

Mise en place et évaluation d'un protocole de prise en charge des alcoolisations aiguës ou chroniques au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy : étude rétrospective de 1659 cas

Marie Husson

▶ **To cite this version:**

Marie Husson. Mise en place et évaluation d'un protocole de prise en charge des alcoolisations aiguës ou chroniques au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy : étude rétrospective de 1659 cas. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01733324

HAL Id: hal-01733324

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733324

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE 2015 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie HUSSON

le 6 Octobre 2015

MISE EN PLACE ET EVALUATION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES ALCOOLISATIONS AIGUES OU CHRONIQUES AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHU DE NANCY

Etude rétrospective de 1659 cas.

Examinateurs de la thèse :

M. F.PAILLE	Professeur	Président
M. P.E.BOLLAERT	Professeur	Juge
M. P.BILBAULT	Professeur	Juge
Mme E.DUBOIS	Docteur en médecine	Juge

Président de l'Université de Lorraine:
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUE
Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA
Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission
Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT
==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médecine)***
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO
==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)
Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)***
Docteur Aurore PERROT

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'Urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN *(stagiaire)*
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD *(stagiaire)*

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteure Laure JOLY

55ème Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET *(stagiaire)*

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER
19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS
60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND
61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK
64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA
65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN
66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À Monsieur le Professeur François Paille,

Responsable du service d'Addictologie au CHU de Nancy.

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse.

Je sais à quel point l'addictologie vous tient à cœur.

Que ce travail soit l'expression de mon plus grand respect.

À Monsieur le Professeur Pierre-Edouard Bollaert,

Responsable du service de Réanimation Médicale au CHU de Nancy

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Il y a un peu plus de six ans, je réalisais mes premiers pas en tant qu'externe dans votre service. Je garde un excellent souvenir de mon stage en Réanimation Médicale.

Soyez assuré de mon admiration et de mon respect.

À Monsieur le Professeur Pascal Bilbault,

Responsable du Service des Urgences Adultes de Strasbourg.

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.

Recevez l'expression de toute ma gratitude.

À Madame le Docteur Elsa Dubois,

Assistante

Pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir conseillée tout au long de cette thèse, je t'adresse tous mes remerciements.

À mes parents,

Pour votre soutien indéfectible malgré mes nombreuses erreurs de jugements et de parcours.

Pour vos conseils et votre disponibilté, c'est grâce à vous que je suis devenue la femme et le médecin que je suis aujourd'hui.

Pour votre présence toutes ces années et votre affection constamment renouvelée.

À ma grand-mère,

Pour ton savoir, ton courage, ton accompagnement et tes conseils,

Pour tes nombreuses prières et cierges le jour de mes examens, je n'y serai pas arrivée sans toi.

À ma Choucroute,

Pour ta joie de vivre et nos moments de cousine.

Je suis tellement fière de la petite femme que tu es en train de devenir, reste courageuse et motivée, je serai toujours là pour te guider.

Un lien particulier nous uniera à jamais.

À ma Tâta,

Pour ton soutien qu'il soit logistique, culinaire ou moral lors de mes nombreux examens.

À Blandine

Pour ton accompagnement, ton écoute et ta disponibilité tout au long de ces quinze dernières années. Et pour ton aide et ta patience lors de l'interminable récolte de données.

À Julie,

Pour notre complicité, ton humour, ton aide et ta joie de vivre.

J'essayerai d'être à la hauteur de l'amitié que tu me porte.

À Nicolas,

Pour ta présence, notre grande complicité, et tes nombreux coups de ciseaux.

À Guillaume,

Pour ton humour, tes mimiques, ta motivation et ton âme d'artiste.

À Juliette,

Pour ton soutien, ta joie de vivre et ta force de caractère qui font de toi cette femme forte que j'admire tellement.

À Laeti,

Pour ta patience, ton calme, ta positivité à toute épreuve et ton amitié sincère.

À Dan,

Pour ton humour, ton hospitalité, ta force tranquille, merci de m'avoir accompagné dans ces longues études, toi mon copain de médecine.

À Jerem,

Pour ton humour, ta gentillesse, tes talents culinaires, notre complicité et nos projets…

À Naco,

Pour tes connaissances vinicoles, nos délires, nos cours de salsa.

À Pipou,

Pour ta patience, ta tolérance, ta sagesse et ton déguisement de canard.

À Mélo,

Pour nos souvenirs depuis l'école primaire, nos après midi copines. Pour m'avoir accompagné toutes ses années dans les bons comme les mauvais moments.

À Emilie,

Pour tout ce que tu m'as appris, ton amitié, ta force de caractère, ta patience, ta sensibilité et ta tolérance à toute épreuve.

À Janine,

Pour tes conseils, ton soutien lors de mes premières gardes et lors de tout mon internat, ton amitié et ton courage.

À Ninisse,

Pour ton accompagnement, ton amitié, ton courage et nos superbes vacances.

À Maude,

Pour ta joie de vivre et ton sourire, toi ma petite soeur des Vosges.

À Loulou,

Ma belle rencontre des urgences de Saint-Dié.

Pour ta présence, ton humour et ton Hocquet.

À l'équipe des Urgences de l'Hôpital de Saint-dié-des-Vosges,

Pour leur accueil vosgien si chaleureux, leur motivation et leur dynamisme.

À l'équipe des Urgences Pédiatriques de Nancy
Pour leur humanité, leur efficacité et leur pédagogie.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Liste des abréviations

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

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

SAU : service d'accueil des urgences

SSR : soins de suite et réadaptation

IEA : intoxication éthylique aigue

OMS : organisation mondiale de la santé

CCAA : centre de cure ambulatoire en alcoologie

MCO : médecine chirurgie et obstétrique

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 21

II. ETATS DES LIEUX 22

1. Généralités 22

2. Recommandations générales pour toute intoxication éthylique aigue 25

3. Justifications de l'intervention alcoologique aux urgences 26

4. Formations, attitudes et compétences des équipes soignantes 27

5. SAU du CHU de Nancy 28

6. Mise en place d'un protocole de prise en charge des patients alcoolisés aigus ou chroniques 29

III. HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE TRAVAIL 30

IV. MATERIEL ET METHODES 31

1. Type d'étude 32

2. Recrutement 32

3. Population 32

3.1. Critères d'inclusion 32

3.2. Critères d'exclusion 32

4. Critères d'évaluation 33

5. Analyse statistique 33

V. RESULTATS 34

1. Etude 34

2. Résultats du sondage 38

VI. DISCUSSION 41

1. Etude 41

2. Sondage 42

VII. CONCLUSION 45

BIBLIOGRAPHIE 46

ANNEXES 51

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Motif d'admission au SAU 35

Figure 2: Nombre d'accord du patient dans les dossiers 35

Figure 3: Nombre d'alertes ELSA présentes dans les dossiers 36

Figure 4: Devenir des patients à la sortie du SAU 36

Figure 5: Devenir du patient à la sortie du SAU en fonction de leur sexe 37

Figure 6: Pourcentage de personnel médical ayant utilisé le protocole 38

Figure 7: Nombre d'utilisations du protocole par personne 39

Figure 8: Avis du personnel médical sur l'efficacité du protocole 39

Figure 9: Difficultés rencontrées lors de l'utilisation du protocole 40

Figure 10: Propositions d'amélioration du protocole 40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau II: Caractéristiques des patients 34

Tableau III : Comparatif entre hommes et femmes 34

Tableau IV : Dossiers reçus par L'ELSA 37

Tableau V: Répartition du nombre de participants au sondage selon leur fonction 38

I. INTRODUCTION

Les addictions restent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux.
Suite à la mise en place du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2007-2011, les professionnels de santé sont plus que jamais appelés à s'investir dans la prise en charge des pratiques addictives [1].

Il n'y a pas de réponse simple face aux addictions. Un travail considérable a déjà été et est toujours réalisé par les professionnels de santé et les associations pour apporter à chaque type de population et en chaque lieu une réponse adaptée. Pourtant, aujourd'hui, on constate encore d'immenses besoins.

L'urgentiste a deux objectifs. Tout d'abord, il doit assurer la prise en charge immédiate avec évaluation clinique, contrôle de l'agitation alcoolique, dépistage et traitement d'une complication. Ensuite, après la phase aiguë, il doit analyser la situation sociale, professionnelle et familiale du patient, avec en particulier l'évaluation de la consommation d'alcool, la recherche de facteurs aggravants, la sensibilisation du patient sur sa maladie et l'orientation du patient [2].

Jusqu'en août 2014, il n' y avait pas de procédure officielle d'alerte de l'équipe de liaison en alcoologie. Nous avons voulu au travers de cette étude évaluer la mise en place d'un protocole d'alerte et évaluer son efficacité.

II. ETATS DES LIEUX

1. GENERALITES

L'étymologie du terme addiction est latine. En effet, à l'époque romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et « étaient dits » à leur maitres (*ad dicere*). Par ailleurs, dans le Droit Romain, le terme *addictus* désigne celui qui, du fait de ses dettes, est condamné à être esclave de ses créanciers. Cette notion évoluera au fil du temps et des pays pour finir, dans le monde médical anglo-saxon, par désigner tout à la fois la toxicomanie et la dépendance aux produits élargissant parfois le concept à certains comportements pathologiques. Toutefois, quelle que soit son évolution, l'addiction signifie bien une perte de liberté vis-à-vis d'un comportement ou d'un produit [3].

L'alcool, l'ivresse des chiffres :

Près de 5 millions de personnes sont en difficulté avec l'alcool en France.
La France atteint le 11ème rang mondial pour la consommation d'alcool par habitant et par an.
L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France avec 49 000 décès par an (après le tabac).
En 2012, plus de 580 000 séjours ont été induits par l'alcool soit 2,2% des séjours hospitaliers, 10,4% des journées en psychiatrie, 5,6% des journées d'hospitalisation en SSR.
Le coût annuel a été estimé à 17,6 milliards d'euros. [4].

De nombreux patients sont hospitalisés pour alcoolisation aiguë, avec des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques ; il s'agit là d'occasions d'aborder le sujet de l'alcool avec eux. L'abord de la conduite d'alcoolisation est à ce jour très insuffisant. Combien de patients rencontrent une ELSA ou sont orientés vers une consultation addictologique ? Pourtant, cela permettrait d'éviter des séjours hospitaliers répétés.

Un constat partagé avec les professionnels montre que le repérage des pratiques d'abus ou de dépendance à des substances psycho-actives est trop peu développé dans les services hospitaliers. La prise en charge des jeunes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou

plusieurs drogues (alcool, cannabis, ecstasy, médicaments...) se limite le plus souvent à un accueil aux urgences sans qu'un véritable suivi soit organisé. Peu de services d'urgence se sont organisés pour répondre de façon adaptée aux consultants ayant des problèmes aigus liés à leurs addictions (alcoolisation aiguë, situations de crises, surdosage). Pourtant, les enquêtes montrent que 20% des personnes hospitalisées ont des difficultés dans la gestion quotidienne de leur consommation de substances psycho-actives [1] [7].

On considère cinq catégories d'usage de l'alcool :

- Le non-usage
- L'usage simple
- Le mésusage qui comprend trois catégories :

    - L'usage à risque
    - L'usage nocif
    - L'usage avec dépendance

Les différentes conduites d'alcoolisation ont été définies et classifiées par L'OMS pour permettre au médecin un repérage des pratiques d'abus. (annexe 1) [3].

Pendant de nombreuses années, et ce, dans une vision hygiéniste, les patients alcoolo-dépendants bénéficiaient de cures de sevrage ; ils étaient considérés comme mauvais usagers d'un bon produit. Aujourd'hui, l'approche par produit est largement abandonnée au profit d'une vision plus globale sous-tendue par un concept unique des addictions. L'addiction est en effet définie par une conduite qui repose sur une envie répétée et irrépressible d'un comportement ou d'un produit, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire et de ses conséquences négatives (physiques, psychiques, familiales, professionnelles, sociales). Ainsi, il existe des addictions comportementales (jeu, achats, nourriture, sexe, internet) et des addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues, etc...) qui se traduisent par l'usage nocif ou la dépendance [3].

Le système de soins en addictologie est en pleine mutation, d'une part en raison du clivage historique des structures psychiatriques et addictologiques et des structures sanitaires et médico-sociales, et d'autre part dans la lignée du concept global des addictions (que nous

venons de décrire), la France opère depuis quelques années à un regroupement des structures pour offrir un accès aux soins plus simple à partir d'un seul lieu. En pratique, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 a mis en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en remplacement des CCAA dans la prise en charge des problèmes d'alcool et des centres de soins spécialisés aux toxicomanes [5].

Le CSAPA est donc aujourd'hui le principal mode d'accès au système de soins addictologiques. Par ailleurs, les structures hospitalières sont articulées sur trois niveaux : proximité, recours et universitaire. En effet, les établissements de niveau I (niveau de proximité) sont dotés d'une consultation d'addictologie, d'une équipe de liaison en addictologie et de lits dédiés à l'addictologie dans une unité d'hospitalisation référente.

En ce qui concerne plus spécifiquement les établissements de santé, de nombreuses insuffisances sont encore soulignées par les professionnels :

- le repérage des pratiques d'abus ou de dépendance est trop peu développé dans les services non addictologiques ;
- la prise en charge des jeunes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs drogues (alcool, cannabis, ecstasy, médicaments...) se limite le plus souvent à un accueil aux urgences sans qu'un véritable suivi soit organisé ni même proposé. La personne regagne son domicile sans que le problème d'un abus ou d'une dépendance n'ait été abordé ;
- peu de services d'urgence se sont organisés pour répondre de façon adaptée aux consultants ayant des problèmes aigus liés à leurs addictions (alcoolisation aiguë, situations de crises, surdosage). Pourtant la plupart des services d'urgences (95%) disposent des ressources d'une ELSA ;
- il existe peu de services spécialisés en addictologie. Le plus souvent, on se limite au sein des hôpitaux au traitement des complications mais un projet spécifique de soins de la conduite addictive elle-même, d'accompagnement et/ou de réduction du risque est rarement proposé. Les relations avec les structures spécialisées, les réseaux ou les équipes de psychiatrie restent insuffisantes ;
- les services hospitaliers sont encore trop peu articulés avec les principaux intervenants en charge des personnes ayant des conduites addictives, que ces intervenants soient

d'ailleurs intra-hospitaliers ou dans le dispositif médico-social ambulatoire. Les ruptures dans le suivi des personnes sont donc fréquentes ;

- enfin, la mission de prévention destinée à promouvoir les comportements favorables à la santé au sein des établissements de santé est quasi inexistante.

L'organisation des soins à partir des urgences nécessite une bonne connaissance des filières de soins et une bonne organisation de la filière aux urgences (souplesse des dispositifs, transfert de compétences mesuré, addictologie et/ou psychiatrie de liaison). [5]

2. RECOMMANDATIONS GENERALES POUR TOUTE INTOXICATION ETHYLIQUE AIGUE

Pour toute IEA, il est recommandé :

- d'effectuer systématiquement le dépistage d'un problème d'alcool grâce à l'entretien clinique, à la détermination de la consommation déclarée d'alcool. Pour cela le médecin dispose du questionnaire l'AUDIT-C permettant d'établir un score sur la base de 3 questions. Un score égal ou supérieur à 3 chez la femme, et égal ou supérieur à 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage à l'alcool. [Annexe 2]
- d'orienter le diagnostic vers l'existence ou non d'une alcoolodépendance, afin d'adapter la prise en charge alcoologique ;
- de rechercher les facteurs aggravants somatiques, psychiatriques ou sociaux, afin de prévoir les interventions spécialisées correspondantes ;
- de réaliser, en l'absence de facteurs aggravants, une « intervention ultra-brève » ;
- d'informer systématiquement, avec l'accord du patient, le médecin traitant, si possible par courrier, en lui signalant l'admission du patient aux urgences pour IEA et en lui faisant part du type de prise en charge effectuée. Le courrier devrait rappeler les coordonnées des structures de proximité susceptibles d'aider le patient. Il est recommandé de donner un double du courrier au patient ;
- de proposer au patient des informations sous forme d'un livret d'aide.

Cette intervention non spécialisée ne doit pas se substituer à une intervention alcoologique structurée [9].

3. JUSTIFICATIONS DE L'INTERVENTION ALCOOLOGIQUE AUX URGENCES

L'admission au service d'accueil des urgences pour intoxication éthylique aigue (IEA) constitue en tant que telle un problème lié à l'alcool et est un élément prédictif d'une consommation d'alcool exposant à une morbidité et à une mortalité accrues. Elle justifie une prise en charge alcoologique.

Toute IEA constatée dans un service d'urgences doit faire l'objet d'une évaluation de la situation alcoologique afin de proposer, si besoin, une prise en charge alcoologique visant à lui permettre de modifier sa consommation d'alcool. Pour cela, les interventions alcoologiques doivent pouvoir être débutées aux urgences [5].

En effet, l'alcool est une des toutes premières causes d'hospitalisation en France comme le montre une étude portant sur les séjours hospitaliers en lien avec la consommation d'alcool recensés en 2012. En 2012, plus de 580 000 séjours ont été induits par l'alcool en MCO. En psychiatrie, plus de 2 700 000 journées lui sont dues, et enfin, en SSR, plus de 2 000 000 de journées sont liées à l'alcoolisation excessive. Le nombre des séjours pour alcoolisation aiguë et pour complications confirme l'intérêt d'aborder la question de l'alcool le plus précocement possible et lors de chaque séjour, de façon à espérer limiter à terme ces complications et les hospitalisations répétées qu'elles entrainent.[6]

Lorsque le patient est en mesure de dialoguer, un(e) infirmièr(e) de liaison en alcoologie le rencontre, sauf s'il a quitté les urgences avant l'arrivée des équipes le matin et/ou le week-end. Les équipes d'alcoologie de liaison fonctionnent en effet le plus souvent uniquement en semaine. Certains médecins ont signalé ne pas hésiter à prolonger l'hospitalisation jusqu'à l'arrivée de l'équipe d'alcoologie de liaison. Lorsqu'elles ne sont pas disponibles, ce sont alors les équipes de psychiatrie, présentes le plus souvent 24h/24h et 7j/7j, qui peuvent réaliser cet entretien, là encore quand la situation le nécessite, car les ivresses simples ne sont pas toujours du ressort de la psychiatrie [8].

Il s'agit là d'un point sensible dans l'organisation de la plupart des SAU. En effet, la création des équipes de liaison en alcoologie et addictologie a contribué à décharger les urgentistes des questions « alcool » (à l'instar des questions « psychiatriques » pour les équipes de psychiatrie de liaison), qui se concentrent alors sur les questions somatiques. Cependant, cette organisation n'est plus satisfaisante quand les équipes d'alcoologie de liaison ne sont pas

présentes, les nuits et les week-ends, alors que les admissions pour IEA ont le plus souvent lieu à ces moments là. Certains personnels des urgences ont de plus indiqué ne pas se sentir assez bien formés pour prendre en charge correctement ce type de public [7].

4. FORMATIONS, ATTITUDES ET COMPETENCES DES EQUIPES SOIGNANTES

Une prise en charge optimale nécessite d'augmenter le niveau de compétence de ceux qui sont confrontés aux patients en difficulté avec l'alcool, et de valoriser le temps et la disponibilité qu'ils y consacrent. Il est recommandé de mettre en place des formations en alcoologie pour le personnel des urgences, adaptées à leurs différentes catégories et à leurs missions [8].

La prise en charge de patients en difficulté avec l'alcool concerne l'ensemble de l'équipe du service des urgences. Des attitudes négatives vis-à-vis des patients peuvent rendre impossible toute prise en charge ultérieure ou générer de l'agressivité, voire de la violence. L'expression de l'empathie par une écoute attentive des propos des patients est recommandée. Toute attitude moralisatrice est contre-productive et doit être évitée. De même, une bonne prise en charge se fonde sur la connaissance que doivent avoir les soignants de l'efficacité des prises en charge proposées.

Il est recommandé que l'ensemble de l'équipe connaisse la classification des conduites d'alcoolisation et partage des connaissances sur l'épidémiologie et les principes thérapeutiques des problèmes liés au mésusage de l'alcool et sache aborder la question de la consommation d'alcool [8].

Toutes les équipes du service des urgences doivent recourir à des intervenants spécialisés ayant reçu une formation adaptée aux questions d'addiction. Ces intervenants doivent être clairement identifiés et facilement mobilisables. Il doivent avoir une bonne connaissance de toutes les structures locales et régionales susceptibles de prendre en charge les patients en difficultés avec l'alcool [5]

5. SAU DU CHU DE NANCY

Au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy, il n'y avait jusque là pas de protocole d'orientation et d'information concernant ces patients alcoolisés. Un lien organisationnel avec l'Equipe Hospitalière de Liaison d'Alcoologie (Pr Paille, hôpital de Brabois) existait déjà. En effet, chaque matin du lundi au vendredi, une infirmière du réseau d'alcoologie passait voir les patients présents aux urgences pour un entretien individuel, et leur proposait un rendez-vous de consultation en alcoologie.

Nous avons pu constater au sein du service que les demandes de soins et de suivi étaient rarement prises en compte, et que le personnel soignant n'était pas sensibilisé à ce problème d'alcool. De plus, nous avons pu noter une réticence des médecins à s'impliquer dans cette discipline, ainsi qu'une méconnaissance des structures existantes.

En ce qui concerne notre établissement , entre le 1er janvier 2014 et le 31 mars 2014, 727 personnes ont été admises au SAU avec pour motif d'entrée « alcoolisation aiguë ».
344 personnes sont rentrées à domicile, 56 personnes ont été hospitalisées et 327 ont fugué ou ont été emmenées au poste de Police. Parmi les 727 patients, seuls 131 d'entre eux ont été vus par l'équipe de liaison en addictologie.

Nous avons donc effectué plusieurs constats :
-De nombreux patients quittent le service au cours de la nuit (entre 17h30 et 8h30) par « manque de place »
-Un nombre non négligeable de patients quitte les urgences en journée entre 8h30 et 17h30, sans expertise (fugue)
Ces constats ont soulevé plusieurs questions :
- Faut-il garder ces patients au SAU toute la nuit ?
- Pourrait-on envisager une expertise en fin de journée ?
- L'ensemble des patients qui ont un problème d'alcoolisation aiguë au SAU doit-il bénéficier d'une expertise (critères) ?
- Le mode d'alerte de l'ELSA est-il satisfaisant ?
- La traçabilité des données sur les patients après expertise peut-elle être améliorée (DPI) ?
- Quelles sont les situations pour réaliser une alerte en urgence ?

- Pourrait-on mettre en place un protocole pour que tous les patients alcoolisés (aigus ou chroniques) , qui nécessitent une consultation, puissent rencontrer l'ELSA ?

6. MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ALCOOLISES AIGUS OU CHRONIQUES

Avec pour objectif de protocoliser la prise en charge des patients alcoolisés aigus ou chroniques au sein du service d'accueil des urgences, le Docteur Stéphane Albizatti a élaboré en collaboration avec l'ELSA un arbre décisionnel (Annexe 3).

Par ailleurs, une icône dédiée à ce protocole a été intégrée dans le logiciel Résurgences pour permettre au personnel soignant d'alerter l'ELSA du passage ou de la présence d'un patient avec un problème d'alcool au sein des urgences (Annexe 4).
Grâce à cette icône, les médecins et les infirmières des urgences peuvent transmettre par mail le dossier du patient à l'ELSA, qui se chargera de recontacter les patients par téléphone et leur proposera une consultation en alcoologie.

Il est indispensable de demander au préalable l'accord du patient pour être recontacté ultérieurement, de le noter dans le tableau de demande d'intervention de l'ELSA, et de justifier brièvement par un texte court la demande d'intervention de l'ELSA.
Le dossier est ensuite envoyé par mail au service d'Addictologie du CHU de Nancy.
Enfin, une fiche d'information est à remettre au patient au moment de sa sortie. Elle a pour but de faire rapidement le point sur la relation du patient à l'alcool et d'indiquer les coordonnées de l'ELSA (Annexe 5).
Pour informer le personnel médical et paramédical du service des urgences de l'Hôpital Central du CHU de Nancy sur la mise en place de ce protocole, nous avons envoyé plusieurs mails explicatifs à toute l'équipe et avons organisé des réunions d'information.

III. HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE TRAVAIL

Si un protocole de prise en charge est mis en place en ce qui concerne les alcoolisations aigues et chroniques, seront nous capables de prendre en charge de façon optimale ces problèmes d'addictions.

Est-ce qu'il est possible d'établir une liaison entre les patients alcoolisés ou alcoolodépendants et l'ELSA ?

L'objectif principal est d'évaluer le protocole mis en place, afin de mettre en relation les patients consultant avec un problème d'alcool avec l'équipe de liaison en alcoologie, ainsi que son utilisation.

L'objectif secondaire est de sensibiliser le personnel soignant du service d'accueil des urgences au problème d'addiction à l'alcool et de leur faire connaître les différentes structures existantes pour prendre en charge ce type de patient.

IV. MATERIEL ET METHODES

Nous avons élaboré un arbre décisionnel pour la prise en charge des patients alcoolisés (annexe 3).

Cet arbre décisonnel comporte 4 parties :

- Alcoolisation aiguë isolée et absence de chronicité
- Alcoolisation aiguë et présence de chronicité
- Demande de sevrage
- Hospitalisation au CHU et découverte d'une chronicité à l'anamnèse

Dans le cas de l'alcoolisation aiguë sans chronicité, la sortie du patient peut être envisagée après une surveillance, sans une consultation auprès de l'ELSA mais après une sensibilisation du patient sur les dangers de l'alcool et la remise d'une plaquette « Information et Prévention ».

Dans les trois autres cas, la sortie ou l'hospitalisation peut être envisagée après la surveillance mais il convient de faire systématiquement une alerte ELSA et d'envoyer le dossier par mail à l'équipe de liaison.

Le but de cet arbre décisionnel est de pouvoir faire dans un temps très limité une évaluation qui permette :

- d'objectiver le problème d'alcool
- d'informer le patient sur sa consommation et ses risques
- de l'orienter si besoin

Par ailleurs, un sondage a été réalisé auprès des médecins, infirmières et internes au sein du service des urgences, recueillant leur avis et leur ressenti sur le protocole mis en place (Annexe 6).

1. TYPE D'ETUDE

ll s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, sur des patients se présentant au service d'accueil des urgences de l'Hôpital Central du CHU de Nancy entre le 21 Octobre 2014 et le 14 Mars 2015.

Le protocole a été mis en place le 1er Septembre 2014.

2. RECRUTEMENT

Le recrutement s'est fait à partir du logiciel Résurgences utilisé au SAU du CHU Nancy.

3. POPULATION

3.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion dans l'étude sont des patients avec :

- un motif d'admission : « alcoolisation aiguë », « exogénose », « ivresse sur la voie publique »
- un motif d'admission « autre » mais présentant une alcoolisation aiguë ou chronique
- une alcoolémie supérieure à 0.5g/L
- des antécédents d'éthylisme chronique

3.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion dans l'étude sont :

- une absence d'alcoolisation aiguë ou chronique
- une absence d'antécédent d'éthylisme chronique

4. CRITERES D'EVALUATION

Les critères d'évaluation sont :

- le sexe
- l'âge
- l'adresse disponible
- le téléphone disponible
- l'accord du patient pour être mis en relation avec l'ELSA
- le motif d'admission
- présence d'une alerte ELSA
- présence d'une alerte assistante sociale
- demande précise du médecin dans l'alerte
- devenir du patient à la sortie des urgences
- le nombre d'e-mails d'alerte reçu par ELSA

5. ANALYSE STATISTIQUE

Le test de comparaison consistait en un test du Khi2 pour les variables qualitatives et un test de Student pour les variables quantitatives (âge).

V. RESULTATS

1. ETUDE

Entre le 21 Octobre 2014 et le 14 Mars 2015, 1659 patients ont été inclus sur 16677 passages au SAU.

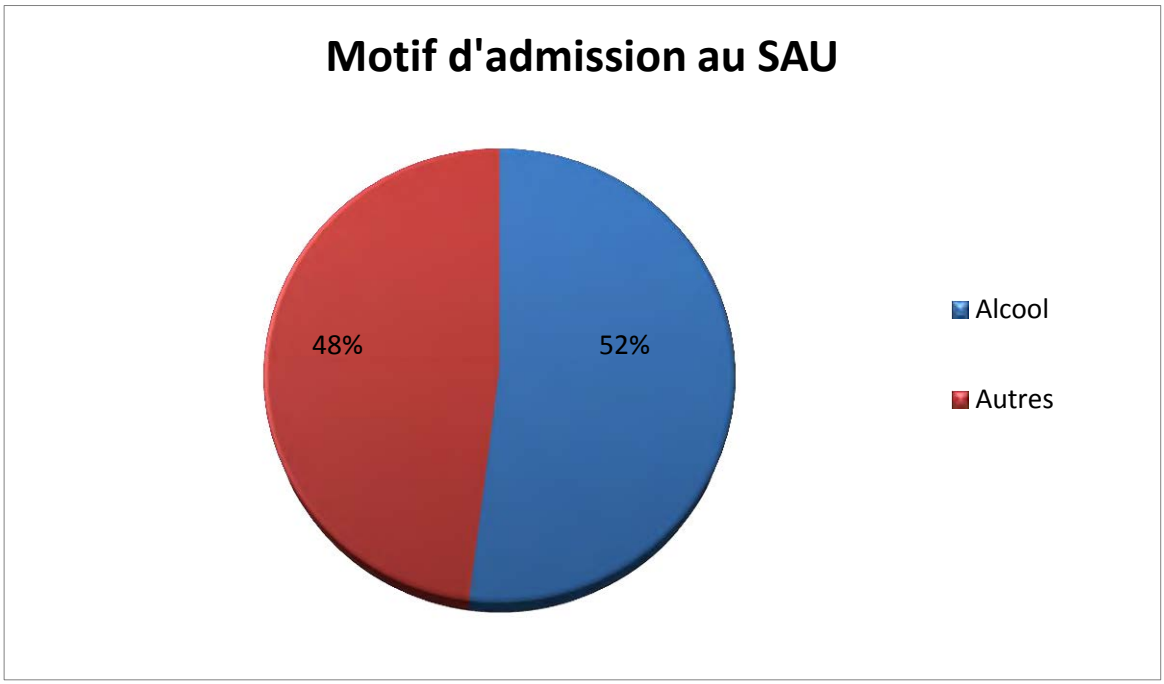
Tableau I: Caractéristiques des patients

	NOMBRE	% / moyenne	Écart type
SEXE Homme Femme	 1163 497	 70,1% 29,9%	
AGE	1659	47,2	18,7
ADRESSE DISPONIBLE Oui Non	 1616 44	 97,3% 2,7%	
TELEPHONE DISPONIBLE Oui Non	 1168 492	 70,4% 26,6%	

Tableau II : Comparatif entre hommes et femmes

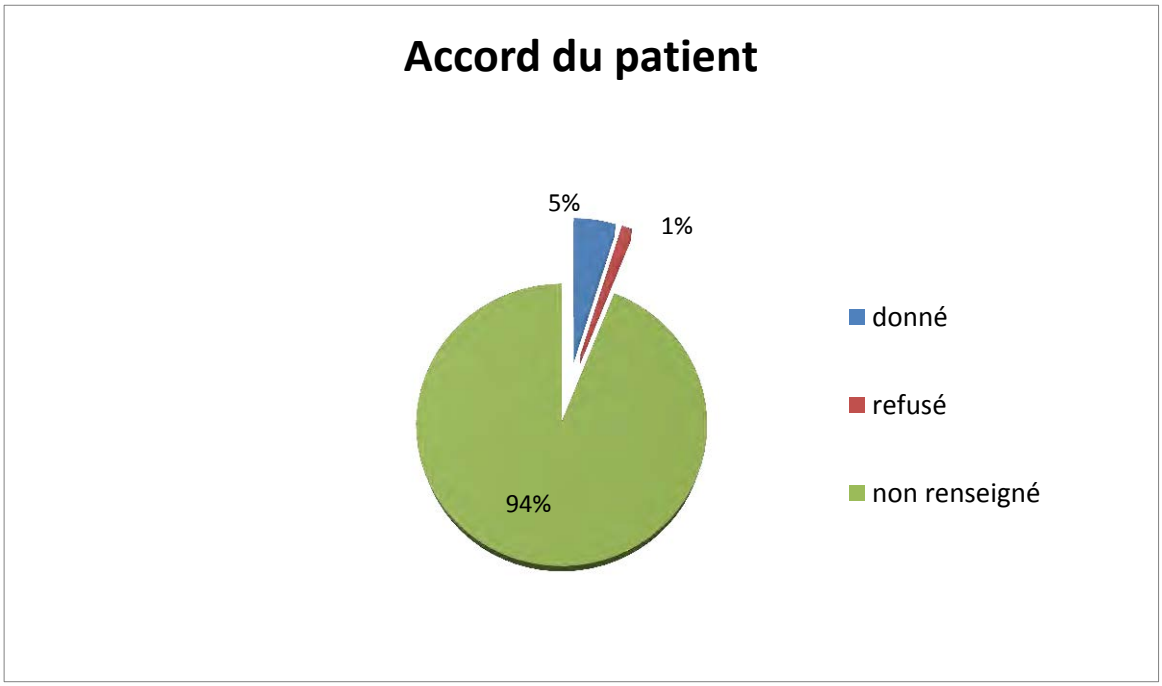
	HOMMES	FEMMES	p
NOMBRE	1162	497	0,03
AGE	47,84 +/- 18,41	45,68+/- 19,33	
ADRESSE DOMICILE DISPONIBLE	96,6%	99,2%	0,001
TELEPHONE DISPONIBLE	68,7%	74,3%	0,02

Figure 1 : Motif d'admission au SAU



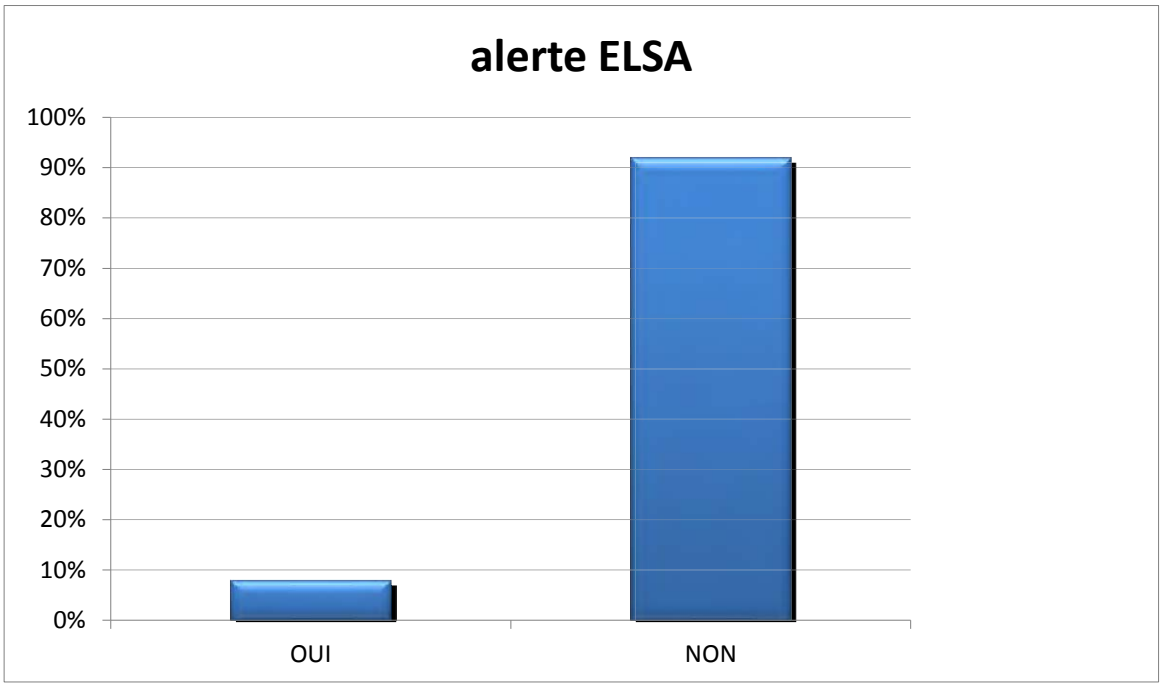
52% des patients consultaient le service d'accueil des urgences pour intoxication éthylique aiguë.

Figure 2: Nombre d'accord du patient dans les dossiers



L'accord du patient pour un suivi en alcoologie était donné dans 4,8% des cas, refusé dans 1,2% des cas et non renseigné dans le dossier dans 94% des cas.

Figure 3: Nombre d'alertes ELSA présentes dans les dossiers



Une alerte ELSA a été retrouvée dans 8% des dossiers.

Une demande précise du médecin était faite dans le dossier pour l'équipe d'alcoologie dans 3,9% des cas.

Figure 4: Devenir des patients à la sortie du SAU

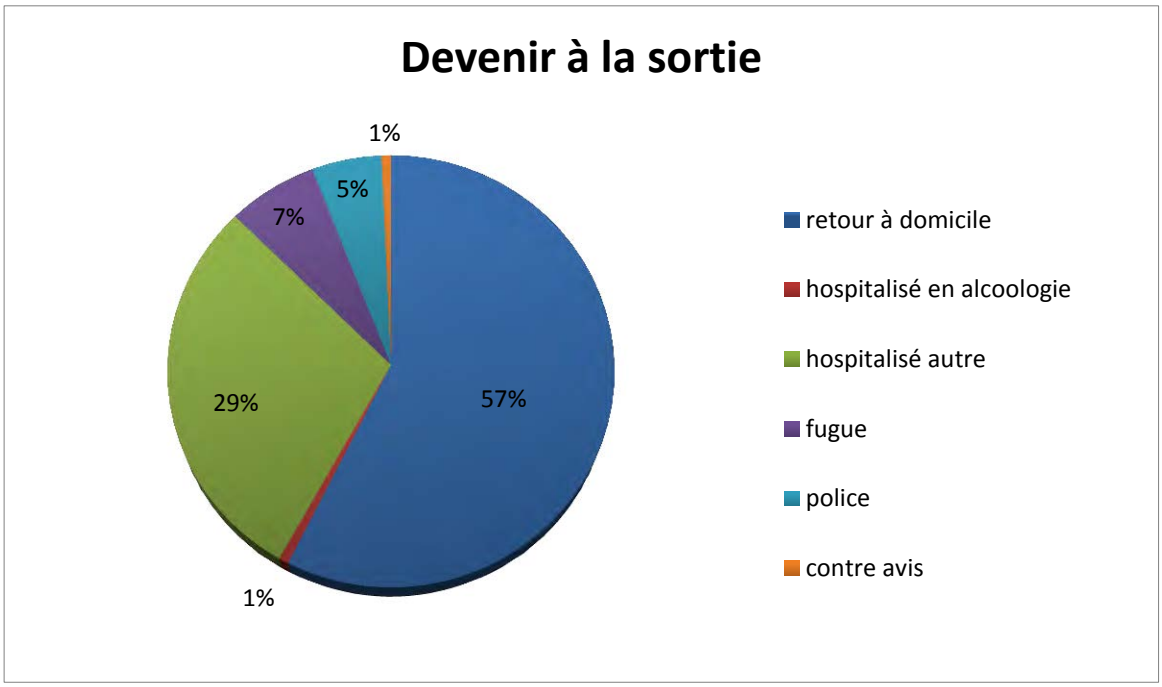
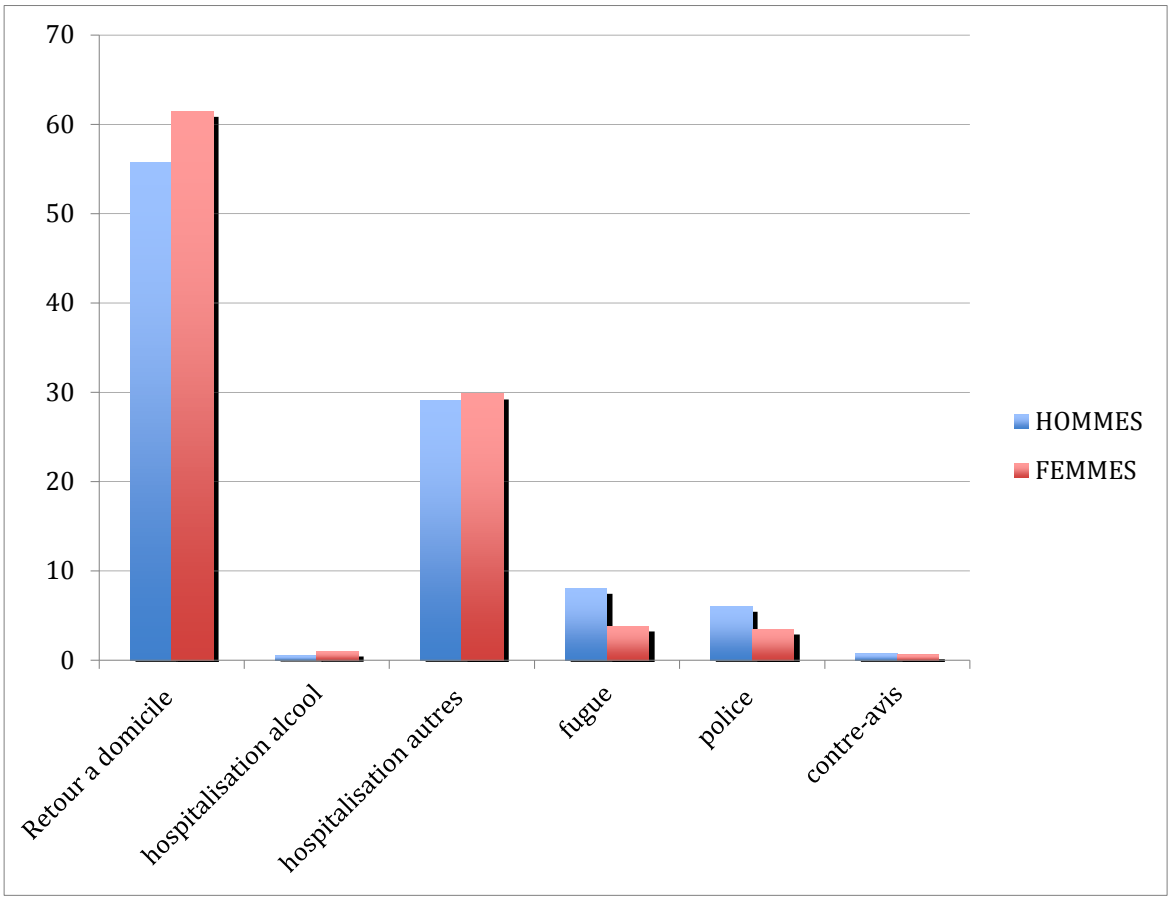


Figure 5: Devenir du patient à la sortie du SAU en fonction de leur sexe



132 demandes de suivi par l'ELSA ont été relevées dans les dossiers.

L'équipe de liaison en alcoologie a reçu 30 mails de la part de l'équipe médicale du SAU contenant le dossier du patient ayant besoin d'un suivi en alcoologie soit 22,7% de ce qu'elle aurait dû recevoir.

Tableau III : Dossiers reçus par L'ELSA

	HOMMES	FEMMES
Nombre (%)	22 (73%)	8 (27%)
Moyenne d'âge	45, 8 ans	48 ans
Adresse disponible (%)	97%	99,8%
Téléphone disponible (%)	74%	81%

Sur les 30 dossiers reçus, 5 patients étaient déjà suivis par le service d'alcoologie du CHU de Nancy, 12 patients n'avaient pas donné de coordonnées téléphoniques, 8 patients joints par téléphone ont refusé un suivi par l'ELSA et 5 patients n'ont pas répondu au téléphone.

2. RESULTATS DU SONDAGE

Tableau IV: Répartition du nombre de participants au sondage selon leur fonction

Fonction	Nombre	Pourcentage
Médecin	42	47,7%
Infirmière	35	39,8%
Interne	11	12,5%
Total	88	

Figure 6: Pourcentage de personnel médical ayant utilisé le protocole

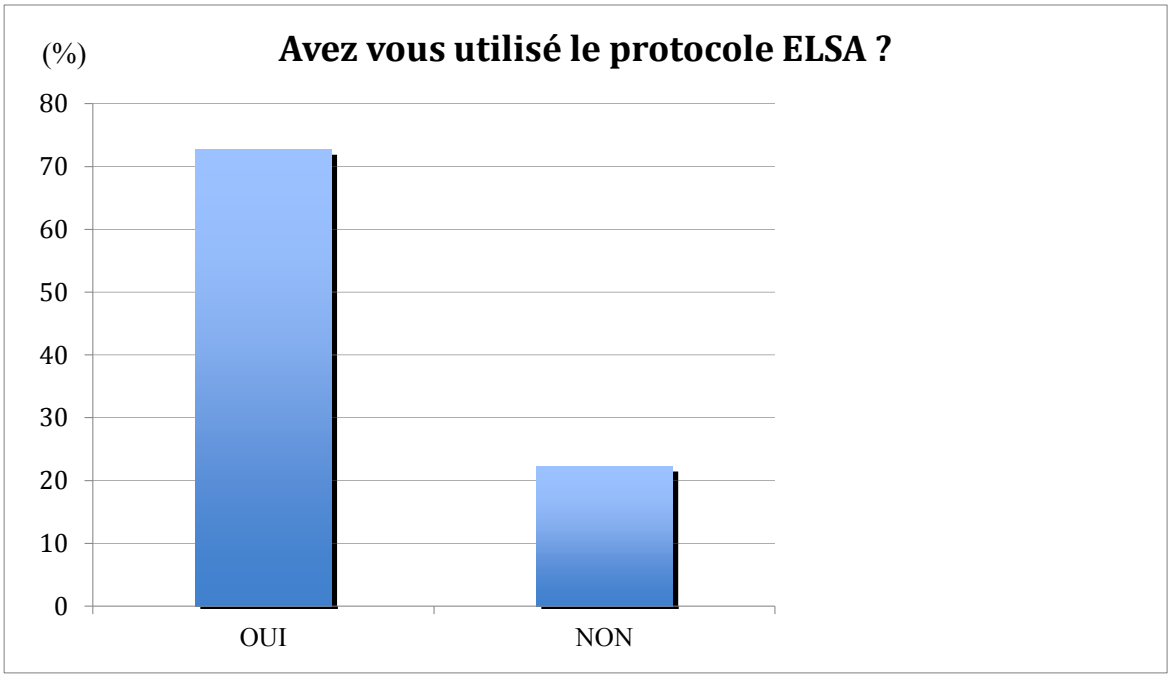


Figure 7: Nombre d'utilisations du protocole par personne

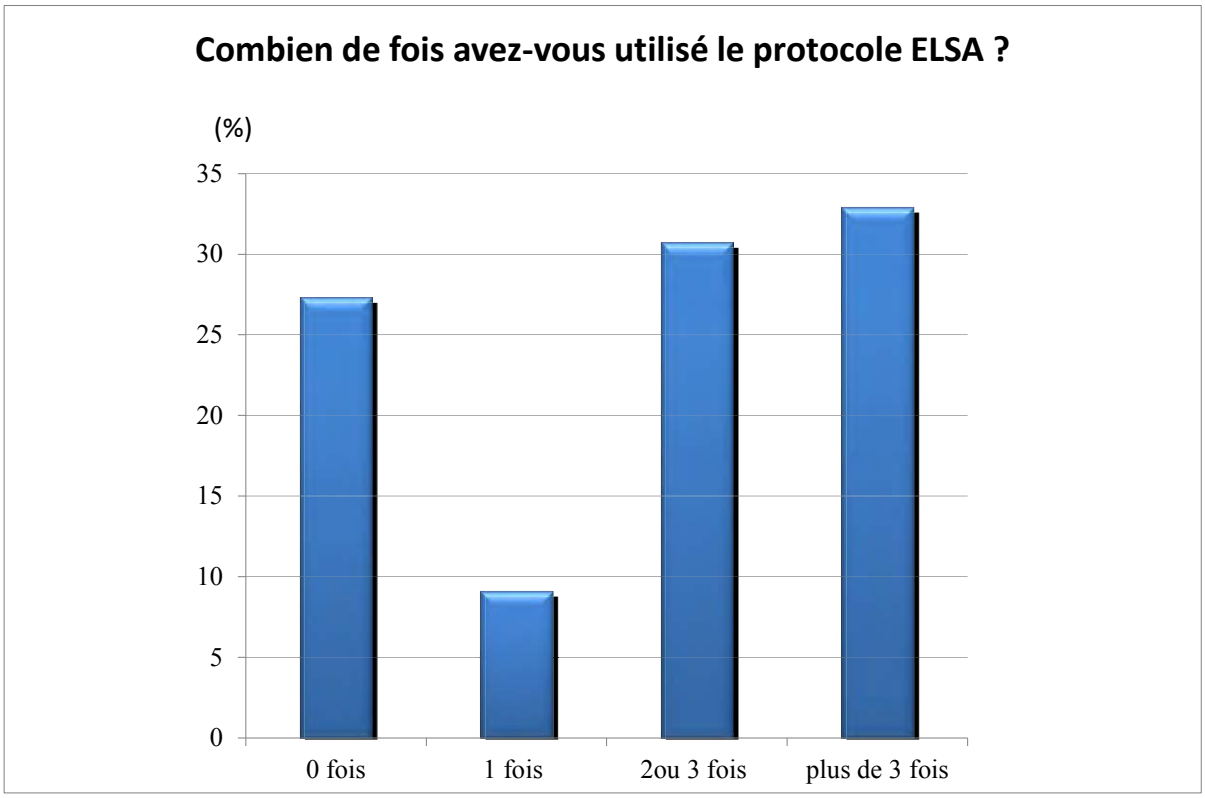
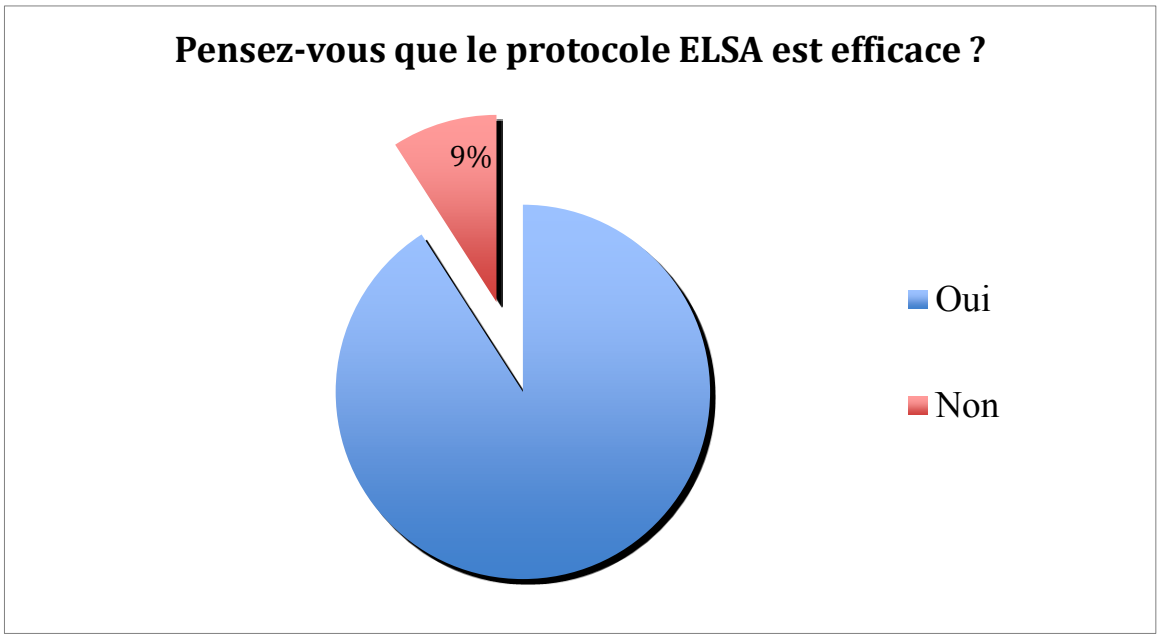


Figure 8: Avis du personnel médical sur l'efficacité du protocole



90,9% des personnes jugent le protocole efficace pour mettre en liaison les patients et l'ELSA

Figure 9: Difficultés rencontrées lors de l'utilisation du protocole

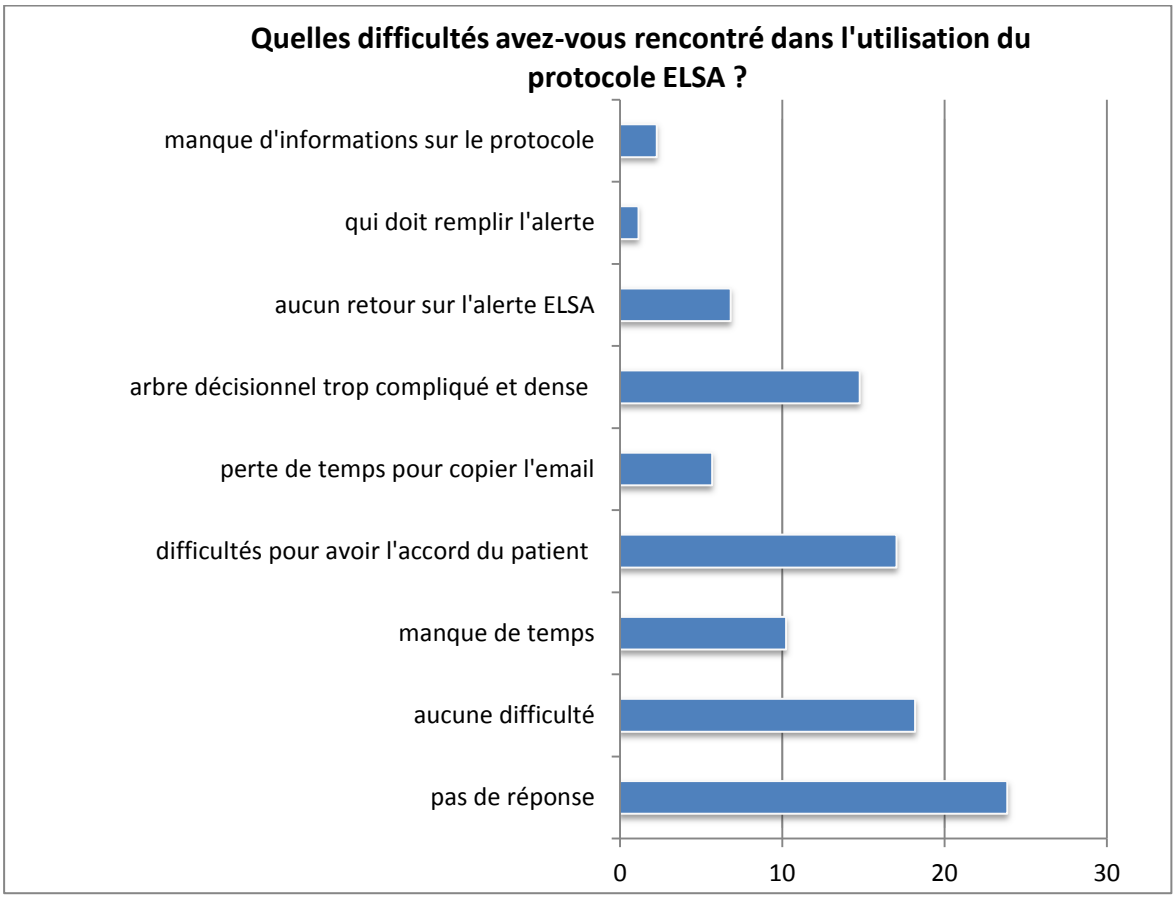
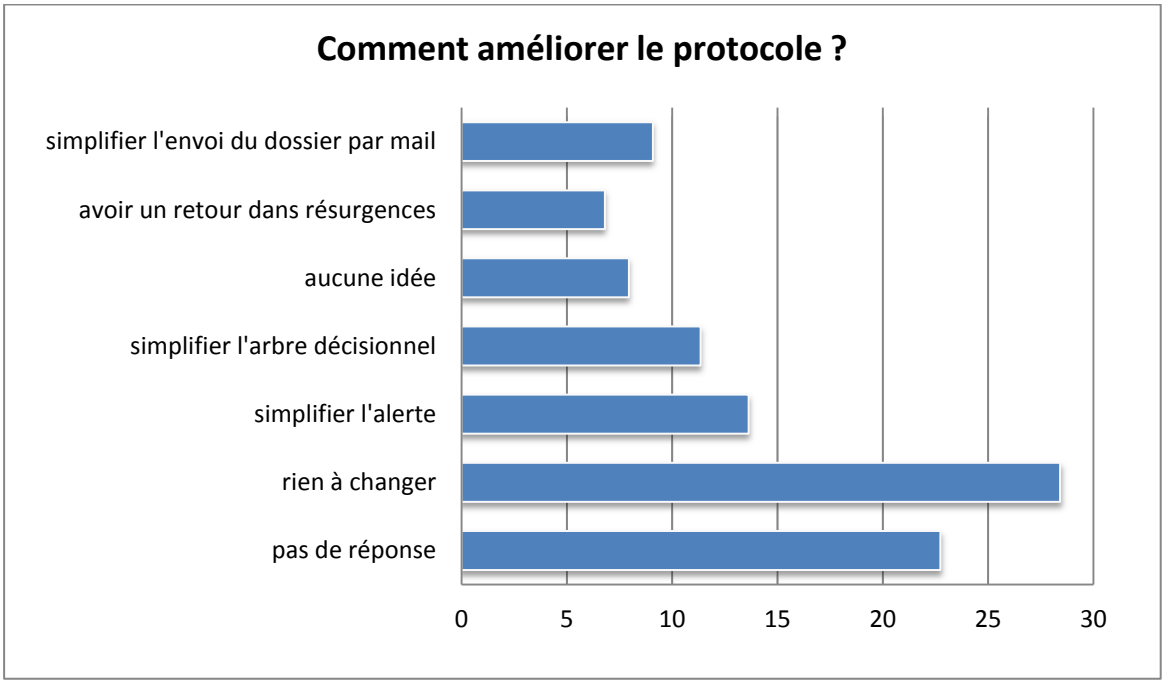


Figure 10: Propositions d'amélioration du protocole



VI. DISCUSSION

1. ETUDE

Dans notre étude, l'âge moyen est de 47,2 ans +/- 18,7 ans. 70,1% des patients étaient des hommes. Il s'agit d'une population jeune, très majoritairement masculine, comparable aux populations d'autres études sur le même sujet, comme celle réalisée de Reynaud.M *et al.* dans laquelle 166 patients avaient été inclus. L'âge moyen était de 42 ans et 70 % des patients étaient des hommes.[16]
L'adresse des patients était disponible dans les dossiers dans 97,3% des cas, par contre le numéro de téléphone n'était présent dans les dossiers que dans 70,4% des cas, ce qui peut poser un problème pour l'équipe de liaison en alcoologie qui ne peut contacter les patients que par téléphone. En effet, l'envoi d'un courrier postal aux patients pour leur proposer un suivi est impossible en raison du secret médical.

52% des patients consultaient pour un problème d'alcoolisation aiguë, mais une alerte ELSA n'a été signalée que dans 8 % des cas. Il existe plusieurs explications.

- Premièrement, le faible taux de signalement à l'ELSA est lié à la difficulté à recueillir l'accord du patient. L'accord du patient n'est pas renseigné dans 94% des cas, soit du fait d'un refus, soit parce que le soignant ne lui a pas posé la question. Par ailleurs, on peut se demander si l'accord d'un patient en état d'ébriété est réellement pertinent.

- Deuxièmement, cette étude a été réalisée pendant la période hivernale, période où l'activité augmente fortement dans le service d'accueil des urgences. Les médecins et les infirmières ont pu être dépassés par l'afflux de patients, et n'ont peut être pas eu le réflexe de contacter l'ELSA, ou n'ont pas estimé que la prise en charge des patients éthyliques étaient une priorité.

- Troisièmement, la formation et l'information du personnel soignant au nouveau protocole ont probablement été insuffisantes. L'équipe soignante est composée de 38 médecins, 17 internes et de 65 infirmiers. La mise en place de ce nouveau protocole a été particulièrement difficile du fait du travail posté, des absences et de la surcharge de

travail. La sensibilisation médicale et paramédicale est en cours, grâce à l'ELSA par sa présence tous les matins de semaine, et peut prendre du temps.

Une des pistes d'amélioration de la prise en charge des patients consultant pour un problème d'alcool serait d'avoir à proximité géographique une infirmière de liaison en alcoologie. Malheureusement, la plupart des patients avec une IEA se présentant la nuit, il semble compliqué de justifier de la présence d'une d'infirmière en alcoologie 24h/24.

Concernant le devenir à la sortie des urgences, on note que les hommes ont une plus grande tendance que les femmes à fuguer ou à être transférés au poste de police.

Dans la conférence de consensus de la SFMU actualisée en 2006, il est expliqué que 90% des sujets arrivant aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë ont une consommation pathologique d'alcool (abus ou dépendance) ; seuls 2% d'entre eux se voient proposer une prise en charge spécialisée [9].

Dans notre étude, 1659 personnes ont consulté au SAU du CHU de Nancy sur la période étudiée pour une IEA ou pour un autre motif mais ayant un problème d'alcool associé, qu'il soit aigu ou chronique. Parmi eux, 795 patients ont été admis pour intoxication éthylique aiguë avec seulement 132 alertes ELSA dans le logiciel Résurgences (16% des patients). L'équipe de liaison en alcoologie n'a reçu elle que 30 dossiers par mail. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées. S'agit-il d'un problème d'ordre informatique ? L'envoi du dossier par mail à l'ELSA est-il trop contraignant ou chronophage ?
En ce qui concerne, les 864 patients admis pour un autre motif associé à un problème aigu ou chronique d'alcool, une seule demande d'intervention de l' ELSA a été retrouvée. Il semble que le problème d'alcool, lorsqu'il n'est pas le motif principal de consultation, est oublié. Cependant, le médecin urgentiste se doit de mettre tout en œuvre pour une prise en charge optimale de ces patients.

2. SONDAGE

Nous avons envoyé le questionnaire par mail à 102 membres du personnel soignant du SAU du CHU de Nancy (médecins, internes et infirmiers). 88 personnes ont répondu soit un taux de réponse de 86%.

Parmi ceux qui ont répondu, 72,7% affirment avoir utilisé le protocole.
Plus de 63,6 % (soit 56 personnes) ont utilisé le protocole plus de 2 ou 3 fois, mais 27,3 % ne l'ont jamais utilisé.
90,9% des personnes interrogées jugent le protocole "ELSA" efficace pour mettre en relation les patients avec l'ELSA.
Plus de 40% n'ont pas relevé de difficultés ou n'ont pas répondu au sondage.

Les membres de l'équipe ont noté pour 17% d'entre eux la difficulté à recueillir l'accord du patient, ce dernier en état d'ébriété n'étant pas toujours conscient et apte à donner son accord pour être recontacté par l'ELSA.
On pourrait imaginer demander l'accord au patient par un appel téléphonique, lorsque l'état d'ivresse serait passé. Les patients seraient peut être moins réfractaires à l'idée de se voir proposer une consultation spécialisée en alcoologie.

De plus, 15% des personnes sondées expriment un manque de temps et une perte de temps pour envoyer le dossier par e-mail à l'équipe d'alcoologie. Les équipes soignantes du SAU sont bien souvent surchargées de travail ; aussi, faudrait–il simplifier l'alerte ELSA ou la procédure d'envoi à l'équipe de liaison ? Le dossier pourrait par exemple être envoyé automatiquement lorsque le médecin valide la demande d'intervention de l'ELSA.

3% du personnel interrogé regrette un manque d'information sur ce protocole et plus de 14% du personnel médical trouve l'arbre décisionnel trop dense et trop compliqué.

Cette enquête soulève la discordance entre le ressenti du personnel soignant sur la procédure ELSA et les résultats de notre étude. En effet, les équipes soignantes du SAU ont l'impression de connaître et maitriser la procédure de façon satisfaisante, alors que seules 132 alertes sur 1659 dossiers ont été réalisées.
Les problèmes d'addictions sont souvent mal connus et peu pris en charge aux urgences, mais plus la prise en charge de ces patients sera efficace et protocolisée, plus ces patients pourront être adressés au service adéquat et plus ils seront suivis, moins ils iront consulter au service d'accueil des urgences.

L'alcoolodépendance est une maladie qui se soigne. Les études montrent que les interventions thérapeutiques ont un effet globalement positif, même si ce dernier est considéré comme

faible sur certaines populations d'alcoolodépendants. Il convient donc de ne jamais renoncer à proposer un projet thérapeutique, même à des malades sévèrement atteints, qui peuvent en tirer bénéfice. Le groupe d'experts recommande de diffuser auprès des médecins les résultats des études sur le traitement des patients, afin de valoriser le travail des soignants et de promouvoir l'image d'une efficacité démontrée des traitements de l'alcoolodépendance. Mais avant tout, il est indispensable que le médecin qui prend en charge un patient l'informe de la nature de sa pathologie [28] [29].

Menecier et ses collaborateurs (2009) font ainsi remarquer que l'intoxication éthylique aiguë aux urgences n'est ni banale ni conjoncturelle. C'est une urgence médicale ou psychiatrique à part entière. Elle est la part visible d'une situation de mésusage d'alcool qui arrive devant une équipe soignante. C'est une opportunité d'échanges, d'informations et d'éducation pour la santé [20].

L'hôpital pourrait donc être un lieu de prise en charge des problèmes liés à l'alcool pour tout patient hospitalisé à condition d'avoir un personnel tant médical que paramédical capable de reconnaitre ces troubles et de comprendre les patients [33].

VII. CONCLUSION

Cette étude montre que la mise en place d'une procédure spécifique pour la prise en charge des patients présentant un problème d'alcool, aigu ou chronique, aux urgences a permis d'alerter l'ELSA dans 8 % des cas.

Même si le protocole proposé nécessite des ajustements, il a permis une meilleure sensibilisation des urgentistes et de l'équipe médicale ainsi qu'une meilleure coordination avec l'ELSA. L'amélioration de la formation du personnel médical et paramédical reste indispensable, afin d'assurer une prise en charge optimale de ces patients.

L'admission aux urgences représente aussi pour certains l'unique accès au dispositif de soins. Il peut s'agir là d'un moment clé sur lequel s'appuyer pour inviter le patient et son entourage à s'interroger en vue de limiter les conduites à risques et réitération [7].

« Ce déni du problème peut encore s'expliquer par la représentation que les professionnels de la santé, les politiques, les médias et le grand public ont des personnes ayant un problème avec l'alcool et qui est véritablement archaïque » estime le Pr François Paille. « En effet, beaucoup pensent encore à tort que seuls les grands buveurs excessifs incapables de contrôler leur consommation, sont en danger. C'est vrai, ils le sont, mais à titre d'exemple, les grands buveurs dénutris et atteints d'une cirrhose ne représentent "que" 2500 des 49.000 décès annuels imputables à l'alcool, alors que les cancers et les maladies cardio-vasculaires en relation avec une consommation excessive d'alcool, font 27.000 morts dans le même temps.»

« Il serait temps de s'en inquiéter : en effet, seulement 8 % des personnes ayant un problème avec l'alcool, sont actuellement prises en charge (souvent les cas extrêmes). Autrement dit, 92 % ne reçoivent ni information, ni conseil, ni aide, ni traitement, alors qu'une intervention est d'autant plus efficace et salutaire pour la santé, qu'elle aura été précoce. Il y a vraiment urgence à intervenir en amont, grâce à une politique ambitieuse de prévention, d'éducation, de formation, de recherche et de soins complets », concluent les Prs Aubin et Paille [30].

BIBLIOGRAPHIE

1. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007 – 2011. – Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 2007, 19 : 3-5.

2. Hamelin V.CMUB :L'ivresse éthylique aigu¨ dans les services d'accueil des urgences ;procédure 35, février 2011,15 :1-2.

3. Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris, Flammarion Médecine-Sciences 2006:800 p.

4. Paille F. Alcool à l'hôpital : l'ivresse des chiffres Etude DGOS – ATIH [en ligne]. 5 Déc 2014 ,Villers-les-Nancy. Disponible sur : http://www.loraddict.org/espace-documentaire/category/16-premiere-rencontre-des-elsa-du-grand-est.html (consulté le 10 janvier 2015)

5. Lépine J.P, Morel A, Paille F, Reynaud M, Rigaud A. Rapport : propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions. Un enjeu majeur de santé. Rapport au Ministère de la santé et des solidarités. 2006. 64 p.

6. Paille F, Reynaud M.L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidémiol Hebd.2015 ;(24-25) :440-9 . Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_1.html (consulté le 4 septembre 2015).

7. AIRDDS CIRDD Bretagne – La chaîne de prise en charge des intoxications éthyliques aiguës aux urgences en Bretagne – mars 2012, 25-30.

8. Recommandations ANAES 2001: «Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aigu¨ , des patients admis aux urgences des établissements de soins »2001, 13-16.

9. Actualisation de la conférence de consensus : L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences. Société Française de Médecine d'Urgence – Commission de veille scientifique. JEUR 2003;16:48-57.

10. Benyamina A, Bouchez J, Rahioui H, Reynaud M. Urgences psychiatriques en addictologie. Rev Prat. 2003;53:1201-8.

11. Haute Autorité De Santé (2007). Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins, Recommandations de la commission d'audition. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_615021/fr/abus-dependances-et-polyconsommations-strategies-de-soins (consulté le 9 Octobre 2014)

12. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) (2013). Les hospitalisations liées à l'alcool en forte augmentation. Disponible sur : http://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/alcool/416-hospitalisations-alcool-forte-augmentation (consulté le 21 Novembre 2014)

13. Monti P.M, Colby S.M, Barnett N.P, Spirito A, Rohsenow D.J, Myers M, Woolard R, Lewander W. « Brief intervention for harm reduction with AURAIA - Admission aux urgences de Rennes des adolescents en ivresse aiguë alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department », J Consult Clin Psych, Vol. 67, n° 6, 1999, 989-994.

14. David C, Negaret G, Deze F, Galle E, Bouget, J. (2005). Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence. Médecine Thérapeutique, 2005,11(1), 56-63.

15. Orford J, Somers M, Daniels V, Kirby B. Drinking among medical patients : levels of risk and models of change. Br J Addict 1992, 87 : 1691-1702.

16. Reynaud M, Leleu X, Bernoux A, Meyer L, Lery JF, Ruch C. Alcohol use disorders in French hospital patients. Alcohol Alcohol 1997, 32 : 769-775.

17. Niles BL, McCrady BS. Detection of alcohol problems in a hospital setting. Addict Behav 1991, 16 : 223-233.

18. Cherpitel CJ, Soghikian K, Hurley LB. Alcohol-related health services use and identification of patients in the emergency department. Ann Emerg Med 1996, 28 : 418-420.

19. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de L'Organisation des soins. (2003). Guide des bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie. Page2. Disponible sur : http://hepatoweb.com/Documents_PDF/guide_bp_addicto.pdf (consulté le 4 Décembre 2015).

20. Menecier A, Girard A, Badil P, Rotheval L, Lefranc D, Menecier-Ossia L. L'intoxication éthylique aiguë à 'hôpital : un enjeu clinique. Etude prospective sur un an en hôpital général. Rev med interne 2009 ,30, 316-321.

21. Menecier P, Clair D, Collovray C, Rotheval L, Lefranc D, Duhay-Vialle A, Menecier-Ossia L. Intoxications éthyliques aiguës hospitalisées. Analyse d'une procédure de rencontre systématique. Alcoologie et Addictologie,2008, 30(3), 251-259.

22. Menecier A, Girard A, Rotheval L, Pelissier-Plattier S, Lefranc D, Collovray C. L'alcoolémie mesurée à l'entrée d'un hôpital : un marqueur de mésusage d'alcool même à faible taux. Le courrier des addictions,2008, 10(1), 13-15.

23. Paille F. Alcool ; Epidémiologie, étiologie, clinique. In M. LEJOYEUX (sous la direction). Addictologie, Paris : Masson (abrégés).2009

24. Clark D.B, Moss H.B. Providing Alcohol-Related Screening and Brief Interventions to Adolescents through Health Care Systems : Obstacles and Solutions. Plos Medicine, 2010,7(3).

25. Poncet F, Feral A.Le patient alcoolisé : un « client » si présent et si oublié des urgences. Les Actualités en psychiatrie,2001, 18(10), 137-141.

26. Schwan R. Prise en charge des patients présentant un mésusage d'alcool aux urgences. In M. REYNAUD (sous la direction), Traité d'addictologie. Paris : Flammarion (Médecines-Sciences), 2006,Paris.

27. Guillo F. Parler d'alcool à des patients qui ne demandent rien... Revue Médicale Suisse,2005, 1(26), 1712-1716.

28. Inserm (dir.). Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Synthèse et recommandations. Paris : Les éditions Inserm, 2003, X- 72 p. -65-68 (Expertise collective). Disponible sur : - http://hdl.handle.net/10608/155 (consulté le 5 Mai 2015).

29. Mello M.J, Nirenberg T.D, Longabaugh R, Woolard R, Minugh A, Becker B, Baird J, Stein L. Emergency Department Brief Motivational interventions for Alcohol With Motor Vehicle Crash Patients. Ann Emerg Med, 2005,45(6), 620-625.

30. Szapiro-Manoukian N. Alcool :seuls 8% des malades pris en charge. Le Figaro 18 0ct 2013[en ligne] consulté le 25 janvier 2015.Disponible sur : http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/10/18/21415-alcool-seuls-8-malades-pris-charge (consulté le 12 Avril 2015).

31. Rotheval L, Poillot A, Lefranc D, Pellissier-Platier S, Badila P, Menecier P. La rencontre clinique après l'ivresse : la place de l'entretien. Le courrier des addictions, 200810(4), 27-29.

32. Maio R.F, Shope J.T, Blow F.C, Gregor M.A, Zakrajsek J.S, Weber J.E, Nypaver M.M. A Randomized Controlled Trial of an Emergency Department-Based Interactive Computer Program to prevent Alcohol Misuse Among Injured Adolescents. Ann Emerg Med,2005, 45(4), 420-429.

33. Maio R.F., Shope J.T., Blow F.C., Copeland L.A., Gregor M.A., Brock-mann L.M., Weber J.E. et Metrou M.E., « Adolescent injury in the emergency department: opportunity for alcohol interventions? », Ann Emerg Med, Vol. 35, n° 3, 2000, pp. 252-257.

34. Monti P.M, Barnett N.P, Colby S.M, Gwaltney C.J, Spirito A, Rohsenow D.J, Woolard R. « Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking », Addiction, Vol. 102, n° 8, 2007, pp. 1234-1243.

35. Vasilaki E.I, Hosier S.G, Cox W.M. « The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review », Alcohol and Alcoholism, Vol. 41, n° 3, 2006, pp. 328-335.

36. Monti P.M, O'Leary T, Borsari B. Drinking Among Young Adults, Screening, Brief Intervention, and Outcome. Alcohol Res Health, 2005,28(4), 236-244.

37. Spirito A, Monti P.M, Barnett N.P, Colby S.M, Sindelar H, Rohsenow D.J, Lewander W, Myers M. « A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department », J Pediatr, Vol. 145, n° 3, 2004, pp. 396-402.

38. Miller W.R, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd edition, New York, Guildford Press, 2002, 428 pages.

39. D'Onofrio G, Pantalon M. Development and implementation of an emergency Practitioner performed brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. Acad Emerg Med 2004;12: 249-256.

40. Yost D.A. Acute care for alcohol intoxication. Postgrad Med. 2002;112(6):1426.

41. David C, Négaret G, Dezé F, Galle E, Bouget J. Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence.MT. 2005;11(1):56–63.

42. Société française d'alcoologie (SFA)Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique Alcoologie et addictologie, tome 37, n°1, 2015, 5-84.

ANNEXES

Annexe 1 :

Encadré 1. Classification des conduites d'alcoolisation et seuils de consommation proposés par la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé).

Usage : toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS, et prise en dehors de toute situation à risque ou d'un risque individuel.

Usage à risque : toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils proposés par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel.

Usage nocif : toute conduite d'alcoolisation caractérisée par 1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, et 2) l'absence de dépendance à l'alcool. Cette définition fait référence aux conséquences et non pas aux seuils de consommation qui peuvent être inférieurs aux seuils de l'usage à risque dès lors que certains dommages sont constitués.

Usage avec dépendance : toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. L'usage avec dépendance ne se définit ni par rapport à des seuils de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

Les seuils proposés par l'OMS sont les suivants :
- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

Le terme « verre » désigne ici le « verre standard » ou « unité internationale d'alcool », qui correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque, mais sont un compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et, d'autre part, la place de l'alcool dans la société et les effets considérés comme positifs de sa consommation modérée.

Annexe 2 : questionnaire AUDIT-C

Sur l'année écoulée (nombre de points attribués entre parenthèses) :

- **Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

❒ Jamais (0) ❒ 1 fois par mois (1) ❒ 2 à 4 fois par mois (2)
❒ 2 à 3 fois par semaine (3) ❒ 4 fois ou plus par semaine (4)

- **Combien de verres-standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**

❒ 1 ou 2 (0) ❒ 3 ou 4 (1) ❒ 5 ou 6 (2)
❒ 7 à 9 (3) ❒ 10 ou plus (4)

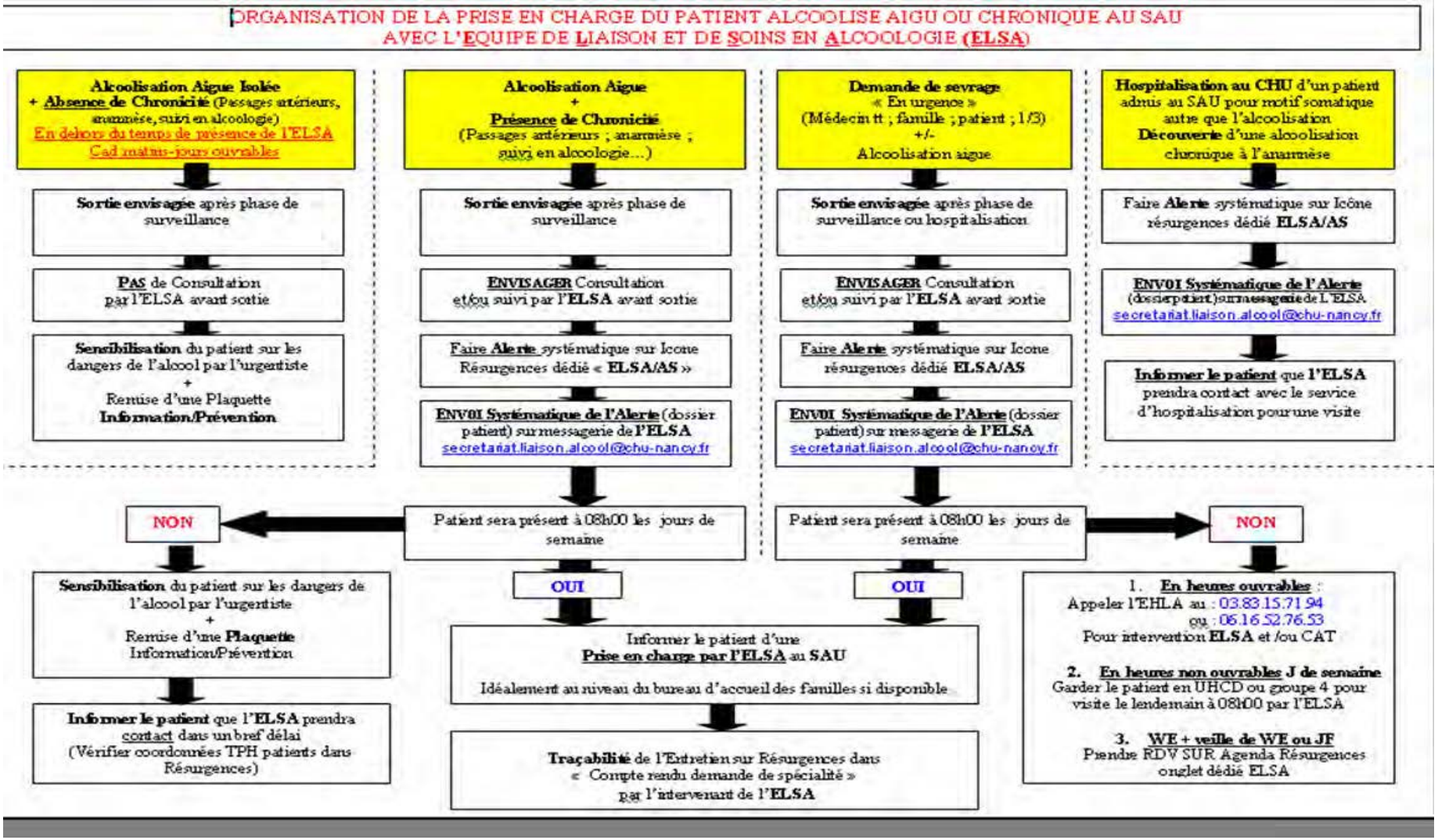
- **Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres-standard ou plus ?**

❒ Jamais (0) ❒ Moins de 1 fois par mois (1) ❒ 1 fois par mois (2)
❒ 1 fois par semaine (3) ❒ Chaque jour ou presque (4)

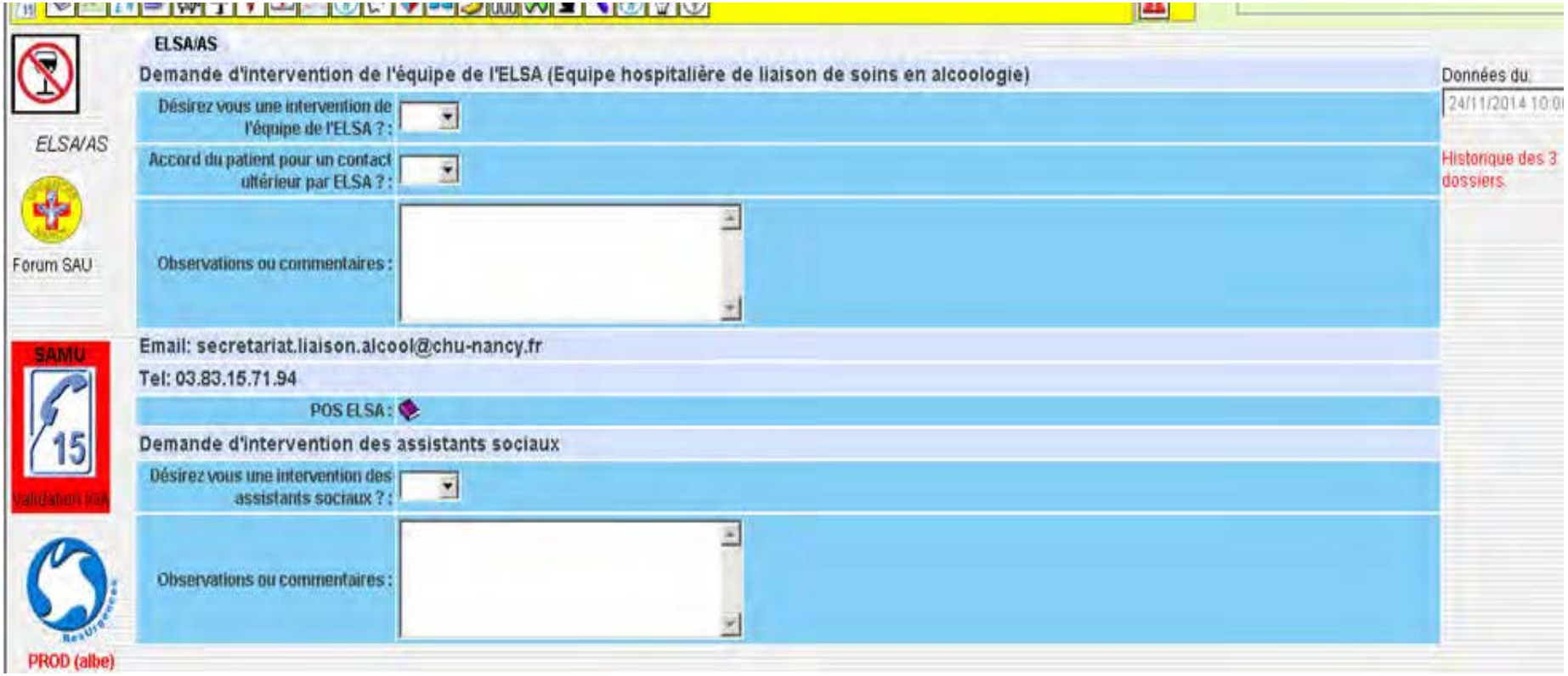
➔ **Mésusage probable** : score $\geq$ 4 chez l'homme et $\geq$ 3 chez la femme.

➔ **Dépendance probable** : score $\geq$ 10 quel que soit le sexe.

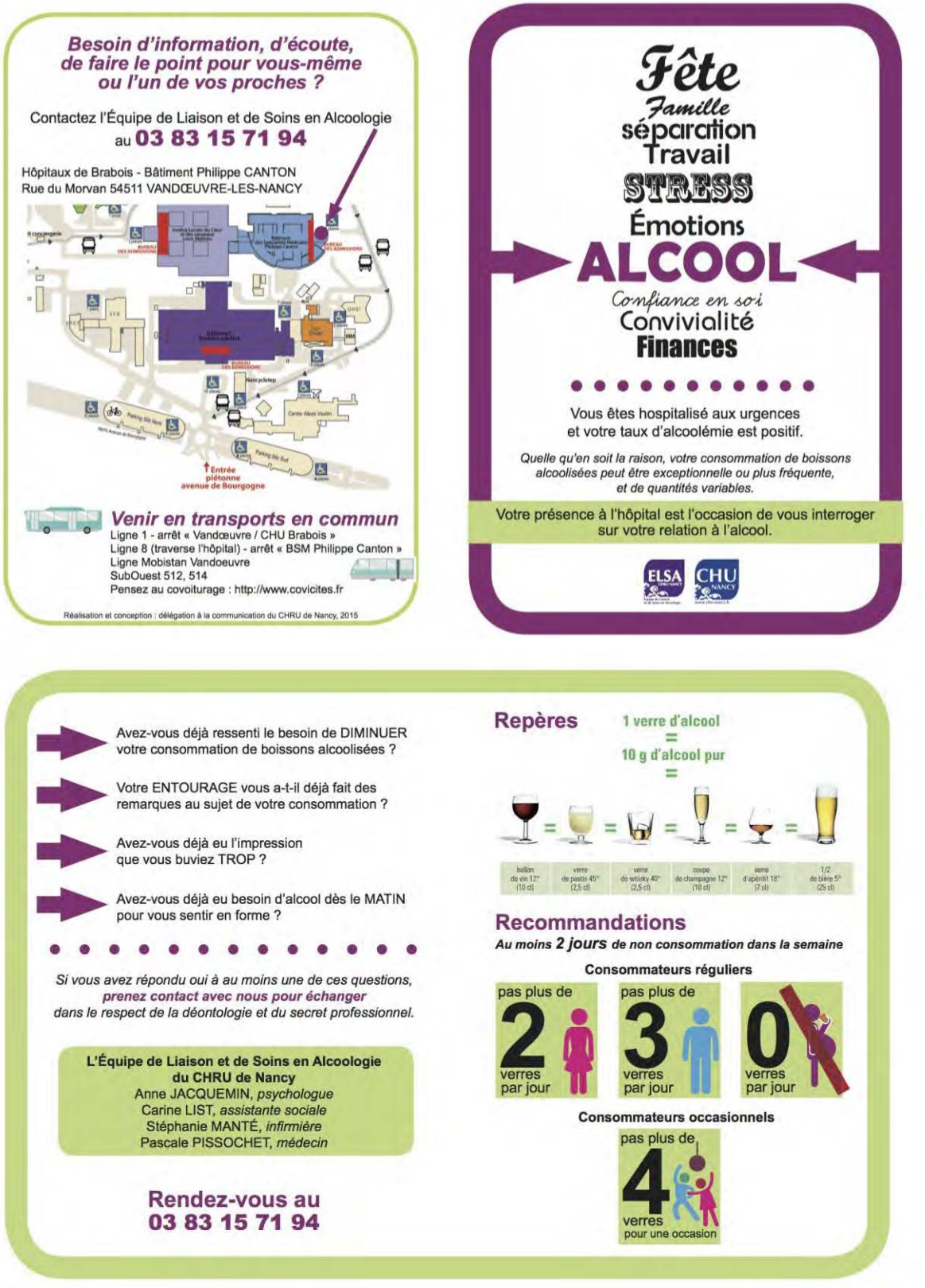
Annexe 3 : organisation de la prise en charge du patient alcoolisé aigu ou chronique au Sau avec l'équipe de liaison et de soins en alcoologie (ELSA)



Annexe 4 : demande d'intervention de l'équipe de l'ELSA


ELSA/AS
Demande d'intervention de l'équipe de l'ELSA (Equipe hospitalière de liaison de soins en alcoologie)
Données du:
Désirez vous une intervention de l'équipe de l'ELSA ? :
Accord du patient pour un contact ultérieur par ELSA ? :
Historique des 3 dossiers.
Observations ou commentaires :
ELSA/AS
Forum SAU
SAMU
15
Email: secretariat.liaison.alcool@chu-nancy.fr
Tel: 03.83.15.71.94
POS ELSA :
Demande d'intervention des assistants sociaux
Désirez vous une intervention des assistants sociaux ? :
Observations ou commentaires :
PROD (albe)

Annexe 5: fiche d'information à remettre au patient à la sortie du SAU



Annexe 6 : Sondage auprès du personnel soignant du SAU du CHU de Nancy

(Envoyé par mail à toute l'équipe médicale du SAU de Nancy le 2 février 2015)

Mise en place d'un protocole de prise en charge des patients alcooliques au SAU de Nancy.

1. Quelle est votre fonction au sein des urgences de l' Hôpital Central de Nancy ?

- Médecin
- Infirmière
- Autre (veuillez préciser)

2. Avez-vous déjà utilisé ce protocole ?

- Oui
- Non

3. si oui, combien de fois avez-vous utilisé ce protocole ?

- 1 fois
- 2 ou 3 fois
- Plus de 3 fois

4. Pensez-vous que le protocole mis en place est efficace ?

- Oui
- Non

5. Quelles difficultés avez-vous rencontré?

6. Comment pourrions -nous améliorer ce protocole ?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les addictions restent en France un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux. De nombreux patients sont admis dans les services d'urgences, pour alcoolisation aigue¨, avec des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques; il s'agit là d'occasions d'aborder le sujet de l'alcool avec eux.

Au SAU du CHU de Nancy, il n'y avait jusque là pas de protocole d'orientation et d'information concernant ces patients alcoolisés.

L'objectif de cette étude est de mettre en place un protocole de prise en charge de ces patients, de les mettre en relation avec L'ELSA et de sensibiliser le personnel médical à cette addiction.

Dans notre étude, réalisée entre Octobre 2014 et Mars 2015, 1659 patients ont été inclus soit 9,9 % des passages aux urgences. 70,1% étaient des hommes et l'âge moyen était de 47,2 ans +/- 18,7 ans.

52% des patients consultaient pour un problème d'alcoolisation aigue, mais une alerte ELSA n'a été signalée que dans 8 % des cas, soit 132 demandes.

L'équipe de liaison en alcoologie a reçu seulement 30 mails de la part de l'équipe médicale du SAU contenant le dossier du patient, soit 22,7% de ce qu'elle aurait dû recevoir.

Même si le protocole nécessite quelques ajustements, il a permis une meilleure sensibilisation des équipes médicale et paramédicale.

TITRE EN ANGLAIS

Implementation and evaluation of a management protocol for acute or chronic alcohol intoxication in the department of emergency of Nancy Universitary Hospital.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE– ANNÉE 2015

MOTS CLEFS :

alcoolisation aigüe; alcoolisation chronique; exogénose; urgences; équipe de liaison addictologique; addiction; alcool.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
