

# Du constat de l'intoxiqué aux urgences à la notion d'addictologie aiguë

Dr Romain SICOT

Unité de **L**iaison et d'**U**rgence de **P**sychiatrie et d'**A**ddictologie

romain.sicot@aphp.fr



# Lien d'intérêt

Lundbeck

# Le patient addicto en urgence: " le poids des représentations "

.... on le connaît tous pour y avoir tous été confronté

- Il n'est :
  - Pas motivé
  - Pas logé
  - Pas couvert par la sécu, ni CMU ni mutuelle
- En plus, il est:
  - Psy
  - Polyconsommateur
- Et le comble, il veut:
  - Tout, tout de suite et on est vendredi soir
  - Une attestation pour le RdV de dans 2j avec JAP sinon "c'est la prison"
- Et pour couronner le tout, il est:
  - Il est alcoolisé
  - Et serait tombé avant de venir (ou la semaine dernière ?)
  - Parent de jeunes enfants

# Qui est le bon interlocuteur ?

- L'urgentiste parce qu'il est (fortement?) alcoolisé mais il ne se plaint de rien et ne veut pas rester aux urgences
- Le psychiatre parce qu'il est bizarre/suicidaire mais il est alcoolisé
- L'addictologue:
  - Le dispositif « tox »: Mais il n'y a pas d'indication à un TSO
  - Le dispositif « alcool »: mais c'est à lui de "formuler la demande" et de prendre RdV

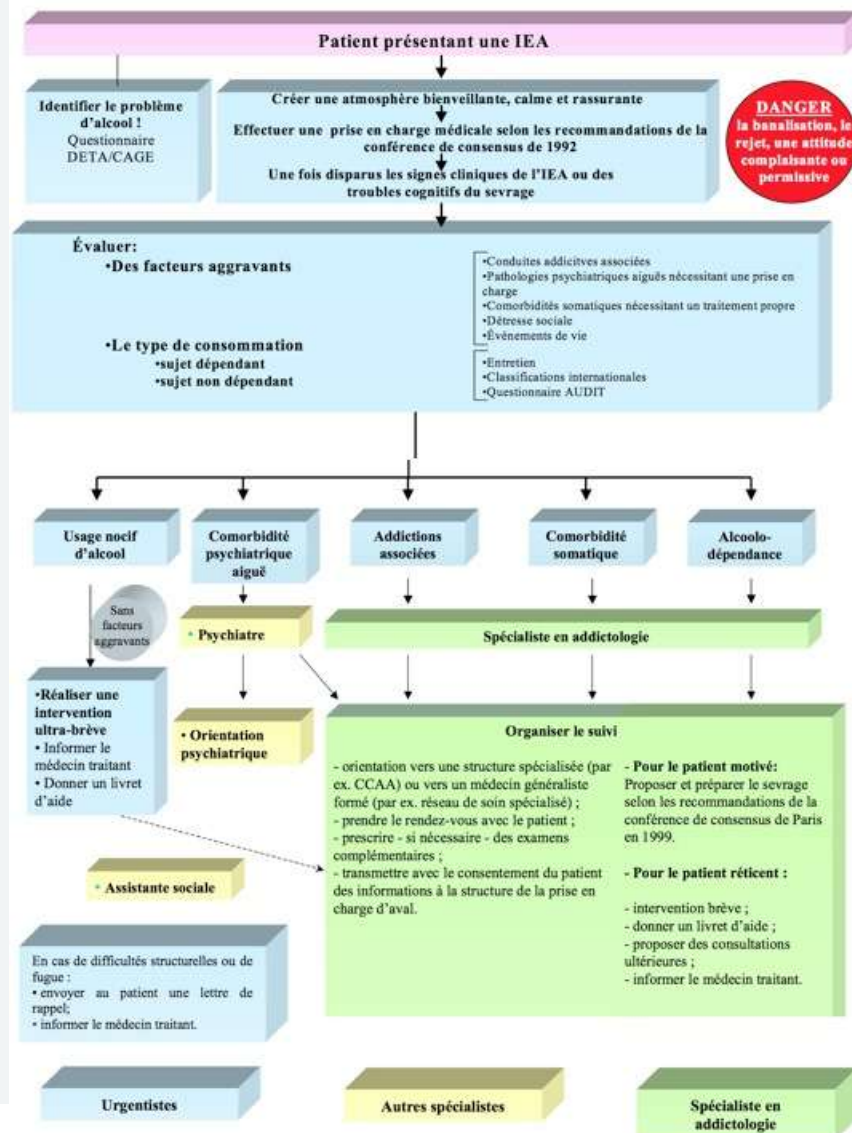
- L'UHCD "pour temporiser", mais "il va prendre la place de la personne âgée qui se présentera dans la nuit"
- Le CHRS "Ok on envoie le dossier pour une place dans 6 mois"
- Le 115 " il y était hier, et il ne veut plus y retourner"
- La psychiatrie, via SPDT, mais quelle en est l'indication
- Les lits d'addictologie mais "Il n'y a pas d'urgence en addicto"

## L'alcool aux Urgences: "le choc des chiffres"

- **100 653** admissions aux urgences pour IEA (2009)<sup>(CIRRD11)</sup>
- **9.5%** des consultants aux SAU présentent TLU EtOH (DSM IV-TR) <sup>(Richoux12)</sup>
- **22,6%** des IEA au SAU ont moins de 25ans <sup>(CIRDD11)</sup>
- **37.5%** d'alcoololo-dépendants parmi les patients psychiatriques <sup>(Lejoyeux00)</sup>
- **6 à 45%** blessures post traumatique en état d'alcoolisation <sup>(Benegal07)</sup>

# Conférence de consensus ANAES 2001 (ANAES 01)

*Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins*



## Inadéquation Conf de consensus 2001

- Reflète l'état de l'addictologie dans les 90's (ambulatoire +++)
- Confie aux urgentistes l'évaluation addicto initiale (longue)
- Conforme aux objectifs conforme à Conf Cons 1999 (ANAES99)  
Sevrage & Abstinence  
Pas de notion de crise

# Perception du TLU d'alcool par les acteurs des urgences

## Collégiale addicto APHP du 17/11/09

Déficit de formation / Manque de temps  
Présence nécessaire de l'addictologue aux urgences  
Arbre décisionnel souhaitable

## Questionnaire diffusé par SFMU sur Connaissance de Conf C (Sureau06):

2% de DETA réalisés  
5% Interventions brèves  
12% Entretiens non formalisés

## Etude Australienne<sup>(Indig 09)</sup>

5% des soignants repèrent le problème Alcool  
Et seulement 16% réalisent Intervention Brève  
85% Justifient par manque de motivation du patient

## Données WHO <sup>(Benegal 07)</sup>

- L'alcool n'est pas considéré comme une problématique d'urgence requérant des actions spécifiques
- Les urgences ne sont pas le lieu adapté pour traiter les problèmes d'alcool
- Formation insuffisante des staffs d'urgence
- Solutions d'aval manquantes



## Mais quel est l'intérêt de proposer quelque chose ?

### Évolution à moyen terme des patients admis aux urgences pour IEA (Adam16)

**T0:** 18-30ans / Urgences /IEA 11,5mmol/l (0,5g/l) n=631  
AUD (codage CIM10): 9,8%

**T 7ans:** Interview Tel / Bon financier  
50,4% de réponders n=318  
AUD (MINI=Abus ou Dép DSM-IV) 28,3%

->T0: AUD 8,8% -> T7ans AUD 35%  
->T0: No AUD -> T7ans AUD 27,8%

### Impact medico-economique (Kopp15)

Coût total: alcool / tabac / stupéfiants: 248 milliards € (120+120+8,7)  
soit 1 % du PIB et 33% du déficit budgétaire France

Quel pourrait être l'impact d'une entrée plus précoce dans le soin ?

Les hypothèses à tester:

*Distribution des coûts 2010*

- |  |  |
|--|--|
| - ↘ coûts liés à la <i>morbi-mortalité</i> :             | EtOH: 89% du coût total // Stup: 62% du coût total     |
| - ↘ coûts liés à la <i>baisse de productivité</i> :      | EtOH: 7,6% du coût total // Stup: 6% du coût total     |
| - ↗ coûts liés au <i>remboursement des soins</i> :       | EtOH: 6,5% du coût total // Stup: 17% du coût total    |
| - ↘ recettes sur <i>économies de pension de retraite</i> | EtOH: -1,5% du coût total // Stup: -0,5% du coût total |

## Intervention brève

- **Urgences Trauma** (187 après AVP): Réduction significative conso Alcool et Pb judiciaires. Idem IB vs Conseil. (Sommers 06)
- **Hommes hospitalisés via urgence** (308 vs 308): Consommation d'alcool réduite à 1 an (NS) / Pas moins de recours aux urgences (Liu11)  
=> Formation des urgentistes au repérage ?

## Orientation addictologique

- **Courrier UTAMA** (188 vs 181) : 11,2% "courrier" vs 1% "sans courrier" ont consulté ( $p < 0,0001$ ) (Batel95)
- **Hospitalisation pour sevrage Alcool post SAU vs H° programmée** (Azuar16)
  - + Co-morbidités somatiques
  - + Agés
  - DMS + longue
  - Compliance au suivi ambulatoire similaire (1 à 5 cs°)
- **Consultation post urgence  $\Psi$**  82% des patients adressés s'y rendent (Dobscha99)  
=> Distinguer des filières de soins spécifiques ?

"Il y a toujours Urgence à proposer quelques choses"

VS

" il n'y a pas d'urgences en addictologie

## Des incontournables

- La qualité de l'intervention repose sur quelques piliers :
  - La solidité et la vitalité du son réseau
  - L'alliance thérapeutique (engagement réciproque vs humanisme idéalisé)

## La tendance actuelle

- Utiliser toutes les tactiques/ outils disponibles pour élaborer des stratégies individualisées
  - De la RDRD - l'Abstinence – Consommation maîtrisée
  - EM – PsychoT- PharmacoT
  - Hébergement – Suivi Social - SAU – CAC – Cs° – H° – SSR

## Un Paradigme dynamique

- Concevoir des parcours dans les soins >>> Fixer un objectif (Care Manager)

## Au départ des Urgences

- Coordination SAU et ELSA: organisation des filières H & Ambu
- Lits dédiés gérés conjointement (Med/ Add /Psy) "*lits de crise*"
- Algorithmes décisionnels Addicto adaptés à la pratique d'urgence
- Formations Intervention Brève et Repérage Précoce

## Au départ du dispositif addictologique

- Consultations de *pré/post* Urgence en partenariat avec les urgences
- Promouvoir continuité des soins en addicto ( ELSA VSD)
- Préciser les critères pluridisciplinaires d'optimisation des orientations

## Au départ du dispositif social

- Militer pour programmes « un toit d'abord - *housing first* »
- Formation Entretien Motivationnel des éducateurs
- Coordination-réseau-synthèse

## Cadre structurel

- Bascule hospitalisation vers ambulatoire (Développement HdJ)
- Partenariats territoriaux sur le modèle des GHT – stimuler la réflexion de territoires coordonnés Med/Psy/Addicto/Social ( ELSA interstructure)

## Partage d'outils cliniques fonctionnels

- Mission institutionnelle/pédagogique des ELSA
- Développement, ajustement et diffusion des outils déjà validés :  
"DepAdo, AUDIT, CAGE, Entretien Motivationnel, RPIB, MOCA, Bernie, OCDS..."
- Création d'outils : Education du Patient, Gestion contrôlée des consommations

## Recherche Organisationnelle (pluridisciplinaire)

- Recherche médico-économique (impact sociétal)
- Valider des algorithmes décisionnels (Med/Psycho/social)
- Big Data (Dossier Informatisé partagé)

## **Evolution des paradigmes doit nous aider à franchir nos propres limites**

Enjeux de Santé publique majeur dans un contexte médico-économique contraint  
Sortir les urgences de l'impasse par leur repositionnement au cœur du dispositif d'accès aux soins.

Décloisonner pour fluidifier

## **Reconnaître et accompagner le développement de filières existantes (Psy / Urgences / Sociale) (Jeunes/ T Cognitifs / Périnatalité...)**

Création de nouveaux métiers (Coordination) "Care Manager"

Réseaux Multipolaires

Développement nouvelles interfaces fonctionnelles

Approche en « Silo » ou dispositifs intégrés

Développement et diffusion extra-addicto outils cliniques

## **Recherche Clinique / "Organisationnelle" / Medico-économique**

**Depuis 05/ 2013**

**Groupe de réflexion pluridisciplinaire et multistrukture**

*Coordonné par Jacques Yguel et Romain Sicot*

***Secrétariat: Stéphanie LEFEBVRE***

***secretariat.addictologie@ch-avesnes.fr***

Adam et Al. Women and Men admitted for Alcohol Intoxication at an Emergency Department: Alcohol Use Disorders, Substance Use and health and social status 7 years later. *Alcohol and Alcoholism*.2016. 51(5):567-5756

Azuar J, Questel F, Hispard E, Scott J, Vorspan F, Bellivier F. Hospital Stay and Engagement in Outpatient Follow-Up After Alcohol Emergency Detox: A 1-Year Comparison Study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016 Feb;40(2):418-21.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Objectifs, Indications et modalités du sevrage du patient alcool-dépendant.. Paris: ANAES 1999.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Orientations diagnostiques et prise en charge au cours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Paris: ANAES 2001.

Batel P, Pessione F, Bouvier AM, Rueff B. Prompting alcoholics to be referred to an alcohol clinic: the effectiveness of a simple letter. *Addiction* 1995; 90:811-4

Benegal V, Borges G, Casswell S, Cherpitel CJ, Cremonte M, Evsegneev R, Figile NB, Giesbrecht N, Hungerford D, Hao W, Humphrey G, Laranjeira RR, Larson S, MacDonald S, Marais S, Névés O, Peden M, Poznyak V, Rehm J, Room R, Sovinova H, Stafström M. Alcohol and Injuries in Emergency Department. Summary of the report from the WHO collaborative study on Alcohol and Injuries. 2007. Disponible sur [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_injury\\_summary.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf?ua=1)

Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances. Prises en charge de l'alcoolisation aiguë des moins de 25ans aux urgences. Synthèse des résultats de l'enquête réalisée au CHRU de Rennes. « L'admission d'un jeune aux urgences pour un motif lié à une consommation excessive d'alcool: mieux comprendre les enjeux pour améliorer la prévention et la prise en charge » Mise à jour septembre 2011. [www.cirdd-bretagne.fr](http://www.cirdd-bretagne.fr)

Dobscha SK, Delucchi K, Young ML. Adherence with referrals for outpatient follow-up from a VA psychiatric emergency room. *Community Ment Health J*. 1999 Oct;35(5) 451-8.

Indig D, Copeland J, Conigrave KM, Rotenko I. Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. *Int Emerg Nurs*. janv 2009;17(1):23-30.

Kopp P. Le coût social des drogues en France, OFDT, 2015, Saint-Denis, 75p. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2015/le-cout-social-des-drogues-en-france-decembre-2015/>

Lejoyeux M, Boulenguez S, Fichelle A, McLoughlin M, Claudon M, Adès J. Alcohol dependence among patients admitted to psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:206-12

Liu SI1, Wu SI, Chen SC, Huang HC, Sun FJ, Fang CK, Hsu CC, Huang CR, Yeh HM, Shih SC. Randomized controlled trial of a brief intervention for unhealthy alcohol use in hospitalized Taiwanese men. *Addiction*. 2011 May;106(5):928-40

Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131:1121-3.

Rueff B. *Alcoologie clinique*. Paris: Flammarion, Médecine-Sciences; 1989

Richoux C, Ferrand I, Casalino E, Fleury B, Ginsburg C, Lejoyeux M. Alcohol use disorders in the emergency ward choice of the best mode of assessment and identification of at-risk situations. *Int J Emerg Med*. 2011 Jun 14;4(1): 27-

Sommers MS, Dyehouse JM, Howe SR, Fleming M, Fargo JD, Schafer JC. Effectiveness of brief interventions after alcohol-related vehicular injury: A randomized controlled trial. *J Trauma*. 2006 Sep;61(3):523-31

Sureau C, Charpentier S, Philippe J, Perrier Ç, Trinh-Duc À, Fougères O. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 "L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences". Commission de veille scientifique-Société Française de Médecine d'Urgence; 2006. Disponible sur: [http://www.sfm.org/documents/consensus/Actualisation-consensus\\_ivresse\\_ethylique\\_aigue\\_2006.pdf](http://www.sfm.org/documents/consensus/Actualisation-consensus_ivresse_ethylique_aigue_2006.pdf)