquement au sein de la cohorte A :

- Mode d'arrivée aux urgences : seul ou accompagné par un tiers (pompiers, famille, ami)
- Antécédent de suivi addictologique ou de tentative de sevrage

- Demande de sevrage en urgence exprimée par le patient lors de son passage aux urgences.

2.4 ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package of the Social Science, 17.0) :

- Les variables qualitatives (sexe, médecin traitant déclaré, emploi, couverture sociale, logement, isolement, comorbidités psychiatriques et somatiques, orientation, critère principal) ont été comparées par un test Chi2
- Les variables quantitatives (âge, durée d'hospitalisation, ancienneté de la consommation) et moyennes ont été comparées par un test Anova
- Recherche de facteurs indépendants : analyse multivariée avec test de régression logistique.

3 RESULTATS

3.1 EFFECTIF

Au total, 60 patients ont été recrutés dans chaque cohorte.

3.1.1 Cohorte A (unité Fiessinger)

Sur les 469 séjours de l'unité Fiessinger sur l'année 2011, 106 dossiers ont été sélectionnés, correspondant aux patients en provenance d'un SAU, ou d'un service de réanimation. 46 dossiers ont été exclus : il s'agissait soit de doublons (patients ré-hospitalisés au cours de la même année), soit de patients non alcoolodépendants (hospitalisés pour d'autres addictions ou problèmes somatiques indépendants). Au total 60 dossiers ont été analysés.

3.1.2 Cohorte B (unité Féréol)

On compte 492 séjours dans l'unité Féréol durant l'année 2011. Les 60 premiers patients correspondants aux critères d'inclusions ont été retenus, arrêtant la période d'inclusion au 27 novembre 2011.

3.2 COMPARAISON DES 2 COHORTES

Les cohortes ont été comparées sur tous les critères communs. Les résultats sont reportés dans le tableau 1.

		Hospitalisation en urgence (Cohorte A) n=60	Hospitalisation programmée (Cohorte B) n=60	p
Sexe	Homme	85%	75%	0.127
	Femme	15%	25%	
Age moyen		52.4 (34-79)	44.9 (25-71)	0.001
Médecin traitant déclaré		50%	43.3%	0.292
Travail		33.3%	66.7%	< 0.001
Domicile		75%	86.7%	0.082
Isolement		58.3%	55%	0.427
Couverture sociale		81.7%	93.3%	0.048
Comorbidité psychiatrique		50%	58.3%	0.232
Comorbidité somatique		55%	16.7%	< 0.001
	Cardio-vasculaire	13.3%	5%	0.102
	Hépto-pancréatique	26.7%	5%	< 0.001
	Troubles cognitifs	35%	6.7%	< 0.001
	Cancer évolutif	1.7%	3.3%	0.500
	Dénutrition	50%	0%	< 0.001
Ancienneté moyenne de l'intoxication (en années)		19.4 (1-44)	16.4 (1-50)	0.225
Durée moyenne de séjour (en jours)		20.3 (2-111)	14.2 (4-34)	< 0.001
Transfert en soins de suite		13.3%	16.7%	0.399
Présence à au moins 1 consultation		56.7%	65%	0.227
Présence à au moins 5 consultations		21.7%	31.7%	0.151

Tableau 1 : Comparaison des cohortes A (sevrage en urgence) et B (sevrage programmé)

3.2.1 Critères généraux

Des différences significatives ($p < 0.05$) ont été notées sur 9 critères : l'âge moyen, l'emploi, la couverture sociale, les comorbidités somatiques, plus précisément comorbidités hépto-pancréatiques, troubles cognitifs, dénutrition, et enfin la durée moyenne de séjour.

Les patients hospitalisés par les urgences sont plus âgés, ont moins souvent un emploi, ont moins souvent une couverture sociale, ont plus de comorbidités somatiques, de comorbidité hépto-pancréatiques, de troubles cognitifs, sont plus dénutris que les patients hospitalisés pour sevrage programmé.

Après application d'un modèle de régression logistique descendante conditionnelle à ces critères, on note 3 facteurs indépendants : la comorbidité hépto-pancréatique ($p = 0.026$), les troubles cognitifs ($p = 0.049$) et la dénutrition ($p < 0.001$).

3.2.2 Critère principal

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'adhésion au suivi addictologique, à savoir la présence à au moins 1 ou 5 consultations dans l'année suivant la sortie de l'hôpital (cf. tableau 1) : 56.7% des patients du groupe A reviennent à au moins 1 consultation contre 65% dans le groupe B ; 21.7% des patients du groupe A reviennent à au moins 5 consultations contre 31.7 dans le groupe B.

3.3 ETUDE DE LA COHORTE A : PATIENTS ALCOOLODEPENDANTS HOSPITALISES PAR LES URGENCES

3.3.1 Caractéristiques

3.3.1.1 Caractéristiques générales

Les caractéristiques générales de la cohorte A sont reportées dans le tableau 1. Les âges sont repartis selon la figure 1. Les patients inclus ont de 34 à 79 ans avec une répartition relativement homogène. La tranche d'âge la plus représentée est la tranche 51-55 ans.

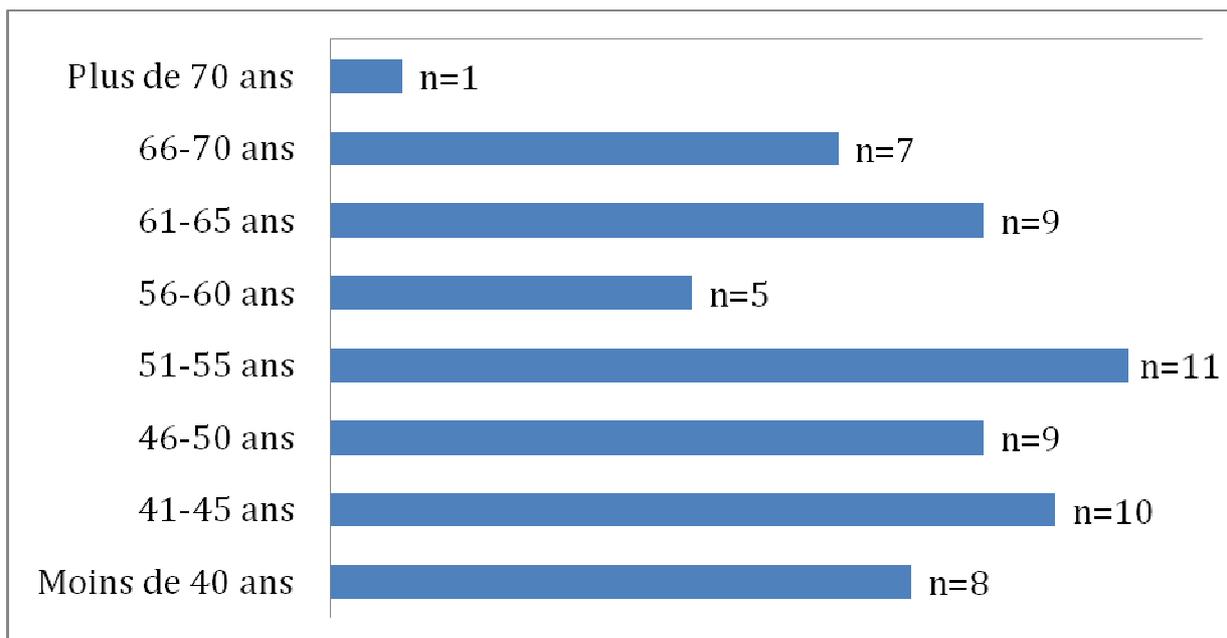


Figure 1 : Répartition des âges dans la cohorte A

3.3.1.2 Mode d'arrivée aux urgences

Le mode d'arrivée des patients aux urgences est reporté sur la figure 2.

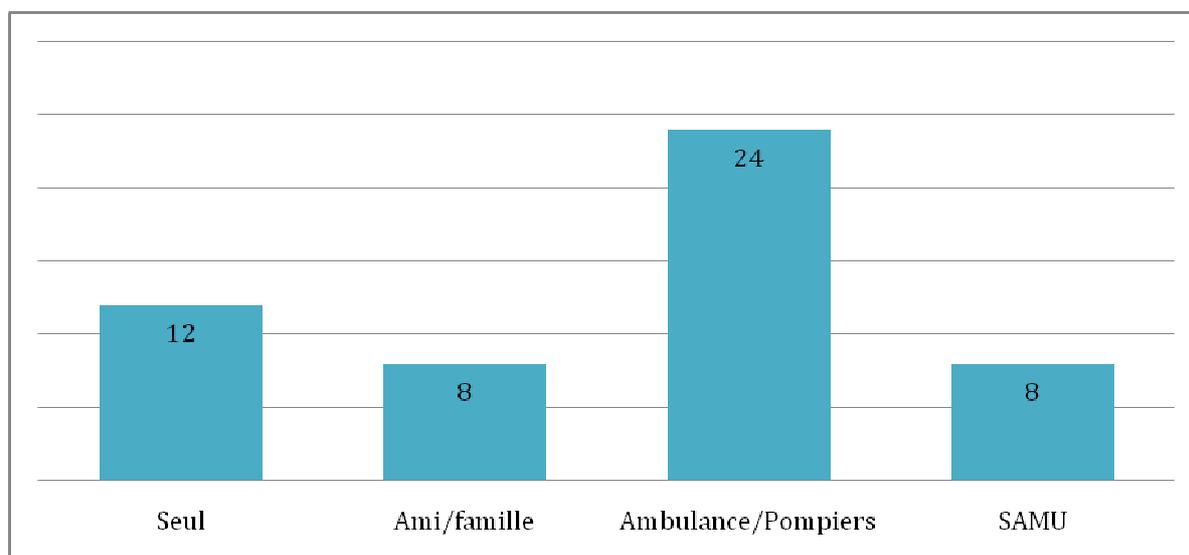


Figure 2 : Mode d'arrivée aux urgences

3.3.1.3 Causes d'admission aux urgences

Les causes d'admission aux urgences, telles que notées sur la fiche d'admission, sont reportées dans le tableau 2.

Les 6 premières causes (crise comitiale, altération de l'état général, syndrome de sevrage, coma, chute et ivresse aigue) constituent 53,3% des motifs d'admissions.

Crise comitiale	7
Altération de l'état général	6
Syndrome de sevrage	6
Coma	5
Chute	4
Ivresse aigue	4
Confusion	3
Demande de sevrage	3
Hypothermie	2
Traumatisme crânien	2
Troubles du comportement	2
Douleur abdominale	1
Douleur thoracique	1
Dyspnée	1
Electrocution	1
Hémoptysie	1
Hépatite alcoolique aigue	1
Idées suicidaires	1
Lésions cutanées	1
Malaise	1
Méléna	1
Oedèmes des membres inférieurs	1
Tachycardie	1
Tremblements	1
Troubles de l'équilibre	1
Troubles cognitifs	1
Troubles digestifs	1

Tableau 2 : Causes d'admission aux urgences

3.3.2 Facteurs influençant l'adhésion au suivi

3.3.2.1 Venue à au moins 1 consultation dans l'année suivant la sortie

Les facteurs influençant la venue à au moins une consultation dans l'année suivant la sortie sont reportés dans les tableaux 3 et 4.

	Pourcentage de patients venus à au moins une consultation dans l'année suivant la sortie		<i>p</i>
Sexe (Homme/Femme)	49%	100%	0.004
Médecin traitant déclaré (Oui/Non)	70%	43%	0.034
Travail (Oui/Non)	70%	50%	0.115
Domicile (Oui/Non)	71%	13%	<0.001
Isolement (Oui/Non)	46%	72%	0.038
Couverture sociale (Oui/Non)	61%	36%	0.122
Comorbidité psychiatrique (Oui/Non)	67%	47%	0.096
Comorbidité somatique (Oui/Non)	58%	56%	0.541
Cardio-vasculaire (Oui/Non)	63%	56%	0.515
Hépatopancréatique (Oui/Non)	44%	61%	0.178
Troubles cognitifs (Oui/Non)	67%	51%	0.192
Cancer évolutif (Oui/Non)	100% ^a	56%	0.567
Dénutrition (Oui/Non)	50%	68%	0.142
Antécédent de suivi addictologique (Oui/Non)	76%	44%	0.028
Mode d'arrivée aux urgences (Seul/Tiers)	58%	63%	0.525
Demande de sevrage en urgence (Oui/Non)	63%	56%	0.515
Transfert en soins de suite (Oui/Non)	75%	54%	0.223

^a effectif faible (1 patient)

Tableau 3 : Facteurs influençant la venue à au moins 1 consultation dans l'année suivant la sortie de l'hôpital (variables quantitatives)

	Venue à au moins 1 consultation dans l'année suivant la sortie		<i>p</i>
	Oui	Non	
Age moyen	54.8 ± 10.8	49.2 ± 10.0	0.042
Ancienneté moyenne de l'intoxication (en années)	16.9 ± 13.0	22.7 ± 12.0	0.189
Durée moyenne de séjour (en jours)	21.4 ± 18.6	18.9 ± 13.3	0.554

Tableau 4 : Variables qualitatives selon la venue à au moins 1 consultation dans l'année suivant la sortie

Les sujets qui reviennent en consultation de suivi alcoologique au moins une fois sont significativement différents de ceux qui ne reviennent pas pour les critères suivants :

- l'âge : les sujets qui reviennent sont plus âgés (54,8 ans versus 49,2 ans, $p=0.042$)
- Le sexe : les femmes reviennent plus que les hommes (100 % versus 49 %, $p=0.004$)
- la déclaration d'un médecin traitant : les patients ayant un médecin traitant déclaré reviennent plus que ceux n'en ayant pas (70% versus 43%, $p=0.034$)
- le fait d'avoir un domicile : les patients ayant un domicile reviennent plus que les patients sans domicile fixe (71% versus 13%, $p<0.001$)
- le fait de vivre seul (isolement) : les patients qui reviennent sont moins isolés (46% versus 72%, $p=0.038$)
- le fait d'avoir des antécédents de suivi addictologique : les patients ayant déjà bénéficié d'un suivi addictologique reviennent plus que ceux n'en ayant jamais eu (76% versus 44%, $p=0.028$).

Après régression logistique, on retrouve trois facteurs indépendants : le sexe (p incalculable, 100% des femmes de la cohorte ayant suivi la première consultation), le fait d'avoir un médecin traitant déclaré ($p=0.095$) et le fait d'avoir un domicile ($p=0.031$).

3.3.2.2 Venue à au moins 5 consultations dans l'année suivant la sortie

Les facteurs influençant la venue à au moins 5 consultations dans l'année suivant la sortie sont reportés dans les tableaux 5 et 6.

	Pourcentage de patients venus à au moins cinq consultations dans l'année suivant la sortie		<i>p</i>
Sexe (Homme/Femme)	17,6%	44,4%	0,092
Médecin traitant déclaré (Oui/Non)	30,0%	13,3%	0,105
Travail (Oui/Non)	20,0%	22,5%	0,552
Domicile (Oui/Non)	26,7%	6,7%	0,098
Isolement (Oui/Non)	11,4%	36,0%	0,025
Couverture sociale (Oui/Non)	20,4%	27,3%	0,443
Comorbidité psychiatrique (Oui/Non)	26,7%	16,7%	0,226
Comorbidité somatique (Oui/Non)	27,3%	14,8%	0,199
Cardio-vasculaire (Oui/Non)	25,0%	21,2%	0,558
Hépto-pancréatique (Oui/Non)	6,3%	27,3%	0,075
Troubles cognitifs (Oui/Non)	33,3%	15,4%	0,101
Cancer évolutif (Oui/Non)	100% ^a	20,3%	0,217
Dénutrition (Oui/Non)	23,3%	16,0%	0,370
Antécédent de suivi addictologique (Oui/Non)	33,3%	8,7%	0,049
Mode d'arrivée aux urgences (Seul/Tiers)	30,0%	8,3%	0,125
Demande de sevrage en urgence (Oui/Non)	12,5%	23,1%	0,442
Transfert en soins de suite (Oui/Non)	12,5%	23,1%	0,442

^a effectif faible (1 patient)

Tableau 5 : Facteurs influençant la venue à au moins 5 consultations dans l'année suivant la sortie de l'hôpital (variables quantitatives).

	Venue à au moins 5 consultations dans l'année suivant la sortie		<i>p</i>
	Oui	Non	
Age moyen	55.2 ± 12.4	51.6 ± 10.3	0.287
Ancienneté moyenne de l'intoxication (en années)	8.4 ± 4.0	22.1 ± 12.7	0.009
Durée moyenne de séjour (en jours)	19.2 ± 10.6	20.6 ± 17.8	0.787

Tableau 6 : Variables qualitatives selon la venue à au moins 5 consultations dans l'année suivant la sortie

Les sujets qui reviennent à au moins 5 consultations de suivi sont significativement différents de ceux qui ne reviennent pas pour les critères suivants :

- L'ancienneté de la consommation : ceux qui reviennent ont une durée de consommation avec perte de contrôle moins longue que ceux qui ne reviennent pas (8 ans versus 22 ans)
- le fait de vivre seul (isolement) : les patients qui reviennent sont moins isolés (11.4% versus 36%, $p=0.025$)
- le fait d'avoir des antécédents de suivi addictologique : les patients ayant déjà bénéficié d'un suivi addictologique reviennent plus que ceux n'en ayant jamais eu (33.3% versus 8.7%, $p=0.049$).

Après régression logistique on retrouve deux facteurs indépendants prédictifs d'un suivi prolongé : une intoxication alcoolique chronique plus récente ($p=0.054$) et l'existence d'un suivi addictologique antérieur ($p=0.054$).

3.3.3 Facteurs influençant la durée du séjour

L'influence des facteurs étudiés sur la durée du séjour est reportée dans le tableau 7.

	Durée de séjour moyenne (en jours)		p
Sexe (Homme/Femme)	20,4	19,9	0,931
Médecin traitant déclaré (Oui/Non)	18,0	22,6	0,281
Travail (Oui/Non)	15,9	22,5	0,145
Domicile (Oui/Non)	22,3	14,5	0,111
Isolement (Oui/Non)	18,0	23,6	0,201
Couverture sociale (Oui/Non)	21,6	14,4	0,191
Comorbidité psychiatrique (Oui/Non)	19,9	20,7	0,852
Comorbidité somatique (Oui/Non)	25,7	13,7	0,004
Cardio-vasculaire (Oui/Non)	33,5	18,3	0,013
Hépto-pancréatique (Oui/Non)	25,1	18,6	0,175
Troubles cognitifs (Oui/Non)	31,5	14,3	<0,001
Cancer évolutif (Oui/Non)	12,0	20,5	0,613
Dénutrition (Oui/Non)	25,4	15,1	0,024
Antécédent de suivi addictologique (Oui/Non)	17,4	22,1	0,379
Mode d'arrivée aux urgences (Seul/Tiers)	17,3	21,2	0,492
Demande de sevrage (Oui/Non)	14,7	21,2	0,305
Transfert en soins de suite (Oui/Non)	37,9	17,6	0,001

Tableau 7 : Facteurs influençant la durée de séjour

On retrouve une différence significative sur les durées d'hospitalisation en fonction des facteurs suivants :

- les comorbidités somatiques : la durée d'hospitalisation est plus longue chez les patients ayant une ou des comorbidités somatiques (26 jours versus 14 jours)
- les troubles cognitifs : la durée d'hospitalisation est plus longue chez les patients présentant des troubles (31 jours versus 14 jours)
- le transfert en soins de suite : la durée d'hospitalisation est plus longue chez les

patients transférés ensuite en soins de suite que chez les patients rentrant à domicile (38 jours versus 18 jours).

En calcul de corrélation de Pearson concernant les facteurs « âge »(moy : 52.4, [34-79]) et « ancienneté de l'intoxication (moy :19.4, [1-44]), non repris sur le tableau, on retrouve une corrélation significative de l'âge ($R=0.391$, $p=0.002$), mais pas de l'ancienneté de l'intoxication ($R=0.092$, $p=0.599$) : la durée d'hospitalisation est d'autant plus élevée que l'âge est avancé.

Après analyse multi variée sur les facteurs apparaissant comme significativement influents sur la durée du séjour (l'âge, le transfert en soins de suite, la présence de comorbidités somatiques, cardio-vasculaires, de troubles cognitifs et d'une dénutrition), on retient 3 facteurs indépendants : le transfert en soins de suite ($p=0.019$), les troubles cognitifs ($p=0.006$) et la dénutrition ($p=0.085$).

3.3.4 Facteurs influençant la demande soins de suite

L'influence des facteurs étudiés sur la demande de soins de suite est reportée dans les tableaux 8 et 9.

	Pourcentage de patients transférés en soins de suite		<i>p</i>
Sexe (Homme/Femme)	13,7%	11,1%	0,007
Médecin traitant déclaré (Oui/Non)	16,7%	10,0%	0,353
Travail (Oui/Non)	15,0%	12,5%	0,539
Domicile (Oui/Non)	17,8%	0,0%	0,084
Isolement (Oui/Non)	11,4%	16,0%	0,443
Couverture sociale (Oui/Non)	16,3%	0,0%	0,176
Comorbidité psychiatrique (Oui/Non)	10,0%	16,7%	0,353
Comorbidité somatique (Oui/Non)	21,2%	3,7%	0,051
Cardio-vasculaire (Oui/Non)	37,5%	9,6%	0,065
Hépto-pancréatique (Oui/Non)	18,8%	11,4%	0,360
Troubles cognitifs (Oui/Non)	28,6%	5,1%	0,018
Cancer évolutif (Oui/Non) ^a	0,0%	13,6%	0,867
Dénutrition (Oui/Non)	16,7%	12,0%	0,462
Antécédent de suivi addictologique (Oui/Non)	9,5%	13,0%	0,545
Mode d'arrivée aux urgences (Seul/Tiers)	15,0%	8,3%	0,484
Demande de sevrage en urgence (Oui/Non)	0,0%	15,4%	0,294

^a effectif faible (1 patient)

Tableau 8 : Facteurs qualitatifs influençant la demande de soins de suite

	Transfert en soins de suite		<i>p</i>
	Oui	Non	
Age moyen	59.5 ± 11.9	51.3 ± 10.7	0.044
Ancienneté moyenne de l'intoxication (en années)	34 ± 13.1	17.5 ± 6.9	0.012
Durée moyenne de séjour (en jours)	37 ± 37.1	17 ± 11.4	0.001

Tableau 9 : Variables quantitatives en fonction de la décision de transfert en soins de suite

Les sujets transférés en soins de suite sont significativement différents de ceux qui rentrent à domicile pour les critères suivants :

- le sexe : les hommes sont transférés plus souvent en soins de suite que les femmes (13.7% versus 11.1 %, $p=0.007$)
- l'âge moyen : les patients transférés en soins de suite sont significativement plus âgés (59 ans versus 51 ans, $p=0.044$)
- les troubles cognitifs : les patients ayant des troubles cognitifs sont plus souvent transférés en soins de suite (28.6% versus 5.1%, $p=0.018$)
- l'ancienneté moyenne de l'intoxication : ceux qui sont transférés en soins de suite ont une durée de consommation avec perte de contrôle plus longue (34 ans versus 17 ans, $p=0.012$)
- la durée de séjour : les patients transférés en soins de suite ont une durée d'hospitalisation plus longue (37 jours versus 17 jours, $p=0.001$).

Après régression logistique On retrouve quatre facteurs indépendants favorisant le transfert en soins de suite : le fait d'être un homme ($p=0.998$), d'être plus âgé ($p=0.197$), d'avoir des troubles cognitifs ($p=0.165$) et une intoxication alcoolique plus ancienne ($p=0.096$).

4 DISCUSSION

4.1 PRINCIPAUX RESULTATS

4.1.1 Caractérisation du patient alcoolodépendant hospitalisé par les urgences

4.1.1.1 Caractéristiques générales

La comparaison des 2 groupes étudiés (patients alcoolodépendants hospitalisés pour sevrage programmé et patients alcoolodépendants hospitalisés par les urgences) montre que le patient alcoolodépendant hospitalisé par les urgences est plus âgé et présente plus fréquemment des complications somatiques (dénutrition, complications hépato-pancréatiques et troubles cognitifs). Sur le plan social, sa situation est plus souvent précaire : absence d'emploi et de couverture sociale.

Si l'on compare la fréquence des complications somatiques lourdes chez les patients du groupe A (hospitalisés par les urgences) aux données de la littérature, on constate que cette fréquence est plus importante dans ce groupe comparativement aux données publiées dans les populations de patients alcooliques (la fréquence de complications somatiques lourdes est de 55% dans notre étude, vs 31 à 40% dans deux études française et suisse^{32,33}). Cependant dans les deux études, les troubles cognitifs n'étaient pas classés dans les complications somatiques, ce qui peut expliquer la différence constatée. D'autre part, le fait de proposer une offre de soin d'aval addictologique des urgences modifie la typologie de la population recrutée, habituellement dirigée vers des services de spécialités somatiques : les patients les plus lourds somatiquement échappent, tout au moins dans un premier temps, aux services d'addictologie.

La proportion de patients présentant des comorbidités psychiatriques, qui n'est pas significativement différente entre les deux populations étudiées, est inférieure aux données retrouvées dans la même étude française, datant de 2009 (respectivement 50 et 58% dans les cohortes A et B, versus 79%). Les critères de l'étude citée étaient cependant plus larges, intégrant troubles anxieux et troubles de la personnalité, qui n'étaient pas forcément renseignés dans les dossiers utilisés pour le recueil. Il est également possible que les patients avec comorbidités psychiatriques soient

préférentiellement hospitalisés en secteur psychiatrique et soient ainsi sous évalués dans notre population d'étude.

La situation sociale précaire du patient hospitalisé par les urgences était attendue : le fait de ne pas avoir de couverture sociale conduit le patient dans une structure où la facture des soins peut être avancée, les SAU de l'hôpital public. En revanche l'absence de différence significative dans la proportion de patients ayant un médecin traitant déclaré (et donc ayant eu recours un jour à la médecine générale) est étonnante. Cela peut signifier deux choses : la déclaration du médecin traitant est sans doute pour beaucoup de patients une formalité administrative, ne présageant pas de la fidélité du patient à ce médecin, ni de la fréquence à laquelle il consultera ; d'autre part, le patient alcoolodépendant peut avoir « échappé » à son médecin traitant et revenir dans le circuit de soins par le biais des urgences, ce qui permettra d'envisager plus facilement le suivi post-hospitalisation.

On note enfin que la durée de l'hospitalisation est plus longue chez les patients hospitalisés en urgence, ce dont nous discuterons dans le paragraphe 4.1.2.3.

4.1.1.2 Le passage aux urgences

Le patient alcoolodépendant hospitalisé par les urgences se présente au SAU dans la majorité des cas amené par un tiers (76% des dossiers) : il s'agit soit de quelqu'un de son entourage dans 15 % des cas (ami ou famille) ou d'un transport spécialisé (pompiers ou ambulance dans 46% des cas, SAMU dans 15%). On aurait pu penser que le fait d'être amené aux urgences par un tiers constitue un facteur prédictif de mauvaise adhésion au suivi alcoologique ultérieur ; cela n'est pas retrouvé dans l'étude puisqu'il n'y a pas de différence significative en terme de suivi alcoologique précoce ou à distance selon que le patient se présente seul (24% des dossiers) ou amené par un tiers. On note qu'il n'y a aucun patient amené par la police dans les dossiers étudiés : cette situation, pourtant fréquente, se solde le plus souvent par un dégrisement au commissariat après réalisation par le médecin urgentiste d'un Certificat de Non Admission, attestant de l'absence de pathologie ou complication contre-indiquant une surveillance policière simple. La police appelle facilement les pompiers si le patient leur semble souffrant.

Les motifs d'admission aux urgences sont extrêmement variés. La demande explicite de

sevrage alcool est peu fréquente (3 cas sur 60) au niveau du SAU mais elle sera formulée plus tardivement au moment de l'admission dans le service de médecine addictologique par 8 patients. Dans tous les autres cas, le patient est hospitalisé et le sevrage en alcool lui est en quelque sorte imposé, ce qui ne modifiera pas son implication dans la prise en charge comme nous le verrons dans le paragraphe 4.1.2.2.

Un syndrome de sevrage clinique, voir un authentique tableau de délirium tremens constituent la deuxième cause d'admission aux urgences des patients du groupe A. La constatation d'un syndrome de sevrage clinique constitue à notre avis une indication à l'hospitalisation ; les circonstances d'installation d'un tel tableau clinique doivent être recherchées : arrêt volontaire de la consommation (ce qui peut s'assimiler à une demande de sevrage masquée) ou arrêt contraint par impossibilité d'obtenir le produit (manque d'argent, complication somatique, perte d'autonomie).

Dans un autre travail réalisé dans le service (données non publiés), il a été constaté que sur 65 patients alcoolodépendants hospitalisés en médecine addictologique par les urgences, 5 avaient développé un syndrome de sevrage en alcool pendant leur séjour aux urgences et avaient finalement dû être hospitalisés pour ce motif alors qu'ils avaient été admis aux urgences pour une autre raison. Cela traduit la difficulté du repérage aux urgences du patient alcoolodépendant, qui minimise le plus souvent sa consommation.

4.1.2 Intérêt de l'hospitalisation du patient alcoolodépendant en urgence

4.1.2.1 Critère principal : L'adhésion au suivi addictologique

Contrairement à l'idée dominante chez les soignants, selon laquelle il n'y pas d'urgence en alcoologie, ou que la demande doit venir du patient , notre étude montre que le patient alcoolodépendant hospitalisé en urgence n'est pas « moins compliant » au suivi alcoologique qu'un patient dont l'hospitalisation a été programmée : en effet, il n'existe pas de différence significative entre dans les deux groupes en ce qui concerne l'assiduité aux consultations de suivi précoce (1 consultation au mois) ou à distance (5 consultations au moins). Ce résultat soutient l'idée qu'il peut y avoir un intérêt à hospitaliser un patient alcoolodépendant directement des urgences dans une structure de soins à orientation addictologique en dépit du fait que le patient n'est pas

nécessairement demandeur à son arrivée aux urgences. Le déni et la culpabilité font partie intégrante de la maladie alcoolique et peuvent retarder dramatiquement la prise en charge, tout comme la réticence des soignants. Notre étude tend à démontrer qu'il peut être parfois nécessaire et pertinent de placer sans délai le patient dans un environnement de soin addictologique même en l'absence de demande spécifique de sa part.

Si la fréquentation de la première consultation de suivi est relativement importante (60%) dans les deux groupes, elle est divisée par deux quand on s'intéresse au suivi à distance (5 consultations au moins) : 21,7 % dans le groupe A et 31,7% dans le groupe B, soit 25 % environ pour l'ensemble de la population.

Nous avons évalué l'adhésion au suivi alcoolologique par le nombre de consultation de suivi indépendamment de la consommation d'alcool. Ce n'est pas le maintien de l'abstinence à distance de l'hospitalisation qui nous intéresse ici mais la mise en place puis la persistance d'un lien thérapeutique dont la qualité conditionne le pronostic de la maladie alcoolique. A ce titre la première consultation de suivi est très révélatrice de l'ébauche d'un tel lien. Il est plus difficile d'interpréter la faible fréquentation à distance car elle ne reflète pas nécessairement un échec de prise en charge dans la mesure où certains patients ne reviennent pas tout simplement parce qu'ils vont bien.

Le sevrage alcoolique, qu'il soit volontaire ou forcé, est ici considéré comme une porte d'entrée dans le système de soins addictologique et non comme une fin en soi. L'abstinence totale comme but ultime est d'ailleurs de plus en plus souvent discutée. La moitié des patients alcooliques se présentant dans une structure de soins pour leur problème d'alcool souhaitent en effet uniquement réduire leur consommation, selon une étude anglaise³⁴. D'autre part, le patient adhère d'avantage au traitement s'il en choisit lui-même l'objectif, entre abstinence totale et réduction de la consommation³⁵. La conférence de consensus de l'ANAES de 2001, concernant les modalités d'accompagnement du sujet alcoolodépendant, insistait déjà sur le fait que les soins sont prioritaires²².

4.1.2.2 Facteurs influençant l'adhésion du patient alcoolodépendant hospitalisés par les urgences au suivi addictologique

Les facteurs influençant l'assiduité aux consultations ne sont pas les mêmes concernant le suivi à court terme (1 consultation honorée) et moyen terme (5 consultations).

La présence à la première consultation suivant la sortie d'hospitalisation (suivi à court terme) est plus fréquente lorsque le patient est une femme, a un domicile, a un médecin traitant déclaré et a déjà bénéficié d'un suivi addictologique ou effectué une tentative de sevrage. Dans notre étude, on constate même que la totalité des femmes ayant été hospitalisées en urgence (n=9) reviennent à cette première consultation. Dans une étude nord-américaine publiée en 2001, recherchant sur 1394 patients les facteurs favorisant l'adhésion au traitement suivant le sevrage alcoolique, le fait d'être une femme ressortait également comme positif, avec le fait d'avoir un projet de postcure et une couverture sociale efficace³⁶.

Le fait d'avoir un médecin traitant et un antécédent de suivi addictologique sont des facteurs prédictifs d'un suivi de consultation à court terme et semblent liés. Pour ces patients, une nouvelle hospitalisation sera comme une nouvelle prise de contact avec le réseau de soins, auquel ils ont déjà eu recours.

Les patients sans domicile fixe reviennent moins, ce qui peut s'expliquer par leur nomadisme et des difficultés matérielles et sociales.

En revanche, d'autres facteurs sont retrouvées dans d'autres études : les comorbidités somatiques comme facteur prédictif négatif dans une étude néerlandaise menée sur 175 patients ayant une consommation abusive de substances³⁷; être âgé de plus de 45 ans, avoir un emploi, ne pas vivre seul et être motivé pour le traitement comme facteurs prédictifs positifs dans une étude américaine menée sur 165 patients alcoolodépendants³².

Pour ce qui concerne le suivi à distance, la population « captée » est différente : il s'agit plus fréquemment de patients isolés (vivant seuls), ayant une histoire addictologique relativement courte (8.4 années contre 22.1) et des antécédents de suivi. Les antécédents de suivi addictologique sont un facteur prédictif positif déjà retrouvé pour le suivi précoce. Il est probable que le bénéfice d'un suivi addictologique antérieur se traduit par une meilleure connaissance de la maladie alcoolique par le patient et sa

conviction de la nécessité de maintenir un lien thérapeutique plus longtemps. On peut comprendre que l'isolement favorise un suivi prolongé, la consultation constituant un temps d'échange que le patient n'a pas ailleurs, faute de vie sociale et relationnelle, jusqu'à un certain point tout au moins. Afin de relativiser la fréquentation médiocre de la consultation à distance (25 % des patients dans les 2 groupes étudiés) signalons que le fait de ne plus venir en consultation n'est pas nécessairement synonyme d'échec car il est probable qu'un certain de patients qui vont objectivement bien, estiment ne pas avoir besoin de revenir en consultation.

Concernant d'autres critères étudiés, certains résultats qui pouvaient être à priori attendus n'ont pas été retrouvés : ainsi, les patients qui se présentent spontanément au SAU avec une demande de sevrage en urgence, ne reviennent pas plus que les autres en consultation de suivi. Le fait d'être amené aux urgences par un tiers ne constitue pas un facteur péjoratif en termes d'adhésion au suivi ultérieur. Le fait d'avoir une comorbidité somatique lourde ne ressort pas non plus comme facteur prédictif d'un meilleur suivi même si, incontestablement dans l'expérience du service, certains patients cessent leur consommation d'alcool dans les suites d'une complication somatique grave (cirrhose, hépatite chronique C, cancer, accident vasculaire cérébral, syndrome coronaire aigu...).

4.1.2.3 Facteurs influençant la durée de l'hospitalisation et l'orientation ultérieure

La durée du séjour est significativement supérieure dans la cohorte A des patients hospitalisés par les urgences (20.3 jours contre 14 jours, soit 3 semaines contre 2 semaines). Bien que les sevrages longs n'aient pas démontré une efficacité supérieure aux sevrages de courte durée (études de Willems en 1972, Pittman en 1972, Walker en 1983, toujours réalisées sur des patients en sevrage programmé)⁴, leur utilité est justifiable dans le cas des patients « repêchés » par les urgences : des patients plus âgés, dénutris et ayant des troubles cognitifs qui vont nécessiter une prise en charge plus prolongée nécessitant parfois des soins de suite. Les facteurs conditionnant la durée de l'hospitalisation sont la présence de comorbidités somatiques et notamment l'existence de troubles cognitifs. Des troubles cognitifs plus ou moins sévères sont retrouvés chez près d'un tiers des patients alcoolodépendants hospitalisés pour sevrage programmé³⁸. Dans les formes les plus sévères (syndrome de Korsakoff) avec altération de l'état général, dénutrition et incurie, la difficulté pour trouver des structures d'aval est

considérable ce qui prolonge d'autant les durées d'hospitalisation. Le transfert en soins de suite pourra être à la fois la cause et la conséquence d'un allongement de la durée d'hospitalisation. Une étude réalisée de 2004 à 2007 au Canada sur 367 patients retrouve également une longue durée d'hospitalisation comme facteur favorisant le transfert en postcure, ainsi que la satisfaction durant l'hospitalisation³⁹. D'autres critères, retrouvés dans une étude américaine concernant 406 patients, désignent significativement les patients qui iront moins en postcure : une éducation scolaire limitée, l'absence de mutuelle⁴⁰.

Les soins de suite dans notre étude seront plus fréquemment proposés lorsque le patient est un homme, qu'il est plus âgé, qu'il présente des troubles cognitifs et une intoxication plus ancienne. Le retour à domicile est difficile voir impossible pour ces patients. Une rééducation simultanée à la mise en place d'aides sera primordiale. En revanche, on note que la précarité sociale n'est pas, comme on aurait pu le croire, un facteur prédictif d'orientation vers des soins de suite.

Ainsi, au sein d'une structure d'addictologie, le fait de dédier des lits à l'aval addictologique des urgences a pour conséquence le recrutement de patients précaires, très altérés sur le plan cognitif et nutritionnel dont les durées d'hospitalisation seront nécessairement longues avec des difficultés d'aval importantes (retour à domicile difficile voir impossible, peu de structures de moyen séjour adaptées aux troubles cognitifs). Toutefois, les services d'addictologie dont les durées moyennes de séjour sont classiquement de 2 à 3 semaines (durée conventionnelle d'un sevrage dit complexe) sont plus enclins à accepter ou à faire accepter à leur administration des séjours plus prolongés que dans les autres services de courts séjours.

4.2 LIMITES DE L'ETUDE

4.2.1 Limites d'une étude rétrospective sur dossiers

Les limites principales de notre étude sont celles de toute étude rétrospective sur dossiers : certaines informations manquaient, des erreurs ont pu se glisser dans plusieurs critères sans que l'on puisse contrôler. Cependant l'existence de dossiers standardisés dans le service accueillant l'étude a permis de minimiser ces erreurs : les critères recueillis étaient pour la plupart inclus dans l'observation type, remplie à l'arrivée de chaque patient. Il reste un flou quand à la classification du patient alcoolodépendant : cette classification a été faite à postériori selon les critères AUDIT (cf annexe 2).

4.2.2 Biais de recrutement

Deux biais de recrutement sont à signaler :

- il existe une sous-évaluation des demandes de sevrage en urgence formulées lors du passage dans le SAU, pour le groupe A, recruté par les urgences : un circuit de consultations post-urgences rapides était déjà mise en place dans les SAU du groupe hospitalier pour ces patients, en l'absence de place d'hospitalisation disponible immédiatement. Ainsi, le patient demandeur de prise en charge urgente était parfois hospitalisé quelques jours plus tard, et non directement transféré du SAU.
- Il existe une sous-évaluation des comorbidités somatiques dans le groupe B (hospitalisations programmées) : les patients présentant des comorbidités somatiques lourdes sont souvent orientés spontanément vers la salle Fiessinger (salle où est recruté le groupe A) et plus rarement dans la salle Féréol (où est recruté le groupe B). La description des 2 salles est détaillée dans le paragraphe 2.1.

4.3 PERSPECTIVES

4.3.1 Les urgences comme porte d'entrée dans la filière de soins addictologiques

Au vu des résultats de notre étude, si les patients alcoolodépendants hospitalisés en urgence en structure addictologique adhèrent autant au suivi que les patients ayant programmé leur sevrage, il serait utile d'élargir les indications et de préciser les modalités d'une telle procédure. Une définition de plus en plus précise du patient alcoolodépendant et de sa gravité⁴¹ ne doit pas écarter d'une admission les patients en détresse sociale et/ou somatique nécessitant une hospitalisation, plutôt longue, afin de réaliser un bilan et de mettre à plat sa situation. En effet, si le coût d'un sevrage hospitalier est nettement plus élevé que celui d'un sevrage ambulatoire, il serait intéressant de connaître le gain final que représente la réintégration au système de santé d'un patient exclu, en terme de coût d'utilisation des services d'urgence, du coût de la criminalité, etc. L'efficacité du projet « Housing First » soutenu aux Etats Unis et montrant que le fait de loger des patients sans domicile fixe et alcoolodépendants amenait une baisse globale des dépenses va dans ce sens^{42,43}.

Au moins trois types de patients alcoolodépendants pourraient bénéficier de ces hospitalisations : les patients ayant une altération de l'état général, avec comorbidités somatiques telles que décrites précédemment, et n'ayant jamais eu recours à des soins addictologiques ; les patients qui ont échappé au traitement, se sont écartés du suivi et qui peuvent y trouver un nouveau départ, ou une manière de sortir d'une « crise addictologique » aigue ; enfin les patients alcooliques à haut risque, fréquentant moins souvent les services d'urgence⁴⁴ et qu'il faut pouvoir repérer et aiguiller au bon moment.

4.3.2 Cahier des charges d'un service d'addictologie aigue

Aujourd'hui, l'aval addictologique s'appuie surtout sur des structures ambulatoires, telles que CSAPA ou consultations addictologiques classiques, pour lesquelles le délai de rendez vous est de plusieurs jours, délai trop long pour une personne dans un état somatique ou social grave ou précaire.

Le service d'addictologie aigue ne pourrait assurer l'aval d'un service d'urgence que s'il a un nombre suffisant de lits, et qu'il est composé d'une équipe pluridisciplinaire à orientation somatique forte. Il devra donc assurer la réalisation d'un bilan somatique et/ou le traitement de comorbidités, et pour cela avoir pour consultant régulier des cardiologues, gastro-entérologues, hépatologues, neurologues (avec possibilité de réalisation de bilan cognitifs), ORL... La prise en charge psychiatrique et psychologique devra bien sûr être simultanée.

En parallèle, la mise en place de filières d'addictologie aigue, qui complèteraient les ELSA serait également utile : elles seraient composées d'une consultation post-urgence efficace, avec des délais très courts, et la mise en place d'un secteur d'hospitalisation de crise addictologique. Ce secteur favoriserait les hospitalisations courtes et répétées, pouvant se révéler intéressantes.

4.3.3 Place du médecin généraliste dans le réseau de soins

Nous avons vu que les patients hospitalisés en urgence avaient la même proportion de médecins traitants déclarés que les patients en sevrage programmé, et que le fait d'avoir un médecin traitant déclaré était pour eux un facteur augmentant les chances d'adhésion au suivi à court terme. Le médecin généraliste a donc une place primordiale dans la prise en charge de ces patients. La pratique de l'intervention brève et de l'entretien motivationnel ont fait leurs preuves dans les cabinets de ville, amenant une baisse significative des patients présentant une consommation excessive, et augmentant leur nombre de consultation annuelle⁴⁵. S'il a été montré, sur une cohorte française de 318 patients, que l'assiduité à un an des malades de l'alcool aux consultations de médecine générale était supérieure à celle obtenue dans les consultations spécialisées d'addictologie, avec 82,1% de patients ayant rencontré leur médecin au moins une fois dans l'année et une moyenne de 9 consultations par an⁴⁶, il faut cependant prendre en compte le fait que ces patients sont déjà dans le « circuit » addictologique.

Les interactions entre le médecin généraliste et les équipes d'addictologie aigue pourraient se faire en amont et en aval d'une prise en charge hospitalière urgente : en amont, par le signalement par le médecin traitant aux équipes d'addictologie aigue d'une situation de crise chez un patient (somatique, psychiatrique ou sociale), nécessitant une

prise en charge rapide, avec des hospitalisations courtes, pouvant être répétées, l'efficacité reposant sur la disponibilité rapide (24 à 48h) de lits d'aval. En aval, par l'assurance de la disponibilité du médecin traitant déclaré au sortir de ces hospitalisations, et la possibilité d'aiguiller un patient sans médecin déclaré vers un correspondant qui s'occupera de son suivi. Les médecins généralistes, s'éloignant des réseaux de soins en raison de leur lourdeur administrative³⁰, ne seraient séduits par cette organisation que si les interactions restent dynamiques et simples.

5 CONCLUSION

En dehors de l'urgence somatique, l'hospitalisation n'est pas la réponse la plus souvent proposée au patient alcoolodépendant admis aux urgences, aux motifs que l'hospitalisation en urgence n'est pas suffisamment motivée et qu'un sevrage hospitalier doit être programmé et travaillé en amont.

Si ce principe reste valable dans la plupart des cas, une autre réalité est que la grande majorité des patients admis aux urgences et ayant une consommation d'alcool problématique n'y passeront que quelques heures, et sortiront au mieux avec un rendez-vous de consultation rapproché, au pire sans projet de soins addictologiques.

L'un des objectifs de ce travail était de mettre en évidence l'intérêt qu'il peut y avoir à hospitaliser directement dans un service d'addictologie un patient alcoolodépendant admis aux urgences, notamment en ce qui concerne son adhésion au suivi addictologique ultérieur, dont la qualité conditionne le pronostic de la maladie alcoolique.

Notre étude montre qu'en termes d'adhésion au suivi addictologique, représentée par le nombre de consultations honorées par ces patients dans l'année suivant l'hospitalisation, les patients alcoolodépendants recrutés par les urgences reviennent avec la même fréquence que les patients admis pour un sevrage programmé.

Par ailleurs, les patients alcoolodépendants recrutés par les urgences sont plus âgés, ont plus de comorbidités somatiques et de troubles cognitifs, sont dans une situation sociale plus précaire et nécessitent une durée d'hospitalisation plus longue que les patients hospitalisés pour sevrage programmé. L'âge, le sexe masculin, la présence de troubles cognitifs et l'ancienneté de la maladie alcoolique sont les principaux facteurs justifiant des demandes de soins de suite, également plus fréquentes pour ces patients.

Les facteurs prédictifs d'une bonne adhésion au suivi à court terme sont le sexe féminin, le fait d'avoir un domicile et un médecin traitant déclaré. A plus long terme, ce sont les patients vivant seuls, ayant une histoire addictologique relativement courte et ayant déjà été suivis pour leur problème d'addiction qui sont les plus compliants.

Les services d'urgences peuvent donc constituer une porte d'entrée pertinente dans la filière de soins addictologiques pour ces patients souvent précaires et aux lourdes comorbidités somatiques.

Pour cela, il paraît souhaitable d'identifier à partir du SAU des filières d'aval addictologique permettant une prise en charge transversale et multidisciplinaire, centrée précocement sur l'addiction, tout en permettant les soins somatiques nécessaires. Afin de répondre à cette demande, des lits ou des unités d'addictologie aiguë, à forte orientation somatique, pourraient être plus systématiquement mis en place au sein des services d'addictologie, dont les durées d'hospitalisation plus longues et la prise en charge spécifique centrée sur l'addiction sont plus adaptées qu'un service de médecine somatique classique. Le développement d'un lien direct entre cette filière et les médecins généralistes de ville, en amont et en aval, pourrait accroître encore les possibilités de prise en charge et fluidifier le suivi.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health* [Internet]. 4 mars 2013 [cité 17 mars 2013]; Disponible sur: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2013/03/04/eurpub.ckt015>
2. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care : Clinical guidelines on identification and brief interventions. Department of Health of the Government of Catalonia : Barcelona [Internet]. 2005. Disponible sur: www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg_1.pdf
3. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Produits - Alcool - Consommation [Internet].2012 [cité 17 mars 2013].Disponible sur: http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html#aff_rech
4. Balester Mouret S. Place de l'hospitalisation dans la prise en charge des troubles de l'alcoolisation. *La Revue du praticien*. 2011;61(10):1381-5.
5. Poncet F, Feral A. Le patient alcoolisé: un «client» si présent et si oublié des urgences. *Courrier des addictions*. 2002;4:137-41.
6. Hannon MJ, Luke LC. The burden of alcohol misuse on the emergency department. *Ir Med J*. avr 2006;99(4):118-120.
7. Shy BD, Hoffman RS. A descriptive comparison of alcohol-related presentations at a large urban hospital center from 1902 to 2009. *J Med Toxicol*.sept 2012;8(3):271-277.
8. Guillemont J, Girard D, Arwidson P, Basset B. Alcohol as a risk factor for injury: lessons from French data. *Int J InjContrSafPromot*.juin 2009;16(2):81-87.
9. Yersin B. Conduite à tenir en urgence: de l'ivressealcoolique au sevrage. *Urgences*. Paris: éditions scientifiques L & C Brain Storming SAS. 2003;189-98.
10. Uusaro A, Parviainen I, Tenhunen JJ, Ruukonen E. The proportion of intensive care unit admissions related to alcohol use: a prospective cohort study. *ActaAnaesthesiol Scand*. oct 2005;49(9):1236-1240.
11. Neves P, Neuffer N, Yersin B. Intoxications alcooliques massives aux urgences : combien, qui, quoi et comment ? *Revue Médicale Suisse*. 13 juill 2011;Volume 302(26):1445-1149.
12. Aubin H-J, Benyamina A, Karila L, LUQUIENS A, REYNAUD M. Stratégies actuelles de prise en charge des troubles de l'alcoolisation. *La Revue du praticien* [Internet]. 2011 [cité 13 mars 2013];61(10). Disponible sur: http://www.egora.fr/sites/default/files/pdf/RDP/2011/10/RDP_2011_10_1373.p
13. The impact of screening, brief intervention and referral for treatment in emergency department patients' alcohol use: a 3-, 6- and 12-month follow-up. *Alcohol Alcohol*. déc 2010;45(6):514-519.

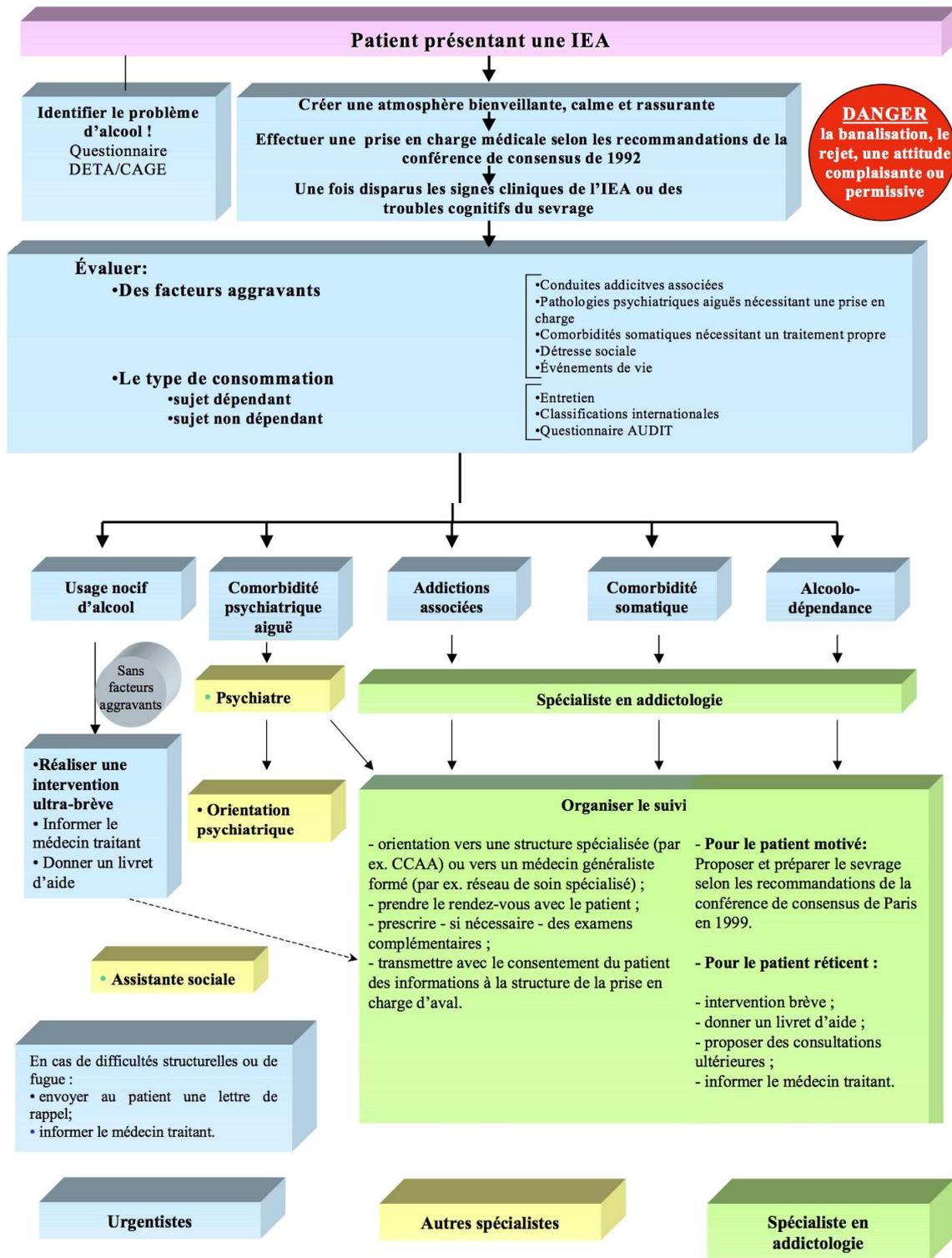
14. Pecoraro A, Horton T, Ewen E, Becher J, Wright PA, Silverman B, et al. Early data from Project Engage: a program to identify and transition medically hospitalized patients into addictions treatment. *Addict SciClinPract.* 2012;7(1):20.
15. Bray JW, Cowell AJ, Hinde JM. A systematic review and meta-analysis of health care utilization outcomes in alcohol screening and brief intervention trials. *Med Care.* mars 2011;49(3):287-294.
16. Richoux C, Ferrand I, Casalino E, Fleury B, Ginsburg C, Lejoyeux M. Alcohol use disorders in the emergency ward: choice of the best mode of assessment and identification of at-risk situations. *Int J Emerg Med.* 2011;4(1):27.
17. Forsythe M, Lee GA. The evidence for implementing alcohol screening and intervention in the emergency department - time to act. *IntEmergNurs.* juill 2012;20(3):167-172.
18. Indig D, Copeland J, Conigrave KM, Rotenko I. Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. *IntEmergNurs.* janv 2009;17(1):23-30.
19. Shibayama M, Cho T, Ino A. [Investigation of patients suspected of drinking, who visited emergency department, and their negative influence on emergency medical system]. *Nihon ArukoruYakubutsuIgakkaiZasshi.* oct 2011;46(5):436-445.
20. Hansagi H, Engdahl B, Romelsjö A. Predictors of repeated emergency department visits among persons treated for addiction. *Eur Addict Res.* 2012;18(2):47-53.
21. Haute Autorité de Santé. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins [Internet]. 2001 [cité 1 avr 2013]. Disponibles sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272274/orientations-diagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-dune-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins?xtmc=&xtcr=1
22. Haute Autorité de Santé - Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage [Internet]. 2001 [cité 13 mars 2013]. Disponibles sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271905/modalites-de-laccompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage
23. Société Française d'Alcoologie. Indications d'une hospitalisation pour soins complexes et modalités de suivi à la sortie chez un patient alcoolodépendant. [Internet]. 2007 [cité 13 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10#Referentiels>
24. Salize HJ, Jacke C, Kief S, Franz M, Mann K. Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. *Addiction.* janv 2013;108(1):62-70.

25. Batel P, Balester-Mouret S. Réseaux de soins dans les conduites addictives : où en est-on ? : Conduites addictives. *La Revue du praticien*. 2003;53(12):1335-1339.
26. ELSA France, site des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie [Internet]. [cité 19 mars 2013]. Disponible sur: <http://elsafrance.e-monsite.com/>
27. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie [Internet]. 2003 [cité 1 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/guide-de-bonnes-pratiques-pour-les-equipes-hospitalieres-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie.html>
28. S'orienter - Drogues info service : information, aide sur drogues alcool... [Internet]. [cité 19 mars 2013]. Disponiblesur: <http://www.drogues-info-service.fr/?-Adresses-utiles->
29. Canasse S. Exercice de la médecine générale : un état des lieux [Internet]. 2008 [cité 19 mars 2013]. Disponiblesur: <http://www.carnetsdesante.fr/Exercice-de-la-medecine-generale,251>
30. Huas D, Rueff B. *Alcool&médecinegénérale*. Neuilly-sur-Seine [Paris]: GMsanté CNGE; 2010.
31. Haute Autorité de Santé - Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés [Internet]. 2003 [cité 13 mars 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_432199/evaluation-diagnostique-de-la-denuitrition-proteino-energetique-des-adultes-hospitalises
32. Rochat S, Wietlisbach V, Burnand B, Landry U, Yersin B. Success of referral for alcohol dependent patients from a general hospital: predictive value of patient and process characteristics. *SubstAbus*. mars 2004;25(1):9-15.
33. Lahmek P, Berlin I, Michel L, Berghout C, Meunier N, Aubin H-J. Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *Int J Med Sci*. 2009;6(4):160-167.
34. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol Alcohol*. oct 2011;46(5):586-591.
35. Heather N, Adamson SJ, Raistrick D, Slegg GP. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol Alcohol*. avr 2010;45(2):128-135.
36. Mark TL, Dilonardo JD, Chalk M, Coffey R. Factors associated with the receipt of treatment following detoxification. *J Subst Abuse Treat*. juin 2003;24(4):299-304.
37. Franken IH, Hendriks VM. Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatric Services*. 1999;50(6):813-7.

38. Szprync M, Hispard E, Questel F, Vorspan F, Della-Zuana A, Lépine J-P. Troubles cognitifs liés à l'alcoolodépendance : l'intérêt de la Moca - Communication affichée, 6ème Congrès de l'Albatros [Internet]. 2012 [cité 1 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.calameo.com/read/000302227227adc7abf3d>
39. Arbour S, Hambley J, Ho V. Predictors and outcome of aftercare participation of alcohol and drug users completing residential treatment. *Subst Use Misuse*. 2011;46(10):1275-1287.
40. Blondell RD, Simons RL, Smith SJ, Frydrych LM, Servoss TJ. Initiation of outpatient treatment after inpatient detoxification. *J Addict Med*. mars 2007;1(1):21-25.
41. Borges G, Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Cremonte M, Moskalewicz J, et al. Threshold and optimal cut-points for alcohol use disorders among patients in the emergency department. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. juill 2011;35(7):1270-1276.
42. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA*. 1 avr 2009;301(13):1349-1357.
43. Ministère de la Santé et de Sports : Programme expérimental national « Housing first /Chez soi d'abord », 2010 [Internet]. [cité 13 mars 2013]. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/5_fichedesynthesechezsoid%27abord26janv2010.pdf
44. Heise B. Healthcare system use by risky alcohol drinkers: A secondary data analysis. *J Am Acad Nurse Pract*. mai 2010;22(5):256-263.
45. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ*. 10 sept 1988;297(6649):663-668.
46. Huas D, Allemand H, Demeaux JL, Pessione F, Rosenzweig C, Rueff B. Suivi et assiduité à un an des malades de l'alcool en médecine générale. *La Revue du praticien. Médecine générale*. 1996;(352):20-3.

ANNEXES

Annexe 1 : Arbre décisionnel extrait de la conférence de consensus de l'ANAES de septembre 2001 : *Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins*



Annexe 2 : Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification test)

Interprétation : L'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des 10 questions.

Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

Score > ou = 5 : consommation à risque

Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score > ou = 12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

Ce questionnaire cherche à évaluer le risque attaché à la consommation d'alcool. Il interroge votre consommation des douze derniers mois. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question. Un verre standard = 10 g d'alcool pur.

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais une fois 2 à 4 fois 2 à 3 fois 4 fois ou plus
par mois ou moins par mois par semaine par semaine

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

un ou deux trois ou quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

jamais moins d'une fois une fois par mois une fois par chaque jour
par mois semaine ou presque

4. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais moins d'une fois une fois par mois une fois par chaque jour
par mois semaine ou presque

5. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

jamais moins d'une fois une fois une fois par chaque jour
par mois par mois semaine ou presque

6. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais moins d'une fois une fois une fois par chaque jour
par mois par mois semaine ou presque

7. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

jamais moins d'une fois une fois une fois par chaque jour
par mois par mois semaine ou presque

8. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais moins d'une fois une fois une fois par chaque jour
par mois par mois semaine ou presque

9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non oui mais pas dans oui au cours des
les douze derniers mois douze derniers mois

10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

non oui mais pas dans oui au cours des
les douze derniers mois douze derniers mois

TOTAL

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 leurs 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 sont 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 et méprisé si j'y manque.

RESUME

Hors urgence somatique, l'hospitalisation est rarement proposée au patient alcoolodépendant admis aux urgences, au motif qu'un sevrage en alcool doit être motivé et travaillé en amont.

Dans cette étude rétrospective, il n'existe pas de différence significative dans l'adhésion au suivi addictologique (représenté par le nombre de consultations honorées sur l'année suivant la sortie) entre 2 groupes de 60 patients, le premier recruté par les urgences, le second en hospitalisation programmée. Les patients du premier groupe sont significativement plus âgés, ont plus de comorbidités somatiques, ont moins souvent un emploi et nécessitent un séjour plus long. Les facteurs prédictifs de leur venue à au moins 1 consultation sont le sexe féminin, le fait d'avoir un domicile et un médecin traitant déclaré. Ceux prédictifs de leur venue à au moins 5 consultations sont une alcoolodépendance plus récente et l'existence d'un suivi addictologique antérieur. Ni la demande de sevrage en urgence, ni le fait de venir seul aux urgences ne sont des facteurs prédictifs de bon suivi.

Les SAU peuvent être une porte d'entrée pertinente dans la filière de soins addictologiques pour les patients alcoolodépendants souvent précaires et aux lourdes comorbidités somatiques. Des lits d'addictologie aiguë à orientation somatique pourraient être plus systématiquement mis en place dans les services d'addictologie, dont les durées d'hospitalisation plus longues et la prise en charge centrée sur l'addiction sont plus adaptées que dans un service de médecine somatique classique. Le développement d'un lien direct entre cette filière et les médecins généralistes, en amont et en aval, pourrait fluidifier le suivi.

MOTS CLES : alcoolodépendance, urgences, hospitalisation, réseaux de soins, addictologie