



HAL
open science

Évaluation d'un accompagnement téléphonique vers les soins ambulatoires pour les patients ayant un trouble lié à l'usage d'alcool sévère sortant des urgences : étude observationnelle comparative

Ghita El Oufir

► **To cite this version:**

Ghita El Oufir. Évaluation d'un accompagnement téléphonique vers les soins ambulatoires pour les patients ayant un trouble lié à l'usage d'alcool sévère sortant des urgences : étude observationnelle comparative. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04603948

HAL Id: dumas-04603948

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04603948v1>

Submitted on 6 Jun 2024

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.

THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Évaluation d'un accompagnement
téléphonique vers les soins ambulatoires pour
les patients ayant un trouble lié à l'usage
d'alcool sévère sortant des urgences:
Etude observationnelle comparative

Présentée et soutenue publiquement le 16 avril 2024

Par Ghita El Oufir

Née le 3 janvier 1994 à Ain Harrouda (Maroc)

Président du jury : Monsieur le Professeur Olivier Guillin
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alexandre Baguet
Membres du jury : Monsieur le Professeur Luc-Marie Joly
Monsieur le Docteur Guillaume Cabutto

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUJA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie

Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie

Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale

M. Romain **LEGUILLON**

Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG)

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN**

UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Blandine **BILLET**

UFR Médecine Générale

Mr Julien BOUDIER	UFR	Médecine Générale
Mme Laëtitia BOURDON	UFR	Médecine Générale
Mme Elsa FAGOT-GRIFFIN	UFR	Médecine Générale
Mme Ségolène GUILLEMETTE	UFR	Médecine Générale
Mr Frédéric RENOU	UFR	Médecine Générale
Mme Charlotte SIEFRIDT	UFR	Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine **DEHEINZELIN**

Orthophonie

Mme Séverine **ROBERT**

Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Olivier Guillin, pour me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Luc-Marie Joly et Monsieur le Docteur Guillaume Cabutto, pour avoir accepté de juger mon travail en tant que membres du jury. Soyez assurés de ma sincère gratitude quant à votre disponibilité.

À Monsieur le Docteur Alexandre Baguet, pour avoir encadré ce travail et pour avoir témoigné d'un intérêt sincère dans son aboutissement. Merci pour votre soutien, votre réassurance et votre expertise sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

À toute l'équipe ELSA de Rouen, pour avoir fait preuve de disponibilité au cours de cette tâche.

A mon père, un grand homme, qui a mis un point d'honneur à faire de moi une femme libre, peu importe l'endroit. Je te dois la vie que j'ai aujourd'hui. J'espère te faire honneur pour le reste de celle-ci. Je suis certaine que tu reposes en paix.

A ma mère, qui s'est battue à ses côtés. Une femme dont j'envie la clairvoyance, et espère en avoir hérité un petit peu. Merci pour ton dévouement et ta gentillesse.

A ma sœur, une autre femme libre, tenace, et brillante. Merci d'avoir fait le reste du chemin auprès de moi, sans jamais me lâcher. Cette réussite t'appartient aussi. Je tiens beaucoup à ta présence aujourd'hui et la retiendrai avec fierté.

A Youssef, qui a su intégrer notre famille en douceur, et y apporter plus de sérénité avec sa force tranquille. Merci pour ta patience, ta présence et ta profonde bonté.

A Valérie, pour m'avoir aidée à grandir, à trouver ma voie. Et surtout, à la poursuivre sans crainte(s) et avec assurance. Pour la sagesse, pour la bienveillance, pour les échanges. Merci infiniment.

A Cyprien, mon confident, mon compagnon, mon complice. Tu es devenu un repère pour moi. Merci pour l'équilibre que tu m'apportes et pour la petite tornade blonde que tu as fait rentrer dans ma vie. Tu m'as intégrée à ta famille, et c'est comme si ça avait toujours été la mienne. Ma vie commençait à être belle, tu l'as rendue lumineuse. J'espère t'apporter au moins autant. Je m'y attèlerai.

A tous mes amis, qui m'apportent soutien, rires et légèreté dans un quotidien parfois tumultueux.

Sommaire

Sommaire	16
Abréviations.....	19
Résumé.....	20
1 Introduction.....	21
1.1 Contexte de l'étude et l'étude	21
1.2 Prévalence et impact socio-sanitaire.....	21
1.2.1 Défi de la transition vers les soins ambulatoires	22
1.2.2 Repérage Précoce et Intervention Brève : un soin nécessaire, mais pas toujours suffisant	22
2 Troubles lié à l'usage d'alcool (TUA)	23
3 Accompagnement téléphonique	23
3.1 Concepts et principes	23
3.2 Communication à Distance.....	23
3.3 Protocoles et Lignes Directrices	24
3.4 Avantages de l'Accompagnement Téléphonique	24
3.5 Limitations de l'Accompagnement Téléphonique :	24
3.6 Éthique de l'accompagnement téléphonique	25
4 Initiatives antérieures dans le domaine de l'accompagnement téléphonique :	26
4.1 Vigilans : un programme d'accompagnement téléphonique novateur [31]	26
4.1.1 Le recontact téléphonique des suicidants [33].....	28
4.1.2 Vécu des patients sur le rappel téléphonique[31] :	28
4.2 3114, le numéro national de prévention du suicide	28
4.3 Applications dans le domaine de l'addictologie	29
4.4 Revue des travaux existants sur l'impact de l'accompagnement téléphonique en addictologie	29
4.4.1.1 Synthèse de la bibliographie.....	32
5 Les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) : Histoire, composition et rôle d'orientation	33
6 Méthodologie	35
6.1 Type d'étude	35
6.2 Objectif principal de l'étude	35
6.3 Objectifs secondaires de l'étude.....	35
6.4 Critères d'évaluations	35
6.4.1 Critère d'évaluation principal	35
6.4.2 Critères d'évaluation secondaires.....	36

6.4.3	Recueil des données	36
	Critères d'inclusion	39
6.4.4	Critères de non-inclusion.....	39
6.4.5	Période de recrutement	39
7	Résultats	40
8	Discussion	47
9	Annexes	51
9.1	Annexe 1	51
9.2	Annexe 2	51
10	Bibliographie.....	53

TABLEAU I: REPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS EN FONCTION DE L'ORIENTATION PROPOSEE PAR L'ELSA DE ROUEN EN 2022	33
TABLEAU II : RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE SUR UNE PERIODE DE 6 MOIS.....	40
TABLEAU III: CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DES GROUPES COMPARES	41
TABLEAU IV: COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE AVEC CELLES DES PATIENTS DES CSAPA ROUEN	42
TABLEAU V: FILE ACTIVE MOYENNE DES CSAPA DE ROUEN DROGUES ILLICITES ET ALCOOL, 2013-2022.....	47
FIGURE 1.....	43
FIGURE 2.....	43
FIGURE 3.....	46
FIGURE 4.....	46
FIGURE 5.....	44
FIGURE 6.....	45

Abréviations

AA Alcooliques Anonymes

ATCD Antécédents

CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CDA Consommations Déclarées d'Alcool

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CSAPA Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DSM Manuel Diagnostique et Statistique

ECR Essais Contrôlés Randomisés

ELSA Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie

ENB Entrevue de Négociation Brève

IB interventions brèves

IBP intervention motivationnelle brève personnalisée

ICB informations et conseils brefs

MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MT Médecin Traitant

Mx Mois x

PAcTELSA : Protocole d'Accompagnement Téléphonique par l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

RPIB repérage précoce et l'intervention brève

SAMU Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAU Services d'Accueil des Urgences

SS soins standard

SU Services d'Urgences

Sx Semaine x

TUA Troubles liés à l'Usage d'Alcool

URSA Unité de Recherche et de Soins en Addictologie

Résumé

Contexte : Les troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) sont une cause majeure de maladies et de décès dans le monde. Cependant, 10 % à peine des patients présentant un TUA bénéficient d'un accompagnement dédié. De même, les services d'urgences accueillent un grand nombre de personnes en difficulté avec l'alcool, et leur relais reste un enjeu majeur. Repérage précoce et intervention brève sont des outils validés, mais pas toujours suffisants. Ainsi, l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) du CHU de Rouen teste une approche complémentaire : l'accompagnement téléphonique pour favoriser le relais depuis les urgences vers les soins ambulatoires. Notre travail a pour objectif d'évaluer la pertinence de cette démarche pour guider de futures interventions.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude préliminaire observationnelle comparative évaluant rétrospectivement l'efficacité de ce dispositif d'accompagnement téléphonique dans la coordination des soins depuis le service d'urgences du CHU vers le dispositif sanitaire et médico-social du territoire de santé de Rouen. Les patients ont été répartis en deux groupes : un groupe ayant bénéficié de l'accompagnement téléphonique et un groupe « témoin ».

Résultats : Nous avons examiné 437 patients présentant un TUA aux urgences au cours d'une période de 6 mois. 147 d'entre eux bénéficiaient déjà d'un suivi ambulatoire dédié à leur TUA, 75 ont refusé toute prise en charge.

27 patients nécessitaient d'être accompagnés dans le relais vers les soins ambulatoires ; 13 ont bénéficié de l'accompagnement téléphonique, et 14 de la procédure habituelle. L'accompagnement téléphonique n'a pas entraîné une augmentation significative du nombre de rendez-vous de suivi pris, et seuls 2 patients de chaque groupe ont effectivement entamé des soins ambulatoires liés à leur TUA.

Par ailleurs, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des 27 patients étaient différentes de celles des patients déjà suivis par les CSAPA du territoire de santé de Rouen, notamment en ce qui concerne l'âge, la situation familiale, les revenus, les consommations de tabac et de cannabis, le nombre de sevrages et l'ancienneté du suivi.

Discussion : Nous avons été confrontés à plusieurs contraintes lors du recrutement des patients, notamment en raison du grand nombre de patients déjà suivis en CSAPA, ainsi que de l'absence de recrutement pendant les week-ends et les jours fériés. Cependant, il est intéressant de noter que la population recrutée diffère de celle habituellement accompagnée par les CSAPA du territoire, ce qui suggère une singularité de ces patients peut-être plus opposants aux modalités de suivi ambulatoires proposées. Il apparaît ainsi nécessaire d'explorer d'autres approches pour engager cette population dans les soins spécialisés, voire d'adapter les structures ambulatoires à ce type de population au profil singulier.

Mots-clés : Alcoolisme, Urgences, Accompagnement téléphonique, Coordination des soins, CSAPA, Troubles liés à l'usage d'alcool (TUA), Repérage précoce, Intervention brève

Partie 1

1 Introduction

1.1 Contexte de l'étude et l'étude

Les troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) représentent l'une des principales causes mondiales de maladies, d'incapacités et de décès. Selon le Baromètre de Santé publique France, entre 2014 et 2017, 86,5% de la population âgée de 18 à 75 ans déclare avoir consommé de l'alcool au cours de l'année. Parmi cette population, 10% déclare une consommation quotidienne d'alcool. Il est important de souligner que l'alcool se classe au deuxième rang des causes de mortalité évitable, juste après le tabac[1], [2].

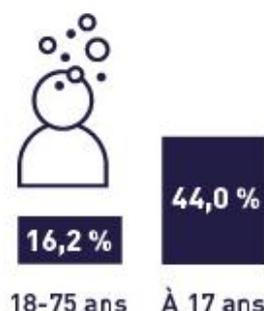
Bien que la consommation annuelle moyenne d'alcool en France ait diminué de manière constante depuis les années 1960, le pays demeure l'un des plus grands consommateurs mondiaux d'alcool[3]. En conséquence, il existe un besoin significatif de soins en addictologie.

En ce qui concerne les personnes présentant des problèmes liés à leurs addictions, environ 10% de la population adulte en France, soit environ 520 000 individus, éprouvent des difficultés liées à l'alcool.[4] Ces groupes constituent les cibles prioritaires des actions publiques visant à fournir un accompagnement et une prise en charge dans le domaine de l'addiction.[5]

Consommation dans l'année (2017)



API dans le mois (2017)



Sources :

Groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. BEH, 2019, n° 5-6, p. 89-97.
Spilka S. et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Tendances, OFDT, 2018, n° 123, 8 p.

1.2 Prévalence et impact socio-sanitaire

Lorsque l'on examine l'ensemble des dommages liés à l'alcool, tels que les maladies somatiques, les troubles psychiatriques induits, et les préjudices causés à autrui, comme les accidents ou les violences[6], les patients atteints de TUA sont parmi les principaux utilisateurs du système de soins, et l'alcool est identifié comme la principale cause d'admission aux urgences[7]. En effet, environ 20 % des patients admis dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU), indépendamment du motif d'admission, présentent un TUA[8], [9].

Aussi, les patients aux urgences sont plus susceptibles que la population générale ou les patients en soins primaires de déclarer une consommation de substances.[10], [11], [12]

Les services d'urgences (SU) sont donc un lieu privilégié de rencontres de ceux en difficulté avec leurs consommations[13], [14].

1.2.1 Défi de la transition vers les soins ambulatoires

L'accès limité aux soins spécialisés pose un défi majeur, avec moins de 10 % des personnes nécessitant une intervention pour des troubles graves de l'usage de substances et/ou une dépendance réussissant à y accéder, par rapport à un taux de 55 % pour la dépression[15]. Cette difficulté d'accès persiste malgré la particularité de l'organisation du système de soins en addictologie, caractérisée notamment par la proximité entre les structures sanitaires et médico-sociales. La complexité inhérente aux maladies addictives, où le déni et la dénégation jouent un rôle significatif, contribue également à cette problématique.

La mise en place de parcours de soins cohérents demeure un défi constant en raison des frontières floues entre les différents environnements de traitement, une réalité à prendre en compte dès le début du processus en addictologie. En dépit des orientations régulières des individus dépendants de l'alcool, par exemple, de l'hôpital vers un traitement ambulatoire spécialisé, de nombreux patients n'optent jamais pour ce type de prise en charge[10]. Cette situation est particulièrement inquiétante pour ceux ayant été traités à l'hôpital en raison de symptômes de sevrage aigu.

Il est noté que de nombreux patients se retrouvent, pour ainsi dire, dans une sorte de vide entre l'établissement hospitalier et le traitement ambulatoire spécialisé. Cette problématique revêt une importance accrue étant donné les études indiquant que 20 à 90 % des patients connaissent des rechutes dans une consommation excessive d'alcool[16]. Cette réalité souligne l'urgence de repenser et d'améliorer les parcours de soins pour les personnes confrontées à des troubles graves liés à l'usage de substances.

1.2.2 Repérage Précoce et Intervention Brève : un soin nécessaire, mais pas toujours suffisant

Bien que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) dans le contexte des soins primaires aient démontré leur efficacité pour réduire la consommation d'alcool excessive[17], une étude systématique[18], basée sur seize essais contrôlés randomisés (ECR) regroupant 6839 patients, visait à évaluer spécifiquement l'efficacité de la RPIB chez les individus présentant une dépendance à l'alcool identifiée par le dépistage en milieu de soins primaires.

Les résultats indiquent que le RPIB est bénéfique pour les patients ayant une consommation problématique d'alcool, mais aucune preuve d'efficacité n'a été observée chez ceux présentant une consommation très importante ou une dépendance.

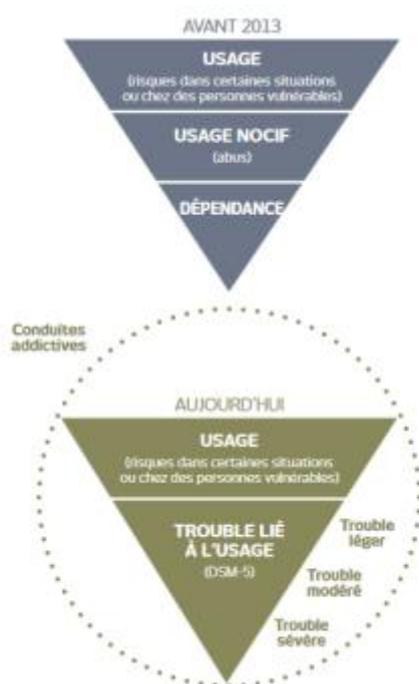
Cette lacune remet en question l'efficacité globale du RPIB, surtout dans des environnements où la dépendance est prévalente.

Les conclusions soulignent également la nécessité de développer des approches alternatives pour aider ces patients.

Ainsi, nous avons instauré un nouveau mode de coordination entre les services d'urgence, les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), et la médecine de ville. Cette approche consiste en un suivi téléphonique individualisé destiné aux patients faisant face à des Troubles liés à l'Usage d'Alcool (TUA) sévères. Une étude a été élaborée dans le but d'évaluer l'efficacité de cette démarche.

2 Troubles lié à l'usage d'alcool (TUA)

Depuis 2013, le DSM 5 regroupe la dépendance et l'abus sous l'appellation de "troubles liés à une substance". Les différents stades présents dans le DSM IV : usage, abus, dépendance ont disparu dans cette nouvelle classification[19]. [20]Les classifications du DSM-4 et du DSM-5 sont disponibles en annexes 1 et 2 pour référence.



3 Accompagnement téléphonique

3.1 Concepts et principes

L'accompagnement téléphonique, également désigné sous les termes de téléconseil ou d'intervention téléphonique, émerge comme une modalité de prise en charge novatrice dans le domaine de la santé mentale et de l'addictologie.

Il s'appuie principalement sur les technologies de communication, en particulier les appels téléphoniques.

Cette approche repose sur des principes fondamentaux visant à fournir un soutien continu aux individus confrontés, entre autres, à des troubles liés à l'usage de substances, tout en surmontant les barrières géographiques et en favorisant la continuité des soins. [11]

La personnalisation des interventions en fonction des besoins spécifiques de chaque individu et la flexibilité des horaires de communication sont également des éléments intégrés à cette approche.

3.2 Communication à Distance

L'interaction par téléphone introduit des caractéristiques uniques. La communication à distance nécessite une adaptation aux particularités de cette modalité, où les professionnels de la santé

doivent pouvoir établir des relations de confiance malgré l'absence de support visuel. Cela souligne l'importance de compétences communicationnelles spécifiques pour assurer l'efficacité de l'accompagnement téléphonique.[21]

La formation adéquate est cruciale pour garantir que ces intervenants soient bien préparés à fournir un soutien de qualité à distance.[22]

3.3 Protocoles et Lignes Directrices

Certaines interventions par téléphone peuvent être régies par des protocoles ou des lignes directrices spécifiques. Ces documents fournissent un cadre méthodologique et éthique pour l'application de l'accompagnement téléphonique dans le contexte de l'addictologie.

3.4 Avantages de l'Accompagnement Téléphonique

1. Accessibilité Améliorée :L'accompagnement téléphonique surmonte les barrières géographiques, offrant un accès élargi aux services de santé mentale et d'addictologie, en particulier pour les personnes éloignées des centres de traitement.[23]

2. Continuité des Soins :Cette modalité permet un suivi régulier, favorisant la continuité des soins au fil du temps. Les patients bénéficient ainsi d'un soutien constant sans avoir à attendre les rendez-vous physiques.[23]

3. Personnalisation des Interventions : Les professionnels peuvent adapter leurs interventions en fonction des besoins spécifiques de chaque individu, offrant ainsi une approche personnalisée et ciblée.[21], [24]

4. Réduction des Barrières :Certains patients peuvent éprouver des réticences à se rendre en personne à des séances de traitement. L'accompagnement téléphonique réduit ces barrières, favorisant l'engagement et la participation.[25]

5. Flexibilité Horaires : Les consultations par téléphone offrent une flexibilité temporelle, permettant aux patients de recevoir des soins sans être contraints par des horaires rigides.

3.5 Limitations de l'Accompagnement Téléphonique :

1 Perte de Nuances dans la Communication : L'absence de contact visuel peut entraîner la perte de certaines nuances de la communication, ce qui peut rendre plus difficile la compréhension des émotions et des expressions non verbales.

2 Accès Limité à l'Information Visuelle : Les professionnels n'ont pas accès à des informations visuelles telles que les signes physiques ou les indices environnementaux, ce qui peut compliquer l'évaluation clinique [16].

3 Défis de Confidentialité: La confidentialité peut être plus difficile à garantir lors d'une communication à distance. Les professionnels doivent mettre en place des mesures spécifiques pour assurer la confidentialité des échanges.

4 Technologies Requises :Certains patients peuvent ne pas avoir accès aux technologies nécessaires, ce qui peut limiter l'applicabilité de l'accompagnement téléphonique à certains groupes de population.[25]

5 Limitation des Interventions Urgentes :Pour les situations nécessitant une intervention immédiate,

l'accompagnement téléphonique peut ne pas être aussi efficace que les interventions en personne, surtout si des secours sont nécessaires sur place.

3.6 Éthique de l'accompagnement téléphonique

L'éthique de l'accompagnement téléphonique revêt une importance primordiale pour garantir le bien-être des patients et maintenir des normes éthiques élevées dans la prestation de soins à distance. [26], [27] Voici quelques principes éthiques à considérer dans le cadre de l'accompagnement téléphonique en santé mentale et addictologie :

1. Confidentialité et Protection des Données

- Assurer la confidentialité des informations échangées lors des conversations téléphoniques.
- Mettre en place des protocoles sécurisés pour le stockage et la transmission des données, conformément aux normes de protection de la vie privée.

2. Consentement Informé :

Obtenir le consentement informé des patients avant d'initier l'accompagnement téléphonique, en expliquant clairement les objectifs, les limites et les implications de cette modalité de soins.

3. Autonomie et Respect du Patient :

- Respecter l'autonomie des patients dans leur prise de décision quant à leur participation à l'accompagnement téléphonique.
- S'assurer que les patients comprennent qu'ils ont le droit de mettre fin aux sessions téléphoniques à tout moment.

4. Formation et Compétence des Intervenants :

Garantir que les professionnels de la santé impliqués dans l'accompagnement téléphonique possèdent les compétences nécessaires et ont suivi une formation adéquate pour assurer la qualité des interactions.

5. Équité dans l'Accès aux Soins :

Veiller à ce que l'accompagnement téléphonique soit accessible de manière équitable à tous les individus, en tenant compte des différences culturelles, linguistiques et sociales.

6. Intégrité Professionnelle :

- Maintenir l'intégrité professionnelle en évitant tout comportement inapproprié ou non éthique lors des interactions téléphoniques.
- Éviter tout conflit d'intérêts potentiel qui pourrait compromettre la qualité des soins.

7. Supervision et Soutien :

- Mettre en place des mécanismes de supervision régulière pour les professionnels impliqués dans l'accompagnement téléphonique, afin de garantir une qualité constante des services.
- Fournir un soutien émotionnel aux intervenants, étant donné que l'absence de contact visuel peut parfois rendre plus difficile la gestion des émotions.

8. Gestion des Situations d'Urgence :

Établir des procédures claires pour la gestion des situations d'urgence ou des crises qui pourraient survenir pendant les sessions téléphoniques, assurant ainsi une intervention appropriée et en temps opportun.[28]

9. Évaluation Régulière de l'Impact Clinique :

Évaluer régulièrement l'impact clinique de l'accompagnement téléphonique sur la santé mentale, en ajustant les approches en fonction des résultats obtenus.

En intégrant ces principes éthiques dans la pratique de l'accompagnement téléphonique, les professionnels de la santé peuvent contribuer à garantir une prestation de soins à distance éthique, respectueuse et de qualité.

4 Initiatives antérieures dans le domaine de l'accompagnement téléphonique :

L'accompagnement téléphonique a été exploré dans divers domaines médicaux[29], [30], mais notre attention se concentrera principalement sur la psychiatrie, en raison de sa proximité conceptuelle avec l'addictologie.

4.1 Vigilans : un programme d'accompagnement téléphonique novateur [31]

Vigilans, un programme conçu dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais en France, représente une approche proactive et holistique pour prévenir les risques de récurrence de tentatives de suicide. Face à la complexité des comportements d'automutilation et à la diversité des causes qui les sous-tendent, Vigilans propose une philosophie de surveillance axée sur la gestion de crise, visant à réduire la morbidité et la mortalité associées aux tentatives de suicide.

Les origines de Vigilans remontent à des travaux pionniers de Jérôme Motto, mettant en lumière l'efficacité des contacts réguliers et ciblés pour renforcer le lien avec les personnes en situation de crise suicidaire. S'appuyant sur ces principes, le programme combine diverses stratégies d'intervention, telles que la remise de cartes de crise, les appels téléphoniques à des intervalles spécifiques, et l'envoi de cartes postales personnalisées.

Initialement testé dans le cadre de l'essai contrôlé randomisé ALGOS en 2011, Vigilans a évolué pour devenir un programme de routine, intégré dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais en 2015. Ce programme s'adresse à tous les patients évalués après une tentative de suicide, offrant une approche individualisée basée sur un algorithme spécifique.

Le personnel de Vigilans, composé d'infirmières et de psychologues formés à la gestion de crise suicidaire, joue un rôle central dans la mise en œuvre du programme. Leur utilisation d'une plateforme téléphonique au sein du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) du département du Nord garantit une disponibilité constante pour répondre aux appels des patients, de leurs proches et de leurs contacts médicaux.

Vigilans incarne une approche complète et continue pour assurer le suivi des patients après une tentative de suicide, cherchant à renforcer le sentiment de connexion et à fournir un soutien adapté. Ce modèle de prévention du suicide, ancré dans une philosophie de soins attentifs et basé sur des résultats probants, offre des perspectives encourageantes pour d'autres régions françaises et au-delà.

Initialement déployé en Hauts-de-France, il est maintenant national et déployé dans plusieurs régions.

En février 2024, Vigilans est déployé dans 17 régions dont 4 d'Outre-mer et dans 99 départements.[32]

Ci-dessous, une illustration représentant le protocole Vigilans, détaillant la fréquence des appels téléphoniques et l'envoi de cartes postales.

For any suicide attempter discharged from an inpatient or emergency unit of the region.

Day 1

Upon discharge, the patient receives a VigilanS "crisis card" with a telephone number to be called whenever needed. VigilanS informs, by mail, the patient's general practitioner and/or psychiatrist that the patient has been placed under surveillance. At the same occasion, healthcare professionals are provided with the contact of a dedicated support hotline.



For suicide attempt repeaters

Day 10 to Day 20

In case the current suicide attempt is not the first one, VigilanS contacts the patient between the 10th and 20th day after discharge.



The patient is notified by letter or SMS text before any contact. VigilanS sends a report to the patient's general practitioner and psychiatrist.

Ordinary phone call

Unreachable or in psychological difficulty : postcards are mailed (1 monthly for 4 months)

Suicidal crisis : emergency consultation



+/- scheduling a follow-up phone call if needed

At 6 months

For all suicide attempters



VigilanS contacts the patient by telephone.

The patient is notified by letter or SMS text before any contact. VigilanS sends a report to the patient's general practitioner and psychiatrist.

Upon recurrence of a suicide attempt, the patient is put back in the surveillance program for another 6 months.

Surveillance stops if the crisis situation has sufficiently improved, but continues for 6 more months if needed.

4.1.1 Le recontact téléphonique des suicidants [33]

Il s'agit d'un entretien de soutien, reprenant les éléments du compromis de sortie des Urgences et jugeant avec le sujet de l'adéquation à la situation actuelle. Ce dispositif se montre plus efficace chez les suicidants ayant connu plusieurs tentatives de suicide. Une étude qualitative du vécu subjectif des patients ayant été appelé [34] retrouve que cette prise de contact a été considérée comme bénéfique par une majorité d'entre eux (78,9 %), et 29,4 % vont jusqu'à penser que ce contact a permis d'éviter une récurrence suicidaire, ce qui confirme non seulement la très bonne acceptation de ces procédures de veille, mais aussi un investissement positif de la part de ces patients.

4.1.2 Vécu des patients sur le rappel téléphonique[31] :

« Une fois, elle m'a appelé, j'étais super bien, elle était super contente. La semaine d'après, j'allais mal. Je me suis dit : "Mince, elle appelle au mauvais moment !", quoi que quand je ne vais pas bien, je ne parle pas. Je pensais à elle pendant quelques jours après. C'était une gentille fille. ».

« De moi-même, je n'aurais jamais appelé, c'est pas une démarche naturelle. ».

« Ça permet de voir l'évolution : si on stagne, si on va mieux, si on dégraisse, euh si on régresse. Moi c'était positif, car je voyais que je faisais des progrès. Ça me donnait une vision positive de mon état psychique. »

L'évaluation de Santé publique France de 2023 montre que le risque de réitération suicidaire est réduit de près de 40% pour les patients inclus dans Vigilans comparativement à un groupe de patients non inclus dans ce dispositif.[32]

4.2 3114, le numéro national de prévention du suicide

Une autre initiative relevant de l'accompagnement téléphonique dans le domaine de la psychiatrie est le 3114, qui s'inscrit dans la priorité accordée à la prévention du suicide par le ministère de la Santé et de la Prévention[35]. Le ministère s'engage à mettre en place une politique publique robuste, ancrée dans les territoires. Dans le cadre de ces efforts, le 3114, numéro national de prévention du suicide, a été lancé le 1er octobre 2021. Gratuit et accessible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire (métropole et outre-mer), le 3114 offre une réponse immédiate aux personnes en détresse psychique et à risque suicidaire, à l'entourage des personnes à risque suicidaire, aux endeuillés par suicide, ainsi qu'aux professionnels en contact avec des personnes suicidaires cherchant des avis et des conseils spécialisés. Ce service est assuré par des professionnels de la santé, infirmiers ou psychologues, spécifiquement formés pour les missions d'écoute, d'évaluation, d'orientation et d'intervention, au sein de centres de réponse régionaux organisés par des établissements de santé.



4.3 Applications dans le domaine de l'addictologie

Les initiatives Vigilans et 3114 sont sources d'inspiration.

La première visant à prévenir les rechutes et la seconde ayant pour objectif la prévention voire l'intervention en cas de risque suicidaire.

Cependant, la problématique en addictologie présente des spécificités, où l'objectif principal est avant tout d'aider le patient à s'engager dans le processus de soins.

Après avoir examiné l'intérêt du dépistage des troubles liés à l'usage de substances (TUA) aux urgences, l'utilité du Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB), ainsi que les exemples d'utilisation du téléphone par Vigilans et le 3114, se pose la question de la construction d'un dispositif adapté aux patients TUA en utilisant le contexte des urgences.

En effet, le niveau général d'activité, le manque potentiel d'intimité, la brièveté du temps disponible et le degré de chaos lors d'une visite aux urgences peuvent rendre difficile la mise en place d'une intervention efficace dans ce contexte.[36], [37], [38], [39]

Même en cas de succès initial, les avantages de l'identification et de l'intervention auprès d'une personne présentant une consommation dangereuse d'alcool ou de drogue peuvent s'estomper relativement rapidement au fil du temps.[40]

Il existe une relation inverse entre la durée écoulée entre l'identification d'une consommation abusive d'alcool et le rendez-vous avec un professionnel de santé spécialisé en alcoologie, et la probabilité ultérieure de maintenir ce rendez-vous.[41]

En complément des interventions brèves, le cadre du service des urgences pourrait donc être approprié pour les patients motivés à engager des discussions sur leur consommation de substances à un moment ultérieur, après la résolution immédiate de la crise médicale et lorsqu'ils pourraient être plus réceptifs aux interventions. [42]

4.4 Revue des travaux existants sur l'impact de l'accompagnement téléphonique en addictologie

Suite à une recherche sur l'accompagnement téléphonique en addictologie pour des patients rencontrés aux urgences, effectuée sur PubMed avec les mots-clés en anglais :

« Alcohol consumption » ; « Risky drinking » ; « Brief intervention » ; « SBIRT (Screening, Brief Intervention, Referral, and Treatment) » ; « Telephone intervention » ; « Follow-up calls » ; « Reinforcement » ; « Trauma patients » ; « Emergency department patients » ; « Substance use reduction » ; « Substance use disorder » ;

Nous avons identifié cinq études pertinentes se focalisant sur des dispositifs similaires :

Soderstrom et al., 2007[43]: Un essai contrôlé d'intervention brève par rapport à des conseils brefs chez les patients traumatisés présentant une consommation d'alcool à risque :

Cette étude clinique randomisée a évalué l'efficacité de deux types d'interventions brèves, à savoir une intervention motivationnelle brève personnalisée (IBP), suivie de **deux** appels téléphoniques, et des informations et conseils brefs (ICB), suivi **d'un seul** appel téléphonique, chez des patients traumatisés considérés comme des consommateurs d'alcool à risque. Les résultats ont montré que les deux groupes, IBP et ICB, ont connu des réductions significatives de : la consommation d'alcool, des épisodes de consommation excessive ainsi que des conséquences associées à la consommation d'alcool sur une période de suivi de 6 à 12 mois.

Bien que la différence entre les groupes ne soit pas statistiquement significative, le groupe IBP a présenté une tendance constante à maintenir les réductions chez les buveurs à un niveau plus faible. Ces résultats suggèrent que les interventions brèves **personnalisées**, liant la consommation d'alcool aux blessures traumatiques peuvent être efficaces pour réduire la consommation d'alcool et ses conséquences chez les consommateurs à risque non dépendants.

Mello et al., 2007[39]. DIAL : une intervention brève par téléphone pour la consommation d'alcool à risque élevé chez les patients blessés aux urgences.

L'étude vise à évaluer l'efficacité d'interventions brèves, réalisées par téléphone, chez des patients blessés aux urgences présentant une **consommation d'alcool à risque élevé**, axées sur la consommation d'alcool à risque. Les participants ont été répartis aléatoirement en deux groupes : le groupe de traitement, qui a reçu **deux séances d'interventions brèves par téléphone**, et le groupe de soins standard. Les résultats à 3 mois ont montré que les interventions brèves par téléphone ont contribué à réduire la conduite en état d'ivresse, principalement chez les participants présentant initialement une **consommation d'alcool plus problématique**. Ainsi, les interventions brèves par téléphone pourraient constituer une alternative efficace pour intervenir chez les patients aux urgences à risque élevé de consommation d'alcool.

D'Onofrio et al., 2012[44] : "Une intervention brève réduit la consommation d'alcool à risque et nocive chez les patients des services d'urgence."

L'étude visait à évaluer l'efficacité des interventions brèves (IB) pour réduire la consommation d'alcool chez les patients des services d'urgence présentant une **consommation à risque ou nocive**. 889 patients ont été randomisés en trois groupes : ceux recevant une Entrevue de Négociation Brève (ENB) réalisée par un praticien d'urgence, ceux recevant une ENB **avec un suivi téléphonique booster d'un mois**, et un groupe de soins standard (SS). Un groupe supplémentaire de soins standard sans évaluations a été inclus pour évaluer l'impact des évaluations sur les résultats. Les résultats ont montré que les groupes avec IB ont présenté une réduction significativement plus importante de la consommation d'alcool par rapport au groupe de soins standard, soutenant ainsi l'utilisation des IB dans les services d'urgence pour traiter la consommation d'alcool à risque ou nocive.

Il n'y a pas eu de différence significative encore les groupes ayant bénéficié d'une intervention brève seule et ceux ayant bénéficié d'un suivi téléphonique d'un mois en plus.

Hatch-Maillette et al. 2020[45] : Fréquence des appels de suivi après une intervention SBIRT (Dépistage, Évaluation, Orientation, et Traitement) aux services d'urgence visant à réduire la

consommation de substances.

Les interventions brèves (IB) visant à traiter la consommation problématique de drogues dans des contextes médicaux généraux, notamment aux services d'urgence, ont présenté des résultats décevants par rapport à celles qui se concentrent sur la consommation problématique d'alcool. Dans cette étude, menée dans six services d'urgence aux États-Unis, les auteurs examinent les effets liés à la fréquence des appels de suivi par téléphone (0, 1 ou 2 appels effectués) auprès de patients non demandeurs de traitement, randomisés dans la condition intervention brève avec suivi, et ayant indiqué une consommation problématique de drogue lors de leur visite aux urgences (N = 427). Les résultats principaux ont été évalués aux suivis de 3, 6 et 12 mois, incluant l'utilisation de la drogue principale choisie au cours du mois précédent, l'utilisation de toute drogue et la consommation excessive d'alcool.

Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes ayant complété 0, 1 ou 2 appels de suivi, que ce soit à 3, 6 ou 12 mois après l'IB aux urgences.

En outre, il a été constaté que les patients plus âgés étaient significativement plus enclins à compléter les appels de suivi.

Dans l'ensemble, ces résultats soulèvent des **interrogations sur l'utilité clinique des appels téléphoniques de suivi** à la suite du dépistage et des interventions brèves ciblant une consommation de **drogue hétérogène aux services d'urgence**.

Donovan et al., 2015[28] Leçons apprises pour les appels de suivi téléphonique de renforcement auprès des patients toxicomanes des services d'urgence.

Cette étude se concentre sur l'implémentation d'appels de renforcement post-visite dans le contexte des interventions brèves dispensées aux patients du service des urgences (SU). L'objectif était de fournir des informations descriptives et les perspectives qualitatives des intervenants sur la prestation d'interventions brèves par téléphone, en mettant en lumière les défis, les enseignements tirés et les recommandations pour d'autres tentant de mettre en œuvre des appels de renforcement adjoints.

La méthodologie impliquait la réalisation de **deux appels téléphoniques de renforcement d'une durée de 20 minutes dans la semaine suivant la sortie d'un patient du SU**, ciblant 425 participants avec des antécédents de consommation problématique de substances **autres que l'alcool ou la nicotine**.

Les résultats ont montré que plus de la moitié des participants ont complété l'appel initial, et la plupart de ceux qui ont reçu le premier appel ont également complété le deuxième. Cependant, plusieurs défis ont été identifiés, tels que le logement instable, l'accès limité au téléphone et l'indisponibilité en raison de traitements supplémentaires.

Les conclusions de l'étude mettent en avant des recommandations spécifiques, résumées dans le tableau ci-dessous, pour mettre en œuvre avec succès un système centralisé d'appels de renforcement adjoints. De plus, l'étude souligne la nécessité de futures recherches évaluant les avantages incrémentiels des appels de renforcement sur les résultats par rapport aux interventions brèves dispensées dans le cadre du SU.

Barrières rencontrées	Recommandations pour les appelants
Logement instable	Préparer les numéros d'urgence. Être prêt à appeler un numéro d'urgence si

	besoin, avec un second téléphone.
Accès limité au téléphone	Horaires d'appel flexibles
Indisponibilité due à d'autres problèmes de santé	Compétences cliniques Compétences interventionnelles
Manque de compensation pour un appel complété	Créer une alliance lors de la rencontre aux urgences, par le premier intervenant
Appelant inconnu du participant	Prévenir le patient de cette possibilité lors de la rencontre aux urgences

4.4.1.1 Synthèse de la bibliographie

L'examen des cinq études sélectionnées sur l'accompagnement téléphonique des patients présentant une addiction nous a permis de mettre en évidence plusieurs points forts, lacunes et pistes d'amélioration dans ce domaine :

1. Efficacité des interventions brèves personnalisées (IBP) : L'étude de Soderstrom et al. (2007) met en évidence que les interventions brèves personnalisées, associées à des appels téléphoniques, ont permis des réductions significatives de la consommation d'alcool, des épisodes de consommation excessive et des conséquences associées sur une période de suivi de 6 à 12 mois. Cette approche semble particulièrement efficace chez les consommateurs à risque non dépendants.
2. Réduction de la conduite en état d'ivresse par les interventions brèves par téléphone : Les études de Mello et al. (2007) et D'Onofrio et al. (2012) indiquent que les interventions brèves par téléphone ont contribué à réduire la conduite en état d'ivresse, surtout chez les patients présentant une consommation d'alcool initialement plus problématique. Ces résultats suggèrent que les interventions téléphoniques peuvent être une alternative efficace, en particulier dans les services d'urgence.
3. Résultats décevants pour la consommation de drogues : L'étude de Hatch-Maillette et al. (2020) souligne des résultats décevants pour les interventions brèves ciblant la consommation problématique de drogues par rapport à celles axées sur l'alcool. Cela soulève des interrogations sur l'utilité clinique des appels téléphoniques de suivi après ces interventions dans les services d'urgence
4. Impact limité des appels de suivi : Les résultats de Hatch-Maillette et al. (2020) indiquent l'absence de différence significative entre les groupes ayant complété 0, 1 ou 2 appels de suivi après une intervention brève aux urgences. Cela suggère que la fréquence des appels de suivi peut ne pas avoir un impact significatif sur les résultats, remettant en question l'efficacité de cette approche.
5. Défis logistiques et recommandations pour les appels de renforcement : L'étude de Donovan et al. (2015) souligne des défis logistiques tels que le logement instable et l'accès limité au téléphone. Les recommandations incluent des horaires d'appel flexibles et la préparation de numéros d'urgence pour surmonter ces obstacles.

En résumé, bien que les interventions brèves par téléphone montrent une certaine efficacité, des lacunes persistent, notamment dans le contexte de la consommation de drogues et de l'impact limité

des appels de suivi. Des ajustements logistiques et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour optimiser l'efficacité de ces interventions et surmonter les défis pratiques rencontrés.

5 Les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) : Histoire, composition et rôle d'orientation

Les initiatives de liaison hospitalière ont une longue histoire, avec la psychiatrie de liaison jouant un rôle précurseur dès les années 1970[46].

Elle a permis l'intervention de professionnels des établissements psychiatriques auprès des patients admis dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et auprès de leurs équipes de soins.

L'extension de ces activités à l'addictologie s'est concrétisée plus tardivement, avec la création des ELSA en 1996, dont le cadre de fonctionnement et les missions ont été définies par la circulaire DHOS/DGOS du 8 septembre 2000 [47]. Ces missions ont été élargies aux conduites addictives en général, intégrant l'alcoologie, la toxicomanie et la tabacologie au sein des établissements.

La composition des ELSA est hétérogène[48], avec une prédominance du médical, les médecins et infirmiers sont les professionnels les plus représentés et présents dans toutes les équipes.

On observe également une forte présence de psychologues au sein des équipes tandis que les professionnels du social, y sont moins nombreux.

Leur mission principale consiste à repérer les patients confrontés à des difficultés addictives pendant leur hospitalisation ou aux urgences, les orientant vers un parcours de soins adapté.

Les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) favorisent une approche médicopsychosociale de la prise en charge de l'addiction, offrant un soutien continu aux équipes soignantes et aux patients au-delà de la période d'hospitalisation.

En parallèle, elles mènent des actions de sensibilisation, d'information, et de formation, tout en établissant des liens avec des partenaires hospitaliers et extrahospitaliers.

Les ELSA, ont donc entre autres missions, l'orientation. Les orientations proposées sont généralement :

- Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
- Médecin traitant
- Hospitalisation
- Service de soins de suite
- Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)

Ci-dessous, un récapitulatif des orientations proposées à Rouen en 2022 :

Tableau I: Répartition du nombre de patients en fonction de l'orientation proposée par l'ELSA de Rouen en 2022

	Pourcentage (%)
Hospitalisation	4,14
SSR Addictologie	0,00
CSAPA, CAARUD, SCMR	42,33
CJC	0,12
Médecin traitant	10,25
Consultations hospitalières d'addictologie	7,32
Autres (hospitalisation en psychiatrie, SSR somatiques...)	35,84

Inconnu	0,00
Total	100

Source : Rapport d'activité 2022 des ELSA de Rouen

Actuellement, le plus souvent, les modalités d'orientation par les ELSA au décours d'une prise en charge dans une structure hospitalière d'urgence restent liées à l'histoire locale.

En pratique courante, il est habituel que certains patients perçus plus fragiles par l'équipe de liaison soient contactés par téléphone régulièrement pour rediriger vers un CSAPA si besoin. Cette pratique est à la discrétion de chaque équipe, et n'est à ce jour pas systématique ni protocolisée.

Notre étude vise donc à réaliser une évaluation préliminaire plus formelle du dispositif existant au sein des ELSA, en examinant la possibilité d'approfondir cette évaluation et d'évaluer la pertinence d'une éventuelle généralisation de ce dispositif.

Partie 2

6 Méthodologie

6.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude préliminaire observationnelle comparative, évaluant la pertinence d'un dispositif porté par les ELSA du CHU de ROUEN, s'appuyant sur l'Accompagnement Téléphonique spécifique, destiné à favoriser le relais vers les soins addictologiques ambulatoires pour des usagers ayant été dépistés comme présentant un Trouble de l'Usage de l'Alcool (TUA) sévère à l'occasion d'un passage dans une structure hospitalière d'urgence.

6.2 Objectif principal de l'étude

Evaluer l'impact de l'accompagnement téléphonique par l'équipe de liaison d'addictologie sur la prise de rendez-vous de suivi en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou chez le médecin traitant et/ou tout autre médecin désigné par le patient à cet effet, chez des patients ayant un Trouble d'Usage d'Alcool (TUA) sévère, dans les 3 mois suivant leur passage aux urgences.

6.3 Objectifs secondaires de l'étude

Comparer le taux de nouveaux passages dans une structure hospitalière d'urgence

Montrer un moindre recours à un service hospitalier d'urgence dans les 3 mois suivant leur passage initial dans une structure hospitalière d'urgence, pour les patients ayant bénéficié d'un accompagnement téléphonique par rapport à ceux n'en bénéficiant pas.

Recherche d'un effet du nombre d'appels

Étudier le taux de patients ayant recours aux CSAPA, et/ou au médecin traitant, et/ou à tout autre médecin désigné, pour leur consommation d'alcool, dans les 3 mois suivant leur prise en charge dans une structure hospitalière d'urgence, en fonction du nombre d'appels téléphoniques aboutis dans le cadre du protocole.

Comparer les consommations déclarées d'alcool (CDA)

Montrer que l'évolution de la consommation déclarée d'alcool dans 3 mois suivant le passage aux urgences, serait plus favorable chez les patients ayant bénéficié du protocole d'accompagnement téléphonique.

6.4 Critères d'évaluations

6.4.1 Critère d'évaluation principal

Recours à un CSAPA, et/ou à leur médecin traitant (MT), et/ou tout autre médecin désigné pour la prise en charge en lien avec les consommations d'alcool, dans les 3 mois suivant le passage du patient dans une structure hospitalière d'urgence.

6.4.2 Critères d'évaluation secondaires

- **Recours à une structure hospitalière d'urgence**

Recours à un service d'urgence dans les 3 mois suivant le passage initial dans une structure hospitalière d'urgence.

- **Effet du nombre d'appels aboutis**

Recours aux CSAPA, et/ou au MT, et/ou à tout autre médecin désigné, pour la prise en charge de la consommation d'alcool, dans les 3 mois suivant le passage du patient dans une structure hospitalière d'urgence, en fonction du nombre d'appels téléphoniques aboutis dans le cadre du protocole PACTELSA (au sein du groupe intervention).

- **Consommations déclarées d'alcool**

Différence de la consommation déclarée d'alcool, entre celle recueillie initialement lors de la prise en charge dans une structure hospitalière d'urgence, et celle recueillie 3 mois après lors de l'évaluation finale.

6.4.3 Recueil des données

Il s'agit d'un recueil rétrospectif des données des patients correspondant aux Critères d'inclusion (6.4.4) de l'étude. On considère deux groupes :

Groupe « intervention » (Groupe A) :

Au terme de la prise en charge au sein d'une structure hospitalière d'urgence, et après un entretien répondant aux critères d'une intervention brève (la RPIB), l'orientation vers les soins ambulatoires par l'ELSA se fait dans les conditions du soin courant :

- Remise des coordonnées des CSAPA des territoires de santé de ROUEN, DIEPPE, et alentours.
- Envoi d'un courrier destiné au médecin traitant et/ou tout autre médecin désigné par le patient.

L'ELSA, après accord du patient, met ensuite en œuvre un accompagnement téléphonique personnalisé: les sujets sont contactés aux semaines S1 et S2, aux mois M1, et M2 suivant le passage aux urgences, pour leur proposer un accompagnement personnalisé afin de les aider dans l'initiation effective d'un suivi ambulatoire centré sur leur usage d'alcool.

Ce groupe bénéficie d'un appel à M3 ainsi que le CSAPA ou le médecin désigné.

Groupe « témoin » (Groupe B) :

Au terme de la prise en charge par une structure hospitalière d'urgence, et après un entretien répondant aux critères d'une intervention brève (la RPIB), l'orientation vers les soins ambulatoires par l'ELSA s'est faite dans les conditions du soin courant :

- Remise des coordonnées des CSAPA des territoires de santé de ROUEN, DIEPPE, et alentours.
- Envoi d'un courrier destiné au médecin traitant et/ou tout autre médecin désigné par le patient.

Il n'y a pas d'accompagnement téléphonique à S1, S2, M1, et M2.

L'équipe de liaison recontacte le patient par téléphone à M3, ainsi que le CSAPA ou le médecin désigné, pour faire le point sur la situation du patient.

Vu la capacité et la charge de travail que ce dispositif représentent, ainsi que le nombre de passages potentiels, il est apparu impossible d'accompagner l'ensemble des patients, nous avons choisi de proposer l'accompagnement téléphonique à un patient sur deux.

La rencontre des participants a eu lieu les jours de passages de l'ELSA aux urgences : les lundis, mardis, mercredis, jeudis et vendredis aux urgences du CHU de Rouen, de 9h à 16h30, sauf jours fériés.

Dans tous les cas, conformément à la procédure habituelle, la sollicitation de l'ELSA s'est faite par les équipes du service d'urgence, lorsqu'un bilan ou une orientation addictologique complémentaire semblait nécessaire pour le patient, que son motif de consultation aux urgences soit directement en lien avec une conduite addictive ou non.

A l'issue de l'évaluation par l'ELSA, si le patient présentait un TUA sévère pour lequel est posée l'indication de l'initiation d'un suivi ambulatoire en CSAPA et/ou par son MT, outre l'intervention brève menée au cours de l'entretien, l'intérêt d'un suivi ambulatoire est expliqué au patient, à la recherche de son adhésion à ce projet de soins.

Si le patient acceptait le principe d'un suivi par son MT pour son usage d'alcool, et/ou par tout autre médecin qu'il désignait à cet effet, et/ou bien entendu en CSAPA, les différentes structures de ce type susceptibles de convenir à sa situation lui sont présentées à l'aide d'un support, une plaquette où figurent les coordonnées des CSAPA des territoires de santé de Rouen, Dieppe, et alentours.

Dans un cas sur deux, l'équipe de liaison d'addictologie recueillait les coordonnées du patient tout en sollicitant son consentement pour être contacté ultérieurement, comme cela est couramment pratiqué, afin de recueillir des informations sur son état de santé.

Les appels à S1, S2, M1 et M2 du groupe « intervention » se déroulent de façon semi structurée, le soignant :

- S'assure de l'identité de l'interlocuteur,
- Se présente, ainsi que sa fonction,
- Recueille un éventuel changement de projet par rapport à la prise en charge addictologique,
- Recueille les informations à propos du relai vers un CSAPA, le médecin traitant ou tout autre médecin initialement désigné par le patient : contacts pris, tentatives de contact, Rendez-vous fixés, entretiens réalisés, difficultés éventuellement rencontrées...
- Recueille les événements intercurrents depuis le dernier contact, en lien avec l'usage d'alcool : prise en charge dans une structure d'urgence, accident, modification des traitements médicamenteux, perte de logement, ...,
- Propose son aide pour accompagner le patient dans la mise en place de son suivi addictologique, et répondre le cas échéant (ou fixer un rendez-vous suivant si réponse impossible à apporter immédiatement),
- Oriente vers une structure d'urgence ou appelle le 15 si détresse du patient,
- Convient du prochain contact téléphonique, avec le patient,
- Remercie pour le temps consacré au présent contact téléphonique.

Jusqu'à trois tentatives d'appels sont réalisées à chaque étape où doit être joint le patient (S1, S2, M1, M2 et M3). Si aucun des trois appels n'aboutit, et que le patient ne téléphone pas de lui-même, l'étape suivante reste tout de même planifiée.

6.4.4 Critères d'inclusion

- Sujet de 18 à 64 ans inclus.
- 6 critères ou plus du Trouble de l'Usage de l'Alcool selon le DSM-5 (Annexe 2)
- Indication de mise en route d'un suivi ambulatoire en raison de l'usage d'alcool du sujet, par le médecin traitant, et/ou par un CSAPA, et/ou par tout médecin désigné par le sujet à cet effet.
- Acceptation du sujet au projet de suivi ambulatoire en raison de son usage d'alcool, par le médecin traitant, et/ou par un CSAPA, et/ou par tout médecin désigné par le sujet à cet effet.
- Patient joignable par téléphone dans les 3 mois suivant le passage aux urgences.

6.4.5 Critères de non-inclusion

- Sujet présentant une contre-indication à un retour à domicile au terme de l'évaluation réalisée aux urgences.
- Sujet déjà suivi pour sa consommation d'alcool au sein d'un CSAPA, et/ou par son MT et/ou tout autre médecin désigné par le sujet, et ayant eu leur dernier contact il y a moins de trois mois.
- Patients souffrant d'une autre addiction reconnue par le DSM 5, sauf le tabac et le cannabis.
- Présence d'un contexte suicidaire actuel lors de l'évaluation initiale (examen clinique et déclaration du sujet)
- Antécédent de trouble psychotique vie entière
- Antécédent de trouble bipolaire vie entière
- Trouble cognitif majeur
- Femme enceinte
- Personne privée de liberté par une décision administrative ou judiciaire ou personne placée sous sauvegarde de justice / sous-tutelle ou curatelle

6.4.6 Période de recrutement

Les données recueillies concernaient les sujets rencontrés aux urgences du CHU de Rouen entre le 2 novembre 2022 et le 30 avril 2023.

Les appels téléphoniques réguliers ont été initiés en tant que mesure de soins, préalablement validée par un accord oral du patient, prévenu que c'était une possibilité.

7 Résultats

Nous avons rencontré 437 patients aux urgences en 6 mois *Tableau II*. 95 ont été hospitalisés en addictologie ou dans une autre unité, 147 étaient déjà suivis, 75 ont refusé toute prise en charge addictologique, 93 présentaient des critères d'exclusion de l'étude, 27 correspondaient aux critères de l'étude.

Tableau II : Recrutement des participants de l'étude sur une période de 6 mois

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	Total n(%)
Patients vus aux urgences	48	70	90	75	87	67	437(100)
Hospitalisation	12	13	24	14	11	21	95(21,7)
Déjà suivis	16	25	23	24	37	22	147(33,6)
Refus de prise en charge	6	11	14	22	16	6	75(17,1)
Exclu de l'étude	8	12	24	9	22	18	93(21,3)
Critères de l'étude	6	9	5	6	1	0	27(6,1)

L'étude présente donc un total de 27 patients.

Le groupe A, groupe « intervention », se compose de 13 patients.

Le groupe B, groupe « témoin », se compose de 14 patients.

Les caractéristiques démographiques et cliniques sont représentées dans le *Tableau III* :

Les 2 groupes sont comparables au niveau des caractéristiques démographiques et cliniques.

Les antécédents psychiatriques correspondent aux tentatives d'autolyse et aux épisodes dépressifs caractérisés.

Les antécédents cardiovasculaires correspondent à au moins un antécédent parmi : l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral et le diabète.

La consommation de tabac correspond à une consommation quotidienne.

La consommation de cannabis correspond à une consommation régulière (minimum deux fois par semaine) à quotidienne.

La durée d'abstinence maximale d'alcool présente une grande disparité entre les participants, et se situe autour de 6 mois et 1 an.

Tableau III: Caractéristiques démographiques et cliniques des groupes comparés

Caractéristiques		Moyenne des 2 groupes (n=27) ±écart-type	Groupe A (n=13)	Groupe B (n=14)	p ¹ value	
Caractéristiques démographiques	Age (ans)	47,37 ±10,70	47,77±11,91	47±9 ,89	0,56	
	Sex Ratio (F/H)	0,125	0,076	0,142	0,45	
	Situation familiale	Célibataire (%)	70,4	69,2	71,4	0,22
		En couple (%)	29,6	30,8	28,6	0,77
	Revenus	Salaire (%)	44,4	53,8	35,7	0,53
		Autre (%)	55,6	46,2	64,3	0,46
Caractéristiques cliniques	ATCD psychiatriques (%)	70,4	30,8	28,6	0,77	
	ATCD cardio-vasculaires (%)	22	15,38	28,57	0,45	
	Tabac (%)	100	100	100	0,5	
	Cannabis (%)	3,7	7,7	0	0,58	
	Age début addiction à l'alcool(ans)	28,23±13,18	29,69±16,41	26,77±9,39	0,71	
	Durée addiction à l'alcool (ans)	20,19±13,02	18,08±13,14	22,14±13,08	0,34	
	Nombre de sevrages d'alcool antérieurs	0(%)	44,4	30,8	57,1	0,47
		1(%)	37,0	38,5	35,7	0,71
		2(%)	18,5	30,8	7,1	0,52
	Durée abstinence d'alcool maximale (années)	0,56±0,56	0,62±0,46	0,50±0,65	0,57	
	ATCD de suivi ancien pour alcool (%)	59,3	69,2	50	0,53	
	CDA ² aux urgences (verres standards)	21,49±11,82	23,58±12,01	19,55±11,73	0,65	

¹ La valeur de p est calculée à partir du test T de Student et la différence entre les deux groupes est considérée significative si p<0,05.

² CDA : Consommations Déclarées d'Alcool

Nous avons comparé les caractéristiques démographiques des participants de l'étude à celles des patients des CSAPA de Rouen, en se basant sur le rapport d'activité 2022 des CSAPA de Rouen qui compte 1800 patients (*Tableau IV*).

Nous avons utilisé le test du Chi-carré pour évaluer la significativité des différences entre les groupes pour les critères catégoriels, en comparant les fréquences observées dans chaque catégorie. Pour comparer les durées en années avec un écart type, nous avons utilisé le test t de Welch pour vérifier si les différences entre les moyennes des groupes étaient significatives.

Les différences étaient considérées significatives si $p < 0,05$.

Le statut célibataire englobe les patients vivant seuls, séparés, divorcés et veufs. Le statut de salarié inclut ceux percevant un salaire, en arrêt maladie ou en retraite.

On retrouve des différences significatives (p en gras dans le tableau) entre la population de l'étude et la population du CSAPA en ce qui concerne : l'âge, le nombre de célibataires, le nombre de salariés, les consommations de tabac et de cannabis, le nombre de sevrages et l'ancienneté du suivi.

Tableau IV: Comparaison des caractéristiques démographiques des participants de l'étude avec celles des patients des CSAPA Rouen

Caractéristiques		Moyenne des 2 groupes (n=27) ±écart-type	CSAPA de Rouen RA 2022	Valeur de p
Age entre 40 et 49 ans (%)		100	27,9	<0,00001
Sexe	Hommes(%)	88,9	77,6	0,160
	Femmes (%)	11,1	22,4	0,157
Situation familiale	Célibataire(%)	70,4	40	0,0014
	En couple (%)	29,6	60	0,0014
Revenus	Salaire(%)	44,4	56,3	0,217
	Autre(%)	55,6	43,7	0,217
ATCD psychiatriques(%)		70,4	69	0,878
ATCD cardio-vasculaires (%)		22	28	0,506
	Tabac (%)	100	48,7	<0,00001
	Cannabis (%)	3,7	22,8	0,018
Age début addiction(ans)		28,23±13,18	37,27±12,03	0,372
Durée addiction (ans)		20,19±13,02	-	-
Nombre de sevrages antérieurs	0(%)	44,4	54,2	0,314
	1(%)	37,0	19,4	0,021
	2(%)	18,5	16,8	0,810
Durée abstinence maximale (années)		0,56±0,56	1,64±6,5	0,377
Suivi ancien(%)		59,3	98,7	<0,000001

Dans le groupe A, deux participants ont pris un rendez-vous. De même, dans le groupe B, deux participants ont également pris un rendez-vous pour un suivi. Ces résultats suggèrent que le suivi régulier n'a pas nécessairement conduit à une augmentation significative du nombre de rendez-vous pris pour un suivi (Figure 1).

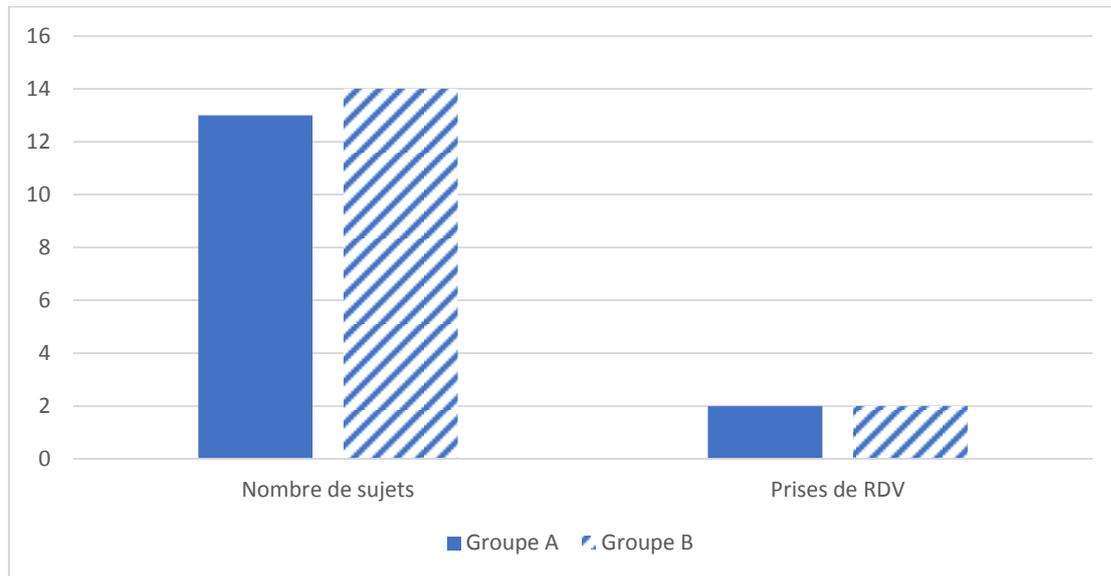


Figure 1 Nombre de rendez-vous pris après un suivi de 3 mois

Les deux participants du groupe A ayant pris rendez-vous l'ont fait à S1 et S2 de leur passage aux urgences.

Les deux participants du groupe B ayant pris rendez-vous l'ont fait à M1 et M2 de leur passage aux urgences.

Un participant de chaque groupe a pris rendez-vous en tabacologie sans demander de suivi pour alcool.

Quant au nombre de passages aux urgences dans les 3 mois, il est équivalent dans les 2 groupes (Figure 2).

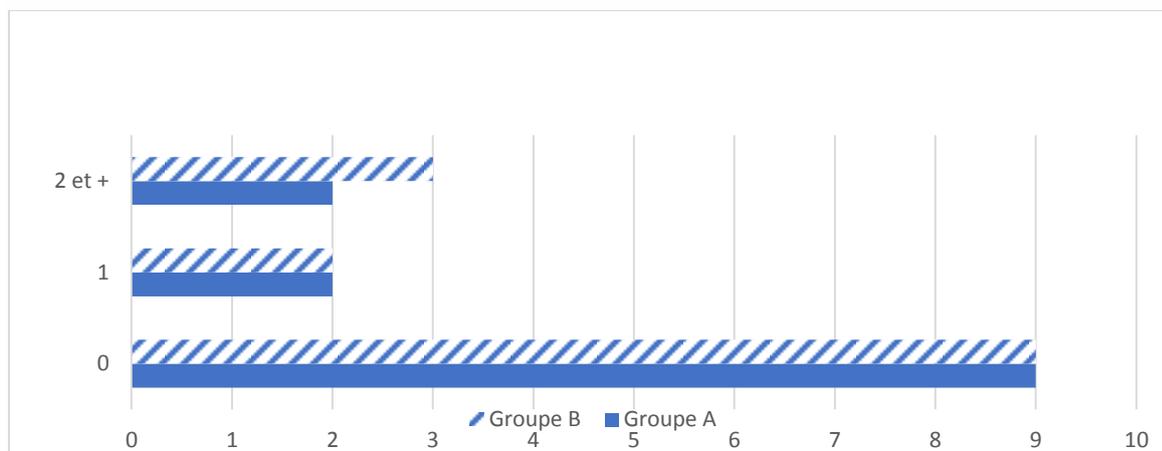


Figure 2 Nombre de passages aux urgences dans les 3 mois

Un participant du groupe B a cumulé six passages aux urgences dans les 3 mois, c'est le nombre le plus important des deux groupes. Il fait également partie des participants ayant pris un rendez-vous de suivi pour alcool.

Dans le groupe A, le nombre d'appels aboutis par participant se situe entre 1 et 4 (Figure 3). Aucun participant n'a complété les 5 appels initiés (S1, S2, M1, M2, M3). Un seul participant a complété 4 appels.

Les participants ayant pris un rendez-vous de suivi ont complété 2 et 3 appels (A9 et A4 respectivement).

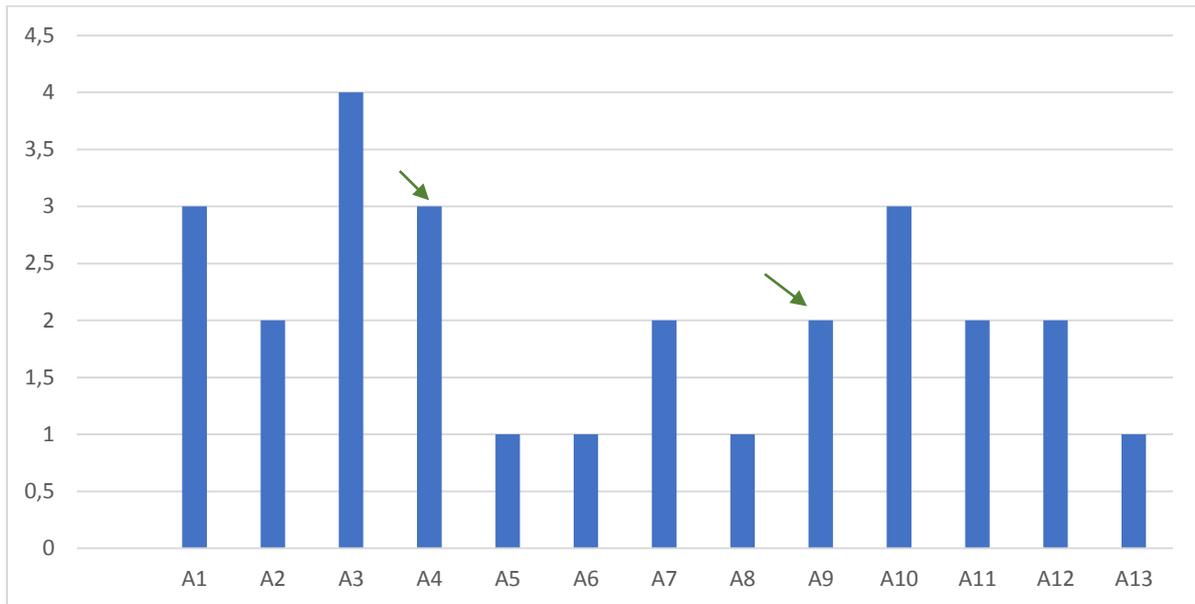


Figure 3 Nombre d'appels aboutis par personne dans le groupe A

La majorité des appels aboutis dans le groupe A ont eu lieu soit à la période la plus précoce (S1), soit à la période la plus tardive (M3) (Figure 4).

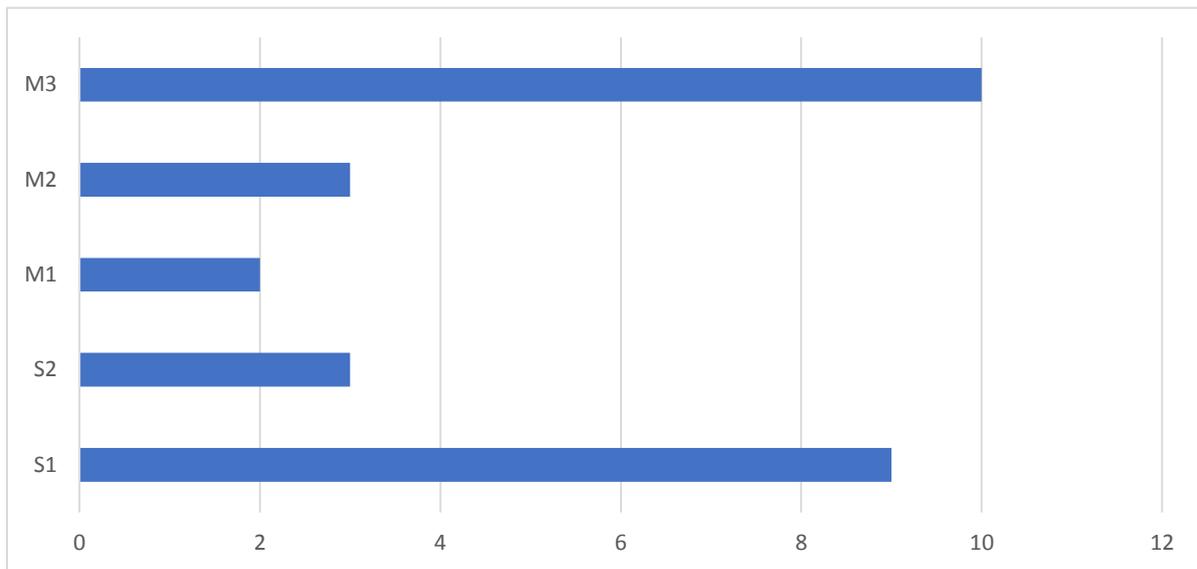


Figure 4 Nombre d'appels aboutis à S1, S2, M1, M2 et M3 dans le groupe A

Concernant l'évolution des consommations déclarées d'alcool en 3 mois du groupe A (Figure 5), nous avons obtenu 10 réponses pour 13 participants, en raison de difficultés à joindre les 3 participants restants par téléphone.

5 participants déclarent avoir diminué leurs consommations d'alcool, 2 participants déclarent avoir gardé la même consommation en 3 mois, et 3 participants déclarent avoir arrêté toute consommation. Parmi ces 3 participants, 2 d'entre eux sont ceux ayant pris un rendez-vous de suivi dans le groupe A (A4 et A9).

Aucun participant ne déclare avoir augmenté ses consommations d'alcool.

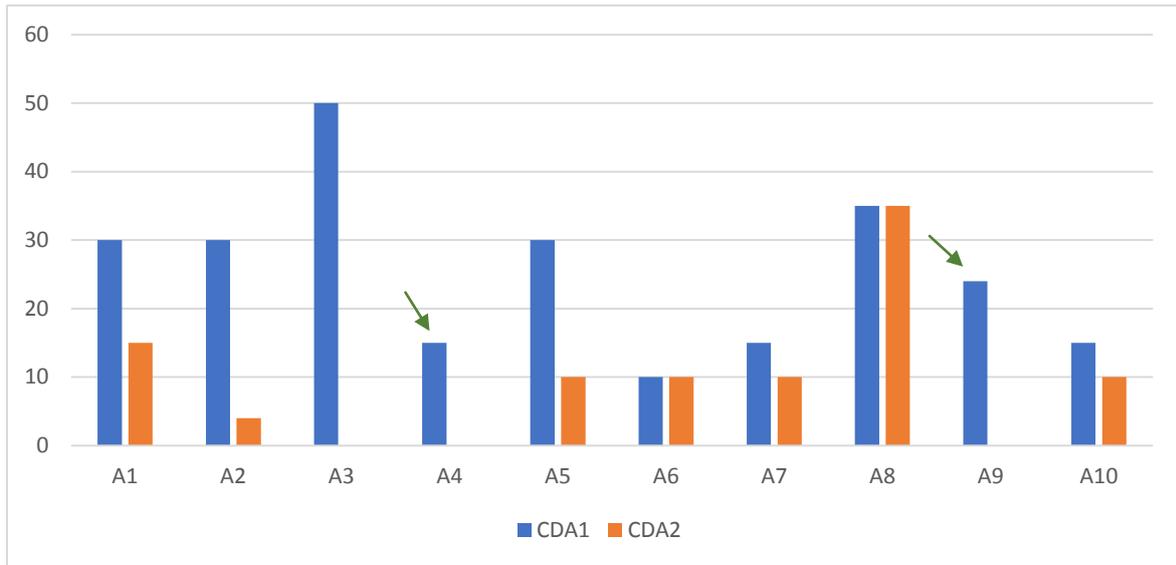


Figure 5 : Evolution des consommations d'alcool du groupe A au bout de 3 mois (en verres-standard)

Concernant l'évolution des consommations déclarées d'alcool en 3 mois du groupe B (Figure 6), nous avons obtenu 6 réponses pour 14 participants, en raison de difficultés à joindre les 8 participants restants par téléphone.

3 participants déclarent avoir gardé la même consommation en 3 mois, 2 participants déclarent avoir arrêté toute consommation, et aucun ne déclare avoir diminué sa consommation. Parmi les 2 participants déclarant avoir arrêté leurs consommations, 1 d'entre eux a pris un rendez-vous de suivi dans le groupe B (B2).

Un participant du groupe B déclare avoir augmenté ses consommations d'alcool (B5).

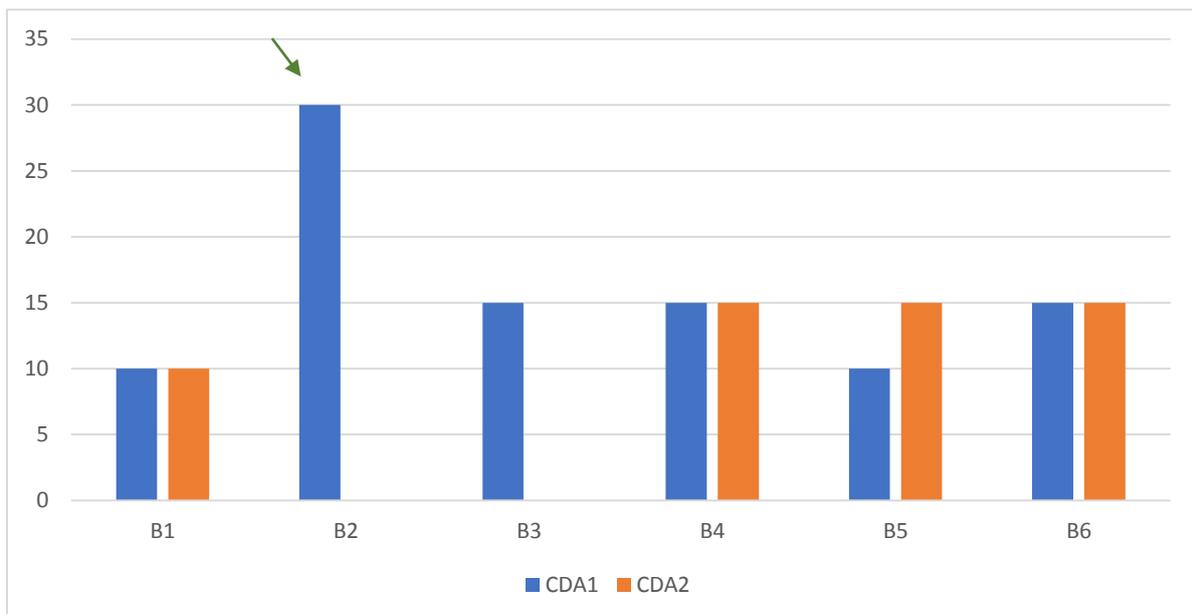


Figure 6 Evolution des consommations d'alcool du groupe B au bout de 3 mois (en verres-standard)

8 Discussion

Cette étude observationnelle comparative, basée sur une collecte rétrospective des données, vise à évaluer l'utilité d'une pratique courante proposée par l'équipe de liaison en addictologie (ELSA) de Rouen : l'accompagnement téléphonique des patients souffrant de troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) sévères, dans les trois mois suivant leur passage aux urgences.

Notre étude a rencontré des contraintes dans le recrutement de patients aux urgences, ce qui pourrait être attribué à plusieurs facteurs.

D'abord, des facteurs contextuels : La période postérieure à la pandémie de COVID-19. Une étude antérieure[49] a souligné les conséquences sanitaires potentielles de l'épidémie, suggérant que le renoncement aux soins pourrait entraîner des retards préjudiciables pour les individus et la collectivité.

Une autre raison majeure expliquant les difficultés de recrutement de patients réside dans le fait que ce dernier a été principalement concentré au CHU de Rouen, qui est situé dans une région abritant l'un des plus grands Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) pour les troubles liés à l'usage d'alcool. Les données disponibles (Tableau V), montrent une augmentation du nombre de patients alcooliques déjà pris en charge par le CSAPA de Rouen. Cela suggère que la prévalence élevée des TUA dans cette région, combinée à la présence d'une structure de soins spécialisée, a probablement conduit à la préexistence d'un grand nombre de patients TUA déjà engagés dans des programmes de traitement au CSAPA de Rouen.

De plus, une diminution de l'activité a été observée dans l'ensemble des CSAPA en 2022, ce qui correspond à la baisse du nombre de patients se présentant aux urgences en période post-COVID (File active moyenne des CSAPA de Rouen drogues illicites et alcool, 2013-2022 Tableau V).

Tableau V: File active moyenne des CSAPA de Rouen drogues illicites et alcool, 2013-2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble des CSAPA	1823	2135	2296	2277	2073	1923	1784	1775	1922	1230
CSAPA Alcool	1577	1934	2096	2055	1857	1723	1628	1615	1737	-
CSAPA Drogues illicites	246	201	200	222	216	200	156	160	185	-

Source : Rapport d'activité des CSAPA de Rouen, 2008-2022

Un autre aspect à considérer concerne les horaires de recrutement. Les passages aux urgences des patients pendant les week-ends et les jours fériés n'ont pas été inclus en raison de l'indisponibilité de l'ELSA à ces moments-là.

Il existe également des facteurs intrinsèques liés à la population que nous tentons de recruter, tels que le déni et la dénégation des comportements de consommation[50], ce qui rend l'adhésion aux soins plus difficile.

Les personnes souffrant de troubles liés à l'usage d'alcool, souvent confrontées à des traumas précoces[51], qui peuvent être sources de honte profonde.

Cette honte peut être intensifiée par un facteur social non négligeable qu'est la stigmatisation, créant ainsi un sentiment d'indignité et de marginalisation[52].

Les stéréotypes associés aux problèmes d'alcool ont des conséquences supplémentaires, notamment l'idée que les TUA sont toujours graves, fixes ou incontrôlables[52]. Ces stéréotypes entravent le processus de changement individuel, les résultats en matière de santé et les objectifs de santé publique.[52]

Par rapport aux troubles mentaux non liés à la substance, les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de l'alcool sont généralement moins susceptibles d'être considérées comme mentalement malades, mais elles sont perçues comme plus dangereuses et responsables de leur état. De plus, le désir du public de maintenir une distance sociale est systématiquement plus élevé à l'égard des personnes atteintes de TUA[52].

Cette stigmatisation représente un obstacle majeur à la recherche d'aide et à l'engagement dans le traitement des TUA, **même de la part des professionnels de la santé**[53].

Un autre aspect qui retient notre attention est que la population recrutée présente des caractéristiques différentes de celles généralement observées dans les CSAPA (*Tableau IV*), notamment en ce qui concerne l'âge, la situation familiale, les revenus, les consommations de tabac et de cannabis, le nombre de sevrages et l'ancienneté du suivi.

Il est donc envisageable qu'il s'agisse d'une population différente avec des facteurs de résistance aux soins que l'on propose, car les autres patients ont déjà été pris en charge par les CSAPA locaux depuis un certain temps, en raison de leur présence établie sur place.

En ce qui concerne le principal critère d'évaluation de l'étude, à savoir le recours à un CSAPA ou à un médecin désigné après 3 mois, il semble que l'accompagnement téléphonique n'ait pas d'impact sur le nombre de rendez-vous pris pour un suivi, du moins selon notre échantillon restreint.

Cependant, l'accompagnement téléphonique pourrait avoir un impact sur la précocité de prise de rendez-vous de suivi. C'est une tendance qui a été constatée sans différence significative. Cependant, cela est cohérent avec le fait que les patients alcooliques sont sujets à des altérations de la mémoire épisodique [54], ce qui complique la rétention des informations et la planification des rendez-vous. Les déficits cognitifs associés à l'alcool, souvent minimisés[54], peuvent donc compromettre la capacité des patients à assurer un suivi régulier et à adhérer à leur traitement. L'accompagnement téléphonique pourrait atténuer ces difficultés en proposant des rappels réguliers et en renforçant les informations relatives aux rendez-vous et aux engagements thérapeutiques, d'autant plus que les troubles liés à l'usage d'alcool peuvent précipiter une détérioration rapide des capacités cognitives.

En ce qui concerne les critères de jugement secondaires :

- a) L'assistance téléphonique n'apparaît pas avoir d'effet sur la fréquence des nouvelles visites aux urgences. En fait, nous observons qu'un patient du groupe B, qui a le taux le plus élevé

de visites aux urgences, figure parmi les personnes ayant pris un rendez-vous de suivi.

- b) Concernant l'évolution des consommations déclarées d'alcool, 8 sujets du groupe A sur les 10 interrogés déclarent avoir diminué ou arrêté leurs consommations d'alcool, contre 2 sur 6 dans le groupe B.

Ce résultat doit être interprété avec précaution, et prendre en compte -en plus de la taille de l'échantillon- le biais de désirabilité sociale. D'autant plus qu'aucun sujet du groupe A ne déclare avoir augmenté ses consommations d'alcool, contrairement au groupe B.

En effet, les sujets du groupe A ont, eux, eu des contacts téléphoniques répétés. Néanmoins, deux individus du groupe A ayant signalé un arrêt de leur consommation ont fixé un rendez-vous de suivi. Ceci laisse entendre que la prise de rendez-vous est davantage associée à la motivation du patient à cesser sa consommation.

- c) Le taux d'appels aboutis est faible, et les patients ayant pris un rendez-vous de suivi ne font pas partie des patients ayant eu le plus d'appels téléphoniques aboutis. Ce résultat semble cohérent avec l'étude Hatch-Maillette, 2020 [28] qui ne trouvait aucune différence significative entre les groupes ayant complété 0, 1 ou 2 appels de suivi après l'IB aux urgences.

Aussi, le nombre d'appels aboutis semble être plus élevé en phase initiale aigüe (S1) puis à distance de celle-ci (M3). Ce résultat semble être en accord avec le protocole Vigilans, qui favorise un suivi à long terme avec des contacts espacés (à J10-J20, puis à 6 mois).

Enfin, il y a plus d'appels aboutis à M3 dans le groupe A que dans le groupe B (10 VS 6). Cette observation pourrait suggérer qu'une alliance thérapeutique s'est établie au cours de l'accompagnement téléphonique, favorisant ainsi les réponses aux appels.

Cependant, il convient de ne pas négliger le biais de sélection mentionné précédemment.

Les limites de l'étude résident dans :

-L'inclusion de troubles de l'usage d'alcool déjà sévères, pouvant être associés à des déficits cognitifs potentiellement plus avancés que dans des troubles de l'usage faibles ou modérés.

-Le faible nombre de sujets inclus.

-L'absence d'inclusion durant les week-end et jours fériés.

-L'absence de randomisation

-Le manque de flexibilité des horaires de contact téléphonique des sujets de l'étude, qui souvent mènent un rythme de vie marginal [28] en raison de leur trouble et des situations sociales qui en découlent.

Face à ces limites, plusieurs mesures pourraient améliorer la qualité et la robustesse de l'étude :

1. Élargir les critères d'inclusion pour permettre la participation de patients présentant des troubles de l'usage d'alcool moins sévères, afin de mieux représenter la diversité de la population concernée et de réduire potentiellement les déficits cognitifs avancés.

2. Accroître les efforts de recrutement pour augmenter le nombre de sujets inclus, ce qui permettrait d'améliorer la puissance statistique de l'étude et de renforcer la validité des résultats.

3. Mettre en place des critères d'attribution plus objectifs pour réduire le biais de sélection, par exemple en utilisant des méthodes de randomisation ou en recourant à des évaluations cliniques standardisées.

4. Élargir la période d'inclusion pour inclure également les week-ends et jours fériés, ce qui permettrait d'obtenir une représentation plus complète des comportements et des résultats des patients sur une période prolongée.

5. Adapter les horaires de contact téléphonique pour offrir une plus grande flexibilité aux participants, en tenant compte de leur rythme de vie particulier et de leurs contraintes sociales, ce qui pourrait améliorer leur implication et leur suivi dans l'étude.

Quant à l'hypothèse d'une population particulière résistante aux soins, non ou peu connue des CSAPA, cela nécessiterait une approche différente lors du premier contact aux urgences :

Nous pourrions suggérer le recrutement avec l'appui des pairs-aidants dans les initiatives visant à renforcer l'engagement des patients, comme cela a été réalisé en Pennsylvanie.

Une étude récente[55] sur les services de soutien par les pairs a démontré une réduction significative de l'utilisation des soins aigus chez les personnes recevant ces services après une intervention aiguë, suggérant ainsi un rôle positif dans la réduction de l'hospitalisation. De plus, ces individus ont montré une forte connexion avec des services ambulatoires, soulignant l'efficacité potentielle des pairs-aidants pour renforcer l'adhésion des patients.

D'autre part, la présence d'infirmiers, en tant que professionnels de la santé, peut renforcer la crédibilité et la confiance des patients envers le programme. Cette collaboration entre pairs-aidants et professionnels de la santé peut créer un environnement de soutien holistique, améliorant ainsi la qualité de l'accompagnement et augmentant les chances d'adhésion des patients au processus de soins.

Un autre exemple bien connu de pair-aidance est celui des Alcooliques Anonymes (AA). Selon une revue systématique de 2020[56], les interventions des AA se sont révélées plus efficaces que d'autres traitements établis, comme la thérapie cognitivo-comportementale, pour favoriser l'abstinence.

Un exemple impliquant également les soignants est l'initiative « l'accueil » de l'hôpital Saint-Cloud, notamment au sein de l'Unité de Recherche et de Soins en Addictologie (URSA) fondée par le Dr Nix Riviere en 1984[57]. Deux après-midis par semaine, l'association propose un lieu de rencontre avec un bar sans alcool et une bibliothèque, animé par des personnes en rétablissement. Cette rencontre accueille divers participants tels que des usagers d'alcool hospitalisés, des buveurs, des abstinents, des proches, des soignants, médecins ou non. Les échanges se font de manière libre et spontanée, favorisant ainsi la convivialité et le partage d'expériences.

Dans le même esprit, nous suggérons des initiatives pour renforcer l'adhésion aux soins, et créer des liens :

- Visiter le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) pendant le séjour à l'hôpital, le cas échéant.
- Optimiser l'utilisation des trois consultations de liaison post-urgences, bénéficiant de la possibilité d'interagir avec le même professionnel de santé à chaque fois.
- Accompagner lors du premier rendez-vous en externe, peut-être par un pair-aidant[55].

9 Annexes

9.1 Annexe 1

Critères d'abus du DSM-IV

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

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

B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance. - Critères de dépendance du DSM-IV Les critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV correspondent à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significatives, caractérisées par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu ;
2. incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter ;
3. apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage ;
4. existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant ;
5. beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets ;
6. réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance ;
7. persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes.

9.2 Annexe 2

Critères du DSM V des troubles liés à l'usage de substances

Le trouble de l'usage de l'alcool (recouvrant les catégories antérieures d'abus et de dépendance) est défini selon la version 5 du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) sur la base des 11 critères suivants et la présence d'au moins 2 d'entre eux au cours d'une période de 12 mois [58]:

1. La substance est prise en quantité plus importante ou durant une période plus prolongée que prévu ;
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance ;
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets ;
4. Il existe une envie intense, un besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance (craving) ;
5. L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
6. Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ;
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;
10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractérisé à la substance,
 - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Un nombre seuil de 2 critères au moins est nécessaire pour parler de TUA avec la stratification des TUA suivante :

- léger (2-3 symptômes) ;
- modéré (4-5) ;
- sévère (6 ou plus) étant considéré comme une addiction certaine ;
- la dépendance correspondant peu ou prou à au moins 4 critères ou plus.

10 Bibliographie

- [1] F. Beck et J.-B. Richard, « La consommation d'alcool en France », *La Presse Médicale*, vol. 43, n° 10, Part 1, p. 1067- 1079, oct. 2014, doi: 10.1016/j.lpm.2014.02.027.
- [2] G. Airagnes, G. Ducoutumany, B. Laffy-Beaufils, A.-L. Le Faou, et F. Limosin, « Alcohol withdrawal syndrome management: Is there anything new? », *Rev Med Interne*, vol. 40, n° 6, p. 373- 379, juin 2019, doi: 10.1016/j.revmed.2019.02.001.
- [3] « Global status report on alcohol and health 2018 ». Consulté le: 16 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>
- [4] « 148.ELSA_2019.pdf ». Consulté le: 20 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2023/04/148.ELSA_2019.pdf
- [5] « Baromètre santé 2017 ». Consulté le: 17 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>
- [6] « Alcohol and injury in emergency departments : summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries ». Consulté le: 8 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/alcohol-and-injury-in-emergency-departments>
- [7] F. Paille, « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France ».
- [8] M. J. Crawford *et al.*, « Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 364, n° 9442, p. 1334- 1339, oct. 2004, doi: 10.1016/S0140-6736(04)17190-0.
- [9] N. R. Mastroleo, D. Operario, N. P. Barnett, S. M. Colby, C. W. Kahler, et P. M. Monti, « Prevalence of Heavy Drinking and Risky Sexual Behaviors in Adult Emergency Department Patients », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 39, n° 10, p. 1997- 2002, oct. 2015, doi: 10.1111/acer.12842.
- [10] C. J. Cherpitel et Y. Ye, « Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: data from the 2005 national alcohol survey », *Drug Alcohol Depend*, vol. 97, n° 3, p. 226- 230, oct. 2008, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.03.033.
- [11] R. M. Cunningham *et al.*, « Alcohol, tobacco, and other drugs: future directions for screening and intervention in the emergency department », *Acad Emerg Med*, vol. 16, n° 11, p. 1078- 1088, nov. 2009, doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00552.x.
- [12] I. R. H. Rockett, S. L. Putnam, H. Jia, et G. S. Smith, « Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study », *Ann Emerg Med*, vol. 41, n° 6, p. 802- 813, juin 2003, doi: 10.1067/mem.2003.189.
- [13] P. Menecier, A. Girard, P. Badila, L. Rotheval, D. Lefranc, et L. Menecier-Ossia, « L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. Étude prospective sur un an en hôpital général », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 30, n° 4, p. 316- 321, avr. 2009, doi: 10.1016/j.revmed.2008.12.010.
- [14] S. Kelleher et P. Cotter, « A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users », *Int Emerg Nurs*, vol. 17, n° 1, p. 3- 14, janv. 2009, doi: 10.1016/j.ienj.2008.08.003.
- [15] C. Marie-Olivia, « Fiche points clés - Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ? », 2022.
- [16] R. D. Blondell, A. Amadasu, T. J. Servoss, et S. J. Smith, « Differences among those who complete and fail to complete inpatient detoxification », *J Addict Dis*, vol. 25, n° 1, p. 95- 104, 2006, doi: 10.1300/J069v25n01_12.
- [17] C. Barbosa, L. R. McKnight-Eily, S. D. Grosse, et J. Bray, « Alcohol screening and brief intervention in emergency departments: Review of the impact on healthcare costs and utilization », *J Subst Abuse Treat*, vol. 117, p. 108096, oct. 2020, doi: 10.1016/j.jsat.2020.108096.

- [18] R. Saitz, « Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking », *Drug Alcohol Rev*, vol. 29, n° 6, p. 631- 640, nov. 2010, doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x.
- [19] « Qu'est-ce qu'une addiction ? | MILDECA ». Consulté le: 17 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
- [20] « Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf ». Consulté le: 17 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>
- [21] B. W. Henry, D. E. Block, J. R. Ciesla, B. A. McGowan, et J. A. Vozenilek, « Clinician behaviors in telehealth care delivery: a systematic review », *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, vol. 22, n° 4, p. 869- 888, oct. 2017, doi: 10.1007/s10459-016-9717-2.
- [22] T. Bradley *et al.*, « Telephone-delivered health behaviour change support for people with a mental health condition: the coaches' perspective », *BMC Health Serv Res*, vol. 21, n° 1, p. 1130, oct. 2021, doi: 10.1186/s12913-021-07126-4.
- [23] J. F. Orlando, M. Beard, et S. Kumar, « Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients' health », *PLoS One*, vol. 14, n° 8, p. e0221848, août 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0221848.
- [24] F. E. McLardie-Hore, D. A. Forster, T. Shafiei, et H. L. McLachlan, « First-time mothers' experiences of receiving proactive telephone-based peer support for breastfeeding in Australia: a qualitative study », *Int Breastfeed J*, vol. 17, n° 1, p. 31, avr. 2022, doi: 10.1186/s13006-022-00476-7.
- [25] J. Wakerman, J. S. Humphreys, R. Wells, P. Kuipers, P. Entwistle, et J. Jones, « Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review », *BMC Health Serv Res*, vol. 8, p. 276, déc. 2008, doi: 10.1186/1472-6963-8-276.
- [26] M. Mealer et J. Jones Rn, « Methodological and ethical issues related to qualitative telephone interviews on sensitive topics », *Nurse Res*, vol. 21, n° 4, p. 32- 37, mars 2014, doi: 10.7748/nr2014.03.21.4.32.e1229.
- [27] M. Mars, C. Morris, et R. E. Scott, « Selfie Telemedicine - What Are the Legal and Regulatory Issues? », *Stud Health Technol Inform*, vol. 254, p. 53- 62, 2018.
- [28] D. M. Donovan, M. A. Hatch-Maillette, M. M. Phares, E. McGarry, K. M. Peavy, et J. Taborsky, « Lessons Learned for Follow-up Phone Booster Counseling Calls with Substance Abusing Emergency Department Patients », *J Subst Abuse Treat*, vol. 50, p. 67- 75, mars 2015, doi: 10.1016/j.jsat.2014.10.013.
- [29] M. A. Fiol-DeRoque *et al.*, « A Mobile Phone–Based Intervention to Reduce Mental Health Problems in Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic (PsyCovidApp): Randomized Controlled Trial », *JMIR Mhealth Uhealth*, vol. 9, n° 5, p. e27039, mai 2021, doi: 10.2196/27039.
- [30] T. Perinpanathan, S. Maiya, M. H. H. van Velthoven, A. T. Nguyen, C. Free, et C. Smith, « Mobile phone-based interventions for improving contraception use », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 7, n° 7, p. CD011159, juill. 2023, doi: 10.1002/14651858.CD011159.pub3.
- [31] « vigilans.pdf ».
- [32] DGS_ Céline.M et DGS_ Céline.M, « Le dispositif de recontact Vigilans », Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le: 5 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>
- [33] G. Vaiva *et al.*, « Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study », *BMJ*, vol. 332, n° 7552, p. 1241- 1245, mai 2006, doi: 10.1136/bmj.332.7552.1241.
- [34] G. Gruat, O. Cottencin, F. Ducrocq, S. Duhem, et G. Vaiva, « Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide », *L'Encéphale*, vol. 36, p. D7- D13, juin 2010, doi: 10.1016/j.encep.2009.10.009.
- [35] « 3114, le numéro national de prévention du suicide », gouvernement.fr. Consulté le: 17 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/actualite/3114-le-numero-national-de-prevention-du-suicide>

- [36] E. Bernstein et J. Bernstein, « Effectiveness of alcohol screening and brief motivational intervention in the emergency department setting », *Ann Emerg Med*, vol. 51, n° 6, p. 751- 754, juin 2008, doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.01.325.
- [37] J.-B. Daeppen *et al.*, « Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial », *Addiction*, vol. 102, n° 8, p. 1224- 1233, août 2007, doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01869.x.
- [38] M. J. Mello *et al.*, « Emergency Department Brief Motivational Interventions for Alcohol With Motor Vehicle Crash Patients », *Ann Emerg Med*, vol. 45, n° 6, p. 620- 625, juin 2005, doi: 10.1016/j.annemergmed.2005.01.026.
- [39] M. J. Mello, T. Nirenberg, R. Woolard, J. Baird, et R. Longabaugh, « 316: DIAL: A Telephone Intervention for High-Risk Alcohol Use With Injured ED Patients », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 50, n° 3, p. S99, sept. 2007, doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.06.377.
- [40] J. McCambridge et J. Strang, « The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial », *Addiction*, vol. 99, n° 1, p. 39- 52, janv. 2004, doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00564.x.
- [41] S. Williams, A. Brown, R. Patton, M. J. Crawford, et R. Touquet, « The half-life of the “teachable moment” for alcohol misusing patients in the emergency department », *Drug Alcohol Depend*, vol. 77, n° 2, p. 205- 208, févr. 2005, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.07.011.
- [42] P. Nilsen *et al.*, « A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients », *J Subst Abuse Treat*, vol. 35, n° 2, p. 184- 201, sept. 2008, doi: 10.1016/j.jsat.2007.09.008.
- [43] C. A. Soderstrom *et al.*, « A controlled trial of brief intervention versus brief advice for at-risk drinking trauma center patients », *J Trauma*, vol. 62, n° 5, p. 1102- 1111; discussion 1111-1112, mai 2007, doi: 10.1097/TA.0b013e31804bdb26.
- [44] G. D’Onofrio *et al.*, « A Brief Intervention Reduces Hazardous and Harmful Drinking in Emergency Department Patients », *Ann Emerg Med*, vol. 60, n° 2, p. 10.1016/j.annemergmed.2012.02.006, août 2012, doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.02.006.
- [45] M. A. Hatch-Maillette, D. M. Donovan, et T. C. Laschober, « Dosage of booster phone calls following an SBIRT intervention in the emergency department for reducing substance use », *J Subst Abuse Treat*, vol. 116, p. 108043, sept. 2020, doi: 10.1016/j.jsat.2020.108043.
- [46] B. Massari, « La psychiatrie de liaison », *Perspectives Psy*, vol. 44, n° 2, p. 92- 95, 2005.
- [47] M. de l’emploi et de la solidarité, D. D. de l’hospitalisation et de l’organisation des soins, D. générale de la santé DGS, E. COUTY, L. ABENHAIM, et Ministère de l’emploi et de la solidarité, *Circulaire DHOS/O2 - DGS/SD6B n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l’organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives*. 2000.
- [48] de la jeunesse Ministère de la santé, A. PODEUR, et Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, *Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie*. 2008.
- [49] B. Davin-Casalena *et al.*, « L’impact de l’épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d’Azur : retour d’expérience sur la mise en place d’un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l’Assurance maladie », *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 69, n° 3, p. 105- 115, juin 2021, doi: 10.1016/j.respe.2021.04.135.
- [50] N. Capart, « Le silence de l’“addict” », *Research in Psychoanalysis*, vol. 22, n° 2, p. 200a- 208a, 2016, doi: 10.3917/rep1.022.0200a.
- [51] M.-A. Enoch, « The Role of Early Life Stress as a Predictor for Alcohol and Drug Dependence », *Psychopharmacology (Berl)*, vol. 214, n° 1, p. 17- 31, mars 2011, doi: 10.1007/s00213-010-1916-6.
- [52] J. Morris et G. Schomerus, « Why stigma matters in addressing alcohol harm », *Drug Alcohol Rev*, vol. 42, n° 5, p. 1264- 1268, juill. 2023, doi: 10.1111/dar.13660.

- [53] L. C. van Boekel, E. P. M. Brouwers, J. van Weeghel, et H. F. L. Garretsen, « Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review », *Drug Alcohol Depend*, vol. 131, n° 1- 2, p. 23- 35, juill. 2013, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018.
- [54] N. Cabé *et al.*, « [Cognitive impairments in alcohol dependence: From screening to treatment improvements] », *Encephale*, vol. 42, n° 1, p. 74- 81, févr. 2016, doi: 10.1016/j.encep.2015.12.012.
- [55] S. L. Hutchison, K. L. MacDonald-Wilson, I. Karpov, A. D. Herschell, et T. Carney, « Peer support to reduce readmission in Medicaid-enrolled adults with substance use disorder », *J Subst Abuse Treat*, vol. 144, p. 108901, janv. 2023, doi: 10.1016/j.jsat.2022.108901.
- [56] J. F. Kelly, K. Humphreys, et M. Ferri, « Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 3, n° 3, p. CD012880, mars 2020, doi: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.
- [57] H. Niox-Rivière, « L'unité de recherche et de soin en alcoologie (Ursa) », *Le Carnet PSY*, vol. 61, n° 1, p. 40- 42, 2001, doi: 10.3917/lcp.061.0040.
- [58] L.-P. Isabelle, « Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool ».