



**« La prise en charge des jeunes alcoolisés aux
urgences de Rennes »
« AIRDDS-CIRDD »**

**NOTE DE RESTITUTION FINALE
DU PORTEUR DE PROJET**

Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative
Direction de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative
Mission d'Animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse
95, avenue de France – 75650 Paris cedex 13
<http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>



INTRODUCTION

Ce projet a été financé par le Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse dans le cadre de l'appel à projets n°2 lancé en octobre 2009 par le Ministère chargé de la jeunesse.

Le Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse est destiné à favoriser la réussite scolaire des élèves et améliorer l'insertion sociale et professionnelle des jeunes de moins de vingt-cinq ans. Il a pour ambition de tester de nouvelles politiques de jeunesse grâce à la méthodologie de l'expérimentation sociale. A cette fin, il impulse et soutient des initiatives innovantes, sur différents territoires et selon des modalités variables et rigoureusement évaluées. Les conclusions des évaluations externes guideront les réflexions nationales et locales sur de possibles généralisations ou extensions de dispositifs à d'autres territoires.

Le contenu de cette note n'engage que ses auteurs, et ne saurait en aucun cas engager le Ministère.

Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de la Vie Associative
Direction de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de la Vie Associative
Mission d'Animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse
95, avenue de France – 75650 Paris cedex 13

Pour plus d'informations sur l'évaluation du projet, vous pouvez consulter le rapport d'évaluation remis au Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse par l'évaluateur du projet sur le site <http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>.



FICHE SYNTHÉTIQUE DU PROJET

Cette fiche doit tenir en une seule page et être remplie en utilisant le cadre suivant.

THÉMATIQUE Numéro du projet AP2_185
LE DISPOSITIF EXPERIMENTÉ
Titre : L'admission d'un jeune aux urgences hospitalières en lien avec une consommation excessive d'alcool
Objectifs initiaux : Participer à la diminution des dommages sanitaires et psychosociaux liés aux consommations excessives d'alcool par les jeunes de moins de 25 ans
Public(s) cible(s) : 300 jeunes de 11 à 24 ans - 32 parents de jeunes de 11 à 17 ans - 150 professionnels des urgences.
Descriptif synthétique du dispositif expérimenté : Les jeunes admis aux urgences du centre hospitalier universitaire de Rennes en lien avec une alcoolisation excessive d'alcool bénéficient d'une intervention motivationnelle approfondie et d'un suivi durant trois mois.
Territoire(s) d'expérimentation : Les jeunes admis aux urgences de Rennes résident dans toute la Bretagne et dans des régions voisines de la Bretagne.
Valeur ajoutée du dispositif expérimenté : Ce dispositif a permis une prise en charge approfondie sur une période de trois mois de tous les jeunes admis aux urgences avec une alcoolisation excessive. Habituellement, seul un tiers environ de ces jeunes bénéficiait d'un entretien bref avec une infirmière d'alcoologie de liaison.
Partenaires techniques opérationnels : (1) Partenaires initialement visés dans la convention : Service d'accueil des urgences du CHU, unité d'alcoologie de liaison du CHU, association nationale de prévention en alcoologie et addictologie de Bretagne, pôle addiction précarité du centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes, CRIJ Bretagne, ORS Bretagne, Réseau Alcool 35, Maison des adolescents (2) Partenaires effectifs de l'expérimentation : Service d'accueil des urgences du CHU, unité d'alcoologie de liaison du CHU, association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, pôle addiction précarité du centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes, CRIJ Bretagne, Direction de la recherche clinique du CHU
Partenaires financiers (avec montants) : ARS Bretagne (36 341 €), MILDT (38 981 €), Conseil régional de Bretagne (6 000 €), Ville de Rennes (3 000 €)
Durée de l'expérimentation : (1) Durée initiale : 31 mois. (2) Durée effective : 31 mois.
LE PORTEUR DU PROJET
Nom de la structure : AIRDDS – CIRDD Bretagne Type de structure : association
L'ÉVALUATEUR DU PROJET
Nom de la structure : OFDT Type de structure : groupement d'intérêt public



PLAN DE LA NOTE DE RESTITUTION

Sommaire

Introduction.....	5
I. Rappel des objectifs et du public visé par l'expérimentation.....	5
A. Objectifs de l'expérimentation.....	5
B. Public visé et bénéficiaires de l'expérimentation (analyse quantitative et qualitative).....	9
1. Public visé	9
2. Bénéficiaires directs	9
3. Bénéficiaires indirects	13
II. Déroulement de l'expérimentation	14
A. Actions mises en œuvre	15
Difficultés	21
B. Partenariats.....	21
1. Partenaires opérationnels	21
2. Partenaires financiers	21
C. Pilotage de l'expérimentation	22
III. Enseignements généraux de l'expérimentation	24
A. Modélisation du dispositif expérimenté.....	24
B. Enseignements et conditions de transférabilité du dispositif	25
1. Public visé	27
2. Actions menées dans le cadre du dispositif.....	27
3. Partenariats, coordination d'acteurs et gouvernance (démarche de concertation et de prise de décision)	28
4. Impacts sur la structure	28
Annexes obligatoires à joindre au fichier :.....	29

Introduction

Ce projet vise à mettre en place un dispositif permettant d'améliorer la prise en charge et l'orientation des jeunes admis aux urgences hospitalières de Rennes en lien avec une intoxication éthylique aiguë (IEA). Il vise à expérimenter une réponse innovante au phénomène d'alcoolisation massive chez les jeunes, qualifié par certains de « Binge Drinking ». Bien qu'il s'inspire d'initiatives mises en œuvre avec succès dans d'autres pays européens (ex : projet allemand Hart Am Limit - Halt), il repose avant tout sur une approche construite en partenariat avec les acteurs locaux, et en réponse à une situation ayant fait l'objet d'un état des lieux approfondi. Cette expérimentation cible un public particulièrement à risque (les jeunes dont l'alcoolisation est si excessive qu'elle nécessite une prise en charge hospitalière) tout en proposant une démarche globale et interdisciplinaire incluant l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la jeunesse. Notre ambition, à travers ce projet, est de compléter et d'améliorer les dispositifs de prévention et de prise en charge existant déjà de manière à répondre aux besoins spécifiques d'un public particulièrement vulnérable. L'évaluation de l'efficacité du dispositif testé permettra d'envisager sa généralisation.

I. Rappel des objectifs et du public visé par l'expérimentation

A. Objectifs de l'expérimentation

Cette expérimentation participe à la diminution des dommages sanitaires et psycho-sociaux liés aux consommations excessives d'alcool par les jeunes publics (violence, accidents, rapports sexuels non désirés, interpellations par les forces de l'ordre, risques sanitaires et de dépendance, difficultés scolaires, sociales, familiales...)

Ses objectifs opérationnels sont de :

1. **Améliorer le repérage des situations problématiques et l'intervention auprès des jeunes admis aux urgences en lien avec une consommation excessive d'alcool.**

Chaque année, plus de 1000 jeunes de moins de 25 ans sont admis aux urgences hospitalières de Rennes en lien avec une intoxication éthylique aiguë (urgences pédiatriques de l'hôpital Sud pour les moins de 16 ans, urgences « adultes » de Pontchaillou pour les 16 ans et plus). Avant la mise en place de notre dispositif, la grande majorité d'entre eux quittait l'hôpital sans que le thème de l'alcool (ou des poly-consommations) ne soit abordé. Le contexte spécifique des urgences, le manque d'outils et de formation des équipes, la mauvaise connaissance des ressources disponibles, les difficultés liées au travail de nuit... sont autant d'éléments qui empêchent ces jeunes de bénéficier d'un véritable entretien d'évaluation et d'orientation en matière de consommation d'alcool, tel que le recommande les autorités de Santé. Les conditions de travail aux urgences rendent difficile l'évaluation « à chaud » de la situation du patient, qui, en raison de son état d'ivresse (ou de « post-ivresse ») n'est pas toujours réceptif aux informations transmises. L'hospitalisation dans une unité de courte durée, spécifique aux urgences, permet une « mise à l'abri » du patient de manière à intervenir le lendemain, « à froid ». Mais l'insuffisance du nombre de lits disponible dans cette unité rend matériellement impossible cette hospitalisation. Pourtant, un certain nombre de ces jeunes sont dans une situation de fragilité qui n'est pas toujours repérée. Faute d'une prise en charge psychosociale adéquate, ils risquent fort de réitérer les prises de risques et de multiplier ainsi les séjours à l'hôpital... Il est donc nécessaire de mieux former les équipes urgentistes et de les outiller de manière à leur permettre d'évaluer rapidement la situation des patients alcoolisés et de pouvoir les orienter facilement vers la réponse la plus adaptée.

2. **Améliorer les connaissances et les compétences des équipes urgentistes en matière d'alcoologie :** mettre en place une formation et un outil de repérage et d'orientation, scientifiquement validé, à destination de ces professionnels urgentistes. L'outil inclura un répertoire des structures, le rôle de chacune, les contacts... Un protocole d'orientation clair et opérationnel leur sera proposé.

L'alcoolisation d'un patient n'est pas aisée à appréhender pour un praticien urgentiste, et ne va pas toujours constituer une priorité (la priorité étant donnée aux urgences somatiques). L'alcoolisation n'est pas forcément identifiée et inscrite dans le dossier du patient. D'une personne à l'autre, la définition de l'intoxication alcoolique aiguë varie, de même que l'orientation à proposer. Les représentations personnelles des soignants autour de l'alcool, et la conception de ce qu'est une « alcoolisation raisonnable » peuvent également interférer dans le diagnostic. Il n'existe pas de protocole précis et partagé par tous sur la conduite à tenir, ni même de

culture commune autour de l'alcool. Les urgentistes ne sont pas suffisamment informés sur les ressources extérieures à l'hôpital en matière d'alcoologie et/ou d'écoute et d'accompagnement jeunesse. Ils ont besoin d'un outil opérationnel, basé sur quelques questions pouvant être rapidement posées et qui, en fonction des réponses, leur permettrait de proposer à leur patient l'orientation la plus adéquate. Dans certains cas, ils devraient pouvoir proposer facilement un rendez-vous dans une consultation spécialisée. Ce travail sera réalisé en étroite collaboration avec les équipes d'alcoologie et de psychiatrie des urgences.

3. Créer une consultation « jeunes consommateurs » spécifiquement dédiés aux jeunes de moins de 25 ans suite à leur admission aux urgences hospitalières pour IEA, ainsi qu'à leur entourage

Le passage aux urgences pour IEA n'est jamais un évènement anodin. Si toutes les situations ne présentent pas de caractère alarmant, une évaluation rigoureuse doit être réalisée pour que chaque jeune puisse bénéficier de l'accompagnement nécessaire. Les jeunes doivent pouvoir bénéficier, quelques jours après leur passage aux urgences, une fois « la tension retombée », d'une occasion de dialogue avec un professionnel compétent qui sera en mesure d'évaluer la situation et de leur apporter les informations et le soutien nécessaire. Cet entretien, de type « repérage précoce et intervention brève » pourra, au besoin, être prolongé par un accompagnement plus spécifique dans une structure adaptée. Dans certains cas (notamment pour les mineurs), il sera fait appel à l'implication des parents, qui feront eux aussi l'objet d'un entretien avec le professionnel. Il est en effet démontré dans la littérature scientifique qu'une intervention individualisée, proposée au bon moment et menée de manière adéquate, permet de diminuer les prises de risques ultérieures. Les consultations existantes à l'heure actuelle (Point accueil écoute jeune du CRIJ, Consultation «jeune consommateur» du CSAPA de Rennes, Maison des Adolescent, etc.) ont chacune leur spécificité et leurs limites. La consultation créée est implantée en relation étroite avec l'existant de manière à ne pas se substituer à ce qui existe déjà. Une relation très étroite sera entretenue avec l'unité d'alcoologie de liaison, qui rencontre déjà certains jeunes (au sein de l'hôpital) mais sans cependant avoir les moyens d'apporter une réponse aussi complète que souhaitée.

NB : La consultation créée ne sera pas une nouvelle consultation hospitalière mais une formule d'entretien proposée par une association extérieure à l'hôpital (l'AIRDDS). Les entretiens seront assurés par des professionnels recrutés et rémunérés par l'AIRDDS. Aucun professionnel hospitalier ne sera rémunéré dans le cadre de ce projet.

Les entretiens seront proposés aux jeunes (et aux parents pour les mineurs) par les professionnels hospitaliers, qui les inviteront à contacter la consultation expérimentale dans les plus brefs délais. La prise de contact, par les bénéficiaires, se fera sur la base du volontariat. Les jeunes et leurs parents seront ensuite reçus en entretien, puis orientés, le cas échéant, vers les ressources locales pertinentes.

Suivi au sein du réseau extra-hospitalier

Suite aux entretiens réalisés avec le jeune et son entourage, des orientations pourront être proposées vers des structures partenaires (point accueil écoute jeunes, structure d'aides à la parentalité, structures d'aide aux victimes, planning familial...). Le responsable d'entretiens procédera régulièrement à des bilans de ces orientations. Des contacts et des temps d'échanges réguliers avec les structures partenaires lui permettront, là encore, de vérifier l'observance du public vis-à-vis des orientations proposées. Aucune donnée nominative ou à caractère confidentielle ne sera transmise entre les différents acteurs impliqués dans ce dispositif : le suivi des jeunes sera un suivi global, portant sur « les flux » générés par le projet, et non sur les cas individuels. Dans l'éventualité où des informations nominatives devaient toutefois être transmises en interne ou à une tierce instance (cas de l'organisme évaluateur), un formulaire d'autorisation devra être signé par le jeune (et par ses parents pour les mineurs).

L'objectif de 300 jeunes initialement visé pour bénéficier de la consultation expérimentale ainsi que pour constituer un groupe témoin d'une taille équivalente a été revu à 280 pour les deux groupes (soit 140 par groupe). Ce nombre de sujets nécessaires a été fixé dans le cadre de la rédaction d'un protocole de recherche clinique. En effet, il permet de prouver l'efficacité de l'intervention pour diminuer les consommations des jeunes avec une puissance d'étude suffisante (90%).

Les membres du groupe témoin bénéficieront, quant à eux, de la prise en charge classique. L'inclusion sera réalisée par le porteur de projet sur une base aléatoire. Une formation par l'organisme évaluateur, ainsi qu'une aide à la construction des outils seront indispensables.

Les objectifs de cette consultation seront les suivants :

- Evaluer la situation globale du jeune en matière de consommation, de prise de risque, de connaissances, de bien être et de santé au sens large...
- Revenir sur les circonstances de l'admission aux urgences et inviter le jeune à s'interroger sur cet événement
- Apporter les éléments d'information et de motivations adaptés aux jeunes en vue de prévenir la répétition des conduites à risques
- Proposer une orientation adaptée
- Eventuellement : rencontrer les parents et amorcer une intervention familiale
- Eventuellement, inviter le jeune à co-participer à la réalisation d'une action de prévention collective dans son lieu de vie (école, maison de quartier...)

4. Intervenir auprès de l'entourage des jeunes (et notamment des parents), de manière à renforcer son rôle en matière de prévention

Contexte : les parents ne sont pas toujours suffisamment outillés pour jouer leur rôle de préventeur auprès des jeunes, et notamment des adolescents. Lorsque leur enfant effectue un séjour aux urgences pour IAA, ils manquent parfois de repères quant à l'attitude à adopter. Certains vont banaliser l'évènement, certains le dramatiser, d'autres vont chercher à s'informer, à recevoir des conseils. A l'heure actuelle il n'existe pas d'outils pour les parents confrontés à cette situation. Les parents sont pourtant les premiers éducateurs des jeunes. Lorsque le professionnel le jugera nécessaire, des entretiens complémentaires seront réalisés avec les parents (ce sera systématiquement le cas pour les mineurs). Un travail sera mené en partenariat avec les dispositifs de soutien à la parentalité. Pour les jeunes dont la situation empêche la prise de contact avec les parents, un travail sera réalisé auprès des adultes référents (exemple : animateurs PJJ...)

5. Inciter les jeunes rencontrés suite à leur séjour aux urgences à s'impliquer dans des actions de prévention collectives

Contexte : selon la littérature internationale, les actions de prévention les plus prometteuses sont les actions impliquant activement les jeunes, et notamment les actions de prévention par les pairs. Certains jeunes rencontrés lors de l'entretien post-urgences, seront donc invités à co-construire avec l'ANPAA35 (et avec d'autres acteurs rennais) des actions de prévention collectives dans leur lieu de vie (établissement scolaire, maison de quartier...) et à devenir, ce faisant, acteur de prévention.

6. Renforcer le travail en réseau et le partenariat entre les professionnels des différents champs (prévention, soins, répression, justice...).

Contexte : les problèmes liés aux consommations excessives d'alcool par les jeunes est un problème qui concerne l'ensemble de la communauté. De la même manière, la solution doit être construite en partenariat par l'ensemble de la communauté. Si le réseau d'alcoologie et d'addictologie s'est considérablement renforcé au cours des dernières années, il reste encore du chemin à parcourir en matière de prise en charge des jeunes consommateurs d'alcool. Les intervenants situés aux différents niveaux de la prise en charge des jeunes ne se connaissent pas encore suffisamment. Par exemple, le nombre élevé de jeunes accompagnés par les forces de l'ordre lors de leur admission aux urgences rend nécessaire le rapprochement entre les acteurs de la répression et les acteurs du soin. De la même manière, l'augmentation des alcoolisations dans les établissements scolaires doit inciter à travailler en plus étroite collaboration avec les acteurs de l'éducation nationale... Ce travail intersectoriel nécessite d'être encore renforcé et les occasions de rencontres et d'échanges multipliées. Enfin, un dispositif de communication entre professionnels autour de situations problématiques doit pouvoir être mis en place de manière à assurer une continuité dans les accompagnements proposés. Le projet visera donc à organiser un colloque rennais sur le thème « prise en charge et orientation des jeunes admis aux urgences pour IEA », à mettre en place un système informatisé d'échanges entre professionnels et à proposer des occasions régulières de rencontres visant à échanger autour de situations problématiques (le tout dans un respect constant du secret professionnel et de la confidentialité).

7. Contribuer à l'amélioration des connaissances autour du phénomène et à la diffusion de ces connaissances à un public large (professionnels, décideurs, population générale...)

Contexte : les phénomènes d'alcoolisation des jeunes, et notamment la question des admissions de jeunes aux urgences hospitalières, sont devenus un sujet d'actualité des plus « brûlants ». La question fait même parfois l'objet d'une surenchère médiatique stigmatisante pour la jeunesse. Si l'alcool en général est un sujet sensible dans notre société, le thème de l'alcool et des jeunes l'est probablement encore plus. Peut-être renvoie-t-il aux

adultes une certaine image d'eux-mêmes tout en faisant échos aux représentations que certains peuvent avoir d'une jeunesse qui serait soit « en danger » soit « dangereuse »... En ce domaine, il importe de s'assurer que des données crédibles, scientifiquement validées et faisant l'objet d'un diagnostic partagé soient transmises au plus grand nombre.

Dans la continuité des travaux réalisés depuis deux ans par le CIRDD Bretagne, le projet visera également à contribuer à l'amélioration des connaissances des professionnels sur le sujet sur ce sujet : un tableau de bord régional des hospitalisations pour IAA sera réalisé en partenariat avec l'Observatoire régionale de Santé de Bretagne (à partir des données du PMSI), les résultats de l'enquête menée au sein du SAU de Rennes fera l'objet d'une publication scientifique, des présentations seront réalisées, les résultats de l'évaluation de l'expérimentation seront diffusés largement... A noter également que l'ensemble de ce travail fera l'objet de synthèses régulières destinés aux différentes instances de décisions concernés par cette thématique, et notamment au comité de coordination régionale de la Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et Toxicomanie (MILDT).

Au terme du projet :

- La majorité des jeunes admis aux urgences de Rennes en lien avec une consommation excessive d'alcool aura bénéficié d'un contact avec un professionnel chargé d'aborder la question de l'alcool avec eux et d'évaluer l'éventuelle nécessité d'un contact post-urgences.
- La totalité de ces jeunes auront reçu une information à minima sur l'alcool et les prises de risques associées. Aucun ne repartira sans que la question des consommations d'alcool ne soit abordée.
- Une partie de ces jeunes repérés lors de l'entretien bref réalisé aux urgences, fera l'objet d'une orientation plus spécifique, décidée en fonction de critères rigoureusement définis et partagés par des professionnels formés à cette démarche et outillés.
- Dans certains cas, des actions seront réalisées auprès des parents ainsi que dans les milieux de vie des jeunes.
- Enfin, les connaissances des professionnels bretons sur cette thématique seront améliorées.

NB : Les trois autres départements bretons sont intéressés par ce projet et un mécanisme de mutualisation autour de cette thématique est d'ores et déjà amorcé, via des échanges réguliers avec les instances départementales de pilotage MILDT.

Les phases de diagnostic, d'état des lieux, de suivi du public et d'évaluation du projet apporteront une plus value car elles permettront aux décideurs de mieux connaître la situation et, par conséquent, d'adapter la réponse publique à la réalité locale.

Le dispositif pourra palier à une inégalité de santé en favorisant l'accès à la prévention et à la prise en charge par un public vulnérable

Le dispositif permettra une mise en œuvre opérationnelle et efficiente des recommandations de l'ANAES concernant l'alcool aux urgences

Le dispositif permettra de fédérer des champs d'activité qui sont à l'heure actuelle assez cloisonnés. Il apportera en ce sens une plus value à la politique interministérielle de l'Etat (MILDT).

Le dispositif viendra renforcer les actions prévues dans le volet « addiction » du programme régional de santé public de la Bretagne. La formation des professionnels permettra une harmonisation des compréhensions de ce phénomène, des stratégies de soin à mettre en place et une meilleure identification des structures ressources.

Les outils développés (information sous différentes formes (plaquettes ou autres..) à destinations, des jeunes, des parents ou des professionnels) pourront être reproductible.

Enfin comme l'envisagent les différentes lois hospitalières, l'usager est bien placé au cœur du dispositif et nous abordons également les questions de parentalité, de responsabilité.

B. Public visé et bénéficiaires de l'expérimentation (analyse quantitative et qualitative)

1. Public visé

- Jeunes de moins de 25 ans admis aux urgences hospitalières du CHU de Rennes en lien avec une consommation excessive d'alcool diagnostiquée au cours de la période d'expérimentation de septembre 2010 à juillet 2012.
- Professionnels du service des urgences hospitalières et professionnels intervenants en amont et en aval de l'hôpital.

Le public visé initialement correspond au public touché par cette expérimentation.

Dans le projet initial, nous avons estimé à 600, le nombre de jeunes bénéficiaire de notre dispositif.

650 jeunes ont été repérés par notre dispositif comme pouvant potentiellement en bénéficier. Cependant, cette expérimentation, et notamment sa partie recherche clinique pour les jeunes de 16 à 24 ans, nécessite l'acceptation des jeunes de rentrer dans l'étude et elle ne peut pas être proposée à tous en raison de critères d'exclusion décidés par notre groupe de travail de personnels médico-sociaux des urgences. C'est pourquoi, au final, 296 jeunes ont pu bénéficier du dispositif.

La répartition précise des niveaux d'offres dont les jeunes ont pu bénéficier sera précisée dans un « flow chart » dans le rapport d'évaluation.

2. Bénéficiaires directs

- 263 jeunes de 16 à 24 ans admis aux urgences adultes du CHU de Rennes
- 33 jeunes de 11 à 15 ans admis aux urgences pédiatriques du CHU de Rennes

2.1. Statistiques descriptives

Dans le cadre de cette étude, le logiciel « Rés'Urgences », développé par le CHU de Rennes pour gérer les admissions aux urgences a été adapté pour noter les préinclusions et les inclusions des jeunes. Ce logiciel a été utilisé aux urgences médico-chirurgicales adultes de Pontchaillou pour les admissions des 16/24 ans. Il n'a pas été utilisé pour les admissions des jeunes de moins de 16 ans aux urgences pédiatriques.

Lors de l'admission aux urgences « adultes », les infirmières d'accueil et d'orientation notent l'âge des jeunes et leur taux d'alcoolémie. Si l'âge est compris entre 16 et 24 ans et que le taux d'alcool est égal ou supérieur à 0.5g/l, les jeunes sont préinclus et l'onglet spécifique de préinclusion « AURAIA » est codé « oui ».

Quand les jeunes retrouvent leurs fonctions relationnelles, quelques heures après leur admission, les critères de non inclusion sont vérifiés par le médecin ou par une personne déléguée. Si le jeune ne présente pas ces critères de non inclusion (tentative de suicide, prise en charge pour un traitement complémentaire en psychiatrie et/ou alcoologie, hospitalisation), l'étude lui est présentée et s'il accepte d'y participer, il signe un formulaire de consentement. L'onglet AURAIA « inclusion » est codé « oui » dans le logiciel. Dans le cas contraire (refus de participer ou présence d'au moins un critère de non inclusion), l'onglet AURAIA « inclusion » est codé « non ».

Les coordonnées du jeune sont notées dans le formulaire de consentement et la psychologue contacte les jeunes qui ont été affectés dans le groupe Intervention pour prendre un rendez-vous.

Aux urgences pédiatriques, le repérage des jeunes de moins de 16 ans admis avec une alcoolémie, quel que soit le taux, est effectué par les équipes d'urgentistes. Après évaluation de la situation, les coordonnées du jeune sont transmises à la chargée de prévention de l'ANPAA pour procéder à l'intervention motivationnelle. Il n'y a pas de groupe témoin pour les moins de 16 ans, conformément à l'avis du comité de protection des personnes du Grand Ouest qui a étudié le protocole de recherche qui lui a été remis.

	INCLUS 16/24 ans (N=262)	INCLUS 11/15 ans (N=33)
Moyenne d'âge	20,4 (e.t : 2,08)	inconnu
Moyenne taux d'alcoolémie	1,7 g/l	inconnu
Pourcentage garçons	71%	64%
Pourcentage filles	29%	36%

92 jeunes ont bénéficié de l'intervention motivationnelle : un entretien en face à face suivi de deux rappels téléphoniques mensuels.

68 jeunes ont bénéficié de l'entretien à 1 mois

58 jeunes ont bénéficié de l'entretien à 2 mois.

Tableau de présentation de la population des 11/15 ans

Filles	12
Garçons	21

Tableau de répartition des sexes de 16/24 ans

	Effectifs	Pourcentage
Homme	187	71,0
Femme	76	29,0
Total	263	100,0

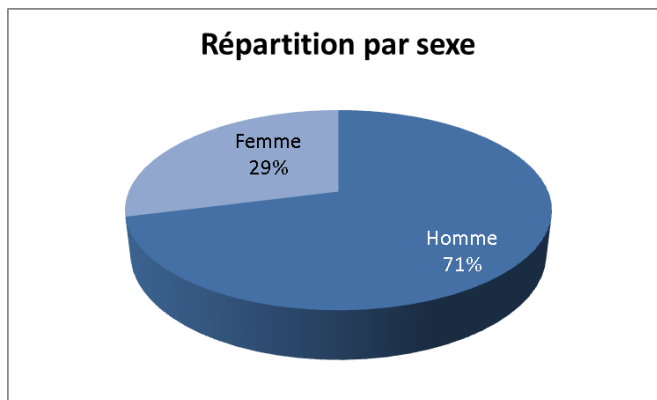


Tableau de répartition des âges des 16/24 ans

	Effectifs	Pourcentage
16	9	3,1
17	11	4,2
18	41	15,6
19	31	11,8
20	45	17,2
21	43	16,4
22	36	13,7
23	27	10,3
24	19	7,3
Total	261	99,6
que	1	,4
Total	263	100,0

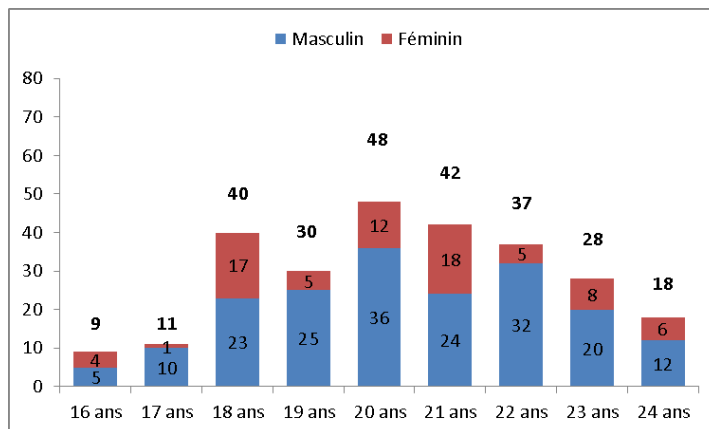


Tableau de répartition des départements de résidence des 16/24 ans

	Effectifs	Pourcentage
13	1	0,4
16	1	0,4
22	12	4,6
29	11	4,2
33	1	0,4
35	202	76,7
44	10	3,8
49	1	0,4
50	2	0,8
53	3	1,1
56	7	2,7
72	2	0,8
75	1	0,4
85	1	0,4
86	1	0,4
91	1	0,4
92	1	0,4
888	1	0,4
999	4	1,5
Total	263	100,0

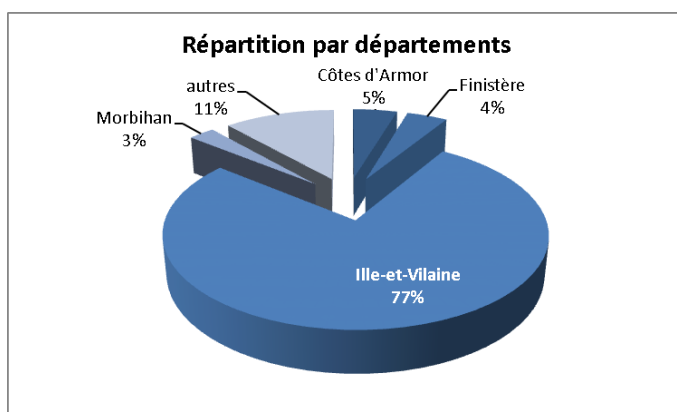
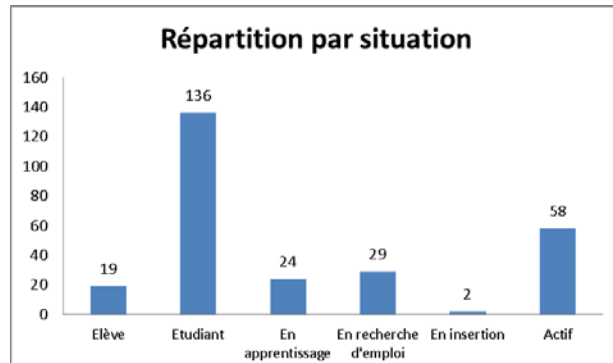


Tableau de situation des jeunes (plusieurs réponses possibles) de 16 à 24 ans

	Effectifs	Pourcentage
Elève	19	7,2
Etudiant	136	51,9
En apprentissage ou formation alternée	24	9,2
En recherche d'emploi	29	11,1
En insertion	2	0,8
Actifs occupés hors apprentissage	58	22,1
Total	268	



2.2. Analyse qualitative

Les jeunes qui acceptent volontairement de participer à l'étude sont tirés au sort (randomisés) dans le groupe Contrôle ou dans le groupe Intervention. Ceux qui appartiennent au groupe Intervention bénéficient d'un premier entretien en face à face. Il dure de 45 min à 1h30. Cet entretien sera suivi de deux rappels par mois pendant deux mois. Un sms est systématiquement adressé la veille de l'entretien (physique ou par téléphone) pour confirmer le rendez-vous. Dans le cadre de notre étude 92 jeunes ont bénéficié de ce suivi durant trois mois.

Profil des jeunes rencontrés en entretien

La majorité des jeunes qui acceptent de participer sont des étudiants qui adhèrent à l'étude et veulent pouvoir faire avancer la recherche sur l'alcool et les jeunes. Ils sont principalement dans une consommation d'alcool festive (convivialité, détente). Cette admission aux urgences est un accident. A travers les questions posées lors

de la présentation de l'étude et lors de l'échange avec l'infirmière d'alcoologie de liaison (les jeunes qui refusent de participer rencontrent systématiquement l'alcoologie de liaison), il apparaît que les jeunes qui ne souhaitent pas participer à l'étude semblent être dans un déni de leurs pratiques à risques.

La majorité des jeunes rencontrés ont une bonne relation avec leurs parents. Tout en conservant leur jardin secret, ils échangent avec eux sur leur vie quotidienne.

Une seule jeune fille majeure est venue avec ses parents pour échanger sur son admission. Les majeurs n'avaient en effet pas l'obligation de venir avec leurs parents, contrairement aux mineurs. Toutefois, il leur est demandé s'ils ont discuté de leur admission et en particulier du motif avec leurs parents. La majorité parle de l'admission, mais ne donnent pas de détails et n'explicitent pas réellement le contexte d'alcoolisation. Ils mettront plus l'accent sur la sortie entre amis et sur l'accident (violence, chute...). Ils ne veulent pas paniquer leurs parents et surtout ne pas recevoir de leçon de morale. A noter cependant, la majorité de ceux qui ont fait un coma éthylique culpabilisent et en parlent avec leurs parents.

Tous les mineurs rencontrés sont venus accompagnés de leurs parents (les deux ou un des deux parents), sauf un mineur pour lequel l'entretien s'est déroulé par téléphone. Tous ont préalablement échangé sur les conditions de leur admission avant de venir à l'entretien. Ils viennent principalement pour mettre un point final à cet épisode et également pour comprendre leur comportement de consommation.

Comportements de consommation d'alcool

La première étape de l'entretien consiste à présenter le déroulement de l'étude sur les admissions de jeunes en ivresse aiguë. Puis l'échange se poursuit par un questionnaire sur les consommations et les prises de risques (AUDIT – 10 questions sur les consommations d'alcool). L'outil est utile pour mettre en avant des pratiques et des prises de risques, donner au jeune un retour immédiat sur ses consommations, des informations sur ses consommations et recueillir leurs impressions concernant les résultats. Outil d'introduction et d'évaluation, l'AUDIT est également intéressant pour lancer l'échange sur les consommations – en apportant un conseil minimal ou une intervention brève.

Il n'est cependant pas adapté au public adolescent. En effet, tous les jeunes rencontrés à l'issue de leur admission aux urgences obtiennent des scores élevés à l'AUDIT (supérieurs ou égal à 12), ce qui indique une alcoolodépendance probable, alors que ce n'est pas le cas car les consommations décrites restent occasionnelles. Il a fallu s'adapter et notamment prendre en compte les résultats par questions.

Après le test AUDIT, les jeunes rencontrés décrivent les contextes de consommations : le type de soirée (de la soirée « calme » entre amis à la « grosse fête »), le déroulement de la soirée, les types d'alcool consommés, les quantités, le contexte de consommation (seul ou avec des amis), les effets recherchés à travers les consommations, le jugement porté sur leur comportement de consommation. Ils décrivent également les circonstances de leur arrivée aux urgences : le contexte de la soirée (déroulement), l'admission (l'arrivée majoritairement avec les pompiers), le motif (rixe, blessure, malaise, coma éthylique).

La majorité des jeunes n'a que peu de souvenirs de la soirée (trou noir) le lendemain matin aux urgences. Ainsi pouvoir les rencontrer une semaine après permet d'obtenir plus d'éléments d'information notamment auprès de leurs amis. De même, les échanges dans le service des urgences ne se déroulent pas dans les situations les plus confortables : ils ont mal dormi, ont peu mangé, ne sont ni douchés, ni habillés, leurs vêtements sont souillés par du sang, des vomissures...

Tous les jeunes rencontrés sont rappelés 1 et 2 mois plus tard, pour un suivi. Les échanges sont assez courts, environ 15 minutes. Ce suivi permet de prendre de leurs nouvelles et également de faire un point sur leurs consommations depuis l'entretien, et de vérifier leur évolution en termes de changement de comportement de santé.

Motifs de consommations

Les consommations de 95% des jeunes rencontrés ont un sens festif : faire la fête, se désinhiber, passer un moment de convivialité, se décontracter, se sentir euphorique...

- Pour un peu moins des trois quarts environ de ces jeunes, l'admission aux urgences aura représenté un avertissement en termes de consommations. Il y aura donc un impact sur la suite des consommations : réduction des consommations, manger avant d'aller en soirée, espacer les verres bus... Ces changements sont renforcés avec le suivi à 1 et 2 mois. Ils ne veulent pas revivre un tel épisode et remettent en question leurs limites.

- Pour un peu plus du quart de ces jeunes, l'admission aux urgences sera banalisée. L'accent sera mis sur l'aspect accidentel de l'incident, principalement pour les acoolisations ratées. Ces jeunes estiment avoir été admis aux urgences parce qu'ils s'étaient tordus une cheville en marchant sur les pavés, ou ouvert l'arcade sourcilière suite à une chute... Leur admission est due à un facteur extérieur. Ils ne se voient donc pas changer de comportement de consommation à long terme. Le suivi à 1 et 2 mois permet de les amener à réfléchir sur certaines ambivalences en termes de consommation.

Ce repérage des consommations permet de délivrer des informations de prévention et de réduction des risques alcool et d'échanger sur ces messages.

Cependant, à l'issue du second rappel téléphonique deux mois plus tard, on constate que 72% des jeunes modifieront leurs consommations et que 28% vont continuer à banaliser leur consommation et ne modifient pas leur comportement.

Pour 5% des jeunes rencontrés, les consommations ont un sens auto-thérapeutique : ils cherchent une perte de contrôle, la défonce, un oubli de leurs problèmes... La consommation d'alcool ne représentent pas le seul élément problématique. Durant les entretiens, il a souvent fallu recentrer sur l'objet de la rencontre à savoir : la consommation alcool. Ils ont conscience d'une pratique à risque en termes de consommation. L'échange leur permet de le verbaliser, tout en sachant qu'ils doivent changer de comportement, ce qui ne se fera pas sans difficulté et pas dans l'immédiat.

Les jeunes sont orientés selon les problématiques mises en avant durant l'échange en termes de consommations (CSAPA, CMP, ANPPA...), mais aussi de problèmes familiaux (Point Accueil Ecoute Jeunes, Espace Santé Universitaire...), ou scolaires/universitaires (conseiller d'orientation...), sociaux (Point Accueil Ecoute Jeunes, Espace Santé Universitaire, Planning Familial...), ou encore psychologiques (CMP, Point Accueil Ecoute Jeunes, Espace Santé Universitaire, Planning Familial...)

3. Bénéficiaires indirects

- **Les professionnels des urgences** : médecins, infirmiers, aides soignants des urgences (100 personnes) et internes, vacataires intervenants aux urgences (environ 50 personnes)

Les professionnels des urgences ont été formés aux bonnes pratiques cliniques pour mettre en œuvre le protocole de l'étude/expérimentation.

Ils ont également été formés aux grands principes de l'approche motivationnelle. Ils ont eu des notions en alcoologie et sur les conduites à risque des adolescents.

Au cours des mois de déroulement de l'étude, les vacataires intervenant aux urgences ont également été informés sur cette étude.

Leur participation est décrite dans le protocole de recherche clinique (Etude AURAIA) rédigé dans le cadre de cette expérimentation.

- **Les personnels intervenant aux urgences** : équipe de liaison en alcoologie et en psychiatrie (10 personnes).

Les équipes de liaison en alcoologie et en psychiatrie ont été invités à participer à ces formations. Ils ont été en permanence partie prenante du dispositif expérimenté et ont participé à des décisions d'inclusion ou non de jeunes admis aux urgences.

Leur participation est décrite dans le protocole de recherche clinique (Etude AURAIA) rédigé dans le cadre de cette expérimentation.

- **Les personnels de l'amont et de l'aval** : pompiers, policiers, acteurs de prévention et de soins (environ 50 personnes)

Dans le cadre de cette étude, les pompiers, policiers municipaux et nationaux, acteurs de prévention et de soins ont été rencontrés, individuellement ou en petit groupes, afin de leur présenter la démarche et les premiers résultats et de confronter éventuellement les statistiques d'interventions (pompiers, police) avec les statistiques d'admission aux urgences. Un point d'étape a été réalisé à mi-parcours à l'occasion d'une rencontre organisée par l'un de nos partenaires.

Ces partenaires sont invités à la présentation des résultats de l'étude le 14 mars 2013.

II. Déroulement de l'expérimentation

Ce dispositif a été mis en place à l'issue d'une étude exploratoire sur les admissions des jeunes aux urgences hospitalières au CHU de Rennes entre 2008 et 2010.

Il ressortait de cette étude que les jeunes admis, environ 1000 chaque année, représentait un public à haut risque. Et, compte tenu de l'organisation du service d'accueil des urgences et des moyens humains mobilisés pour cette prise en charge, une part importante de ces jeunes (environ les 2/3 de 16/24 ans) n'était pas prise en charge conformément aux recommandations cliniques de la Haute Autorité de Santé¹. De même, la prise en charge du tiers de jeunes qui étaient effectivement rencontrés par une infirmière en alcoologie de liaison, dont le rôle est de réaliser une intervention brève pour tous les patients admis avec une consommation d'alcool, n'était pas forcément adaptée pour ce type de public.

C'est pourquoi, il semblait important de réfléchir à un mode de prise en charge plus adapté pour ce public d'adolescents et de jeunes adultes et répondant aux capacités organisationnelles des services d'accueil des urgences.

Aussi, il a été décidé d'expérimenter une consultation basée sur une approche motivationnelle réalisée quelques jours après l'admission. Dans la littérature scientifique, ces approches sont en effet considérées comme plus efficaces auprès des jeunes qui ne sont pas encore dépendants à l'alcool. Cette efficacité a pu être montrée dans certaines études cliniques randomisées contrôlées réalisées dans les pays anglo-saxons.

Cependant, les résultats de ces études cliniques ne sont pas tous convergents et il était indispensable de chercher à évaluer ce type de prise en charge avant toute généralisation.

Etapes de l'expérimentation

Cette expérimentation se déroulant en milieu hospitalier, il a été nécessaire de rédiger un protocole de recherche clinique pour évaluer l'efficacité de deux modalités de prise en charge (il s'agit d'un essai randomisé et contrôlé) et prouver la meilleure efficacité d'une prise en charge basée sur des interventions motivationnelles.

Une nuit d'étude observationnelle organisée au service d'accueil des urgences a permis de préciser concrètement les conditions de déroulement de l'étude clinique.

Le protocole a donc été rédigé et déposé auprès de toutes les instances administratives hospitalières réglementaires : la direction de la recherche clinique, le comité de protection des personnes (CPP), l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM, ex AFSSAPS), le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et la commission nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL).

Ces autorités ont émis des avis et donné leur autorisation pour le déroulement de cette étude clinique. Le CPP a cependant refusé que les jeunes de moins de 16 ans soient inclus dans cette étude clinique car ces jeunes bénéficiaient déjà tous d'une prise en charge adaptée sur laquelle il n'était pas possible de revenir (impossibilité de constituer un groupe témoin).

Avant d'être autorisé à démarrer la première inclusion, l'ensemble des personnels des urgences a été formé aux bonnes pratiques des études cliniques. Des notions en alcoologie et sur les conduites à risque chez les adolescents ont également été abordées.

Les inclusions ont pu démarrer le 29 septembre 2011 à partir de 22h.

Chaque semaine, une visite de monitoring est effectuée par une attachée de recherche clinique sur délégation de la direction de la recherche clinique du CHRU de Rennes pour contrôler la qualité des inclusions.

Un tableau de bord des jeunes préinclus et inclus est adressé à l'évaluateur OFDT chaque mardi matin.

Un suivi des jeunes inclus dans l'étude (groupe Intervention), réalisé à travers un second tableau de bord des entretiens et des rappels téléphoniques à 3 mois est également adressé à l'OFDT chaque semaine.

¹ Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins – ANAES en ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272274/orientations-diagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-dune-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins

Les jeunes rencontrés en entretiens sont éventuellement réorientés selon les problèmes qu'ils rencontrent (psychologiques, scolaires, professionnels...).

A. Actions mises en œuvre

Aux urgences pédiatriques (moins de 15 ans)

- Repérage des jeunes de 11 à 15 ans admis avec une alcoolisation
- Entretiens avec les jeunes de 11 à 15 ans et leurs parents par un chargé de prévention de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) dans les locaux de l'association.
- Orientation de ces jeunes si nécessaire vers une structure de prise en charge adaptée.

Ressources mobilisées

- Les médecins urgentistes des urgences pédiatriques et les pédopsychiatres (30 personnes)
- Une chargée de prévention de l'ANPAA à temps partiel

Difficultés rencontrées

- Ce dispositif n'a pu être évalué, en termes d'efficacité, dans le cadre de ce projet. En effet, la nécessité d'avoir un groupe « contrôle », ne bénéficiant d'aucune intervention, impliquait une régression de la prise en charge de ces jeunes mineurs qui bénéficient actuellement tous d'un entretien motivationnel en « face à face » avec les parents. Le comité de protection des personnes qui donne son avis sur les protocoles de recherche clinique en soin courant a refusé l'intégration des moins de 15 ans dans notre protocole « AURAIA ».
- Cependant, une évaluation qualitative est menée sur les entretiens qui ont été menés. Cette évaluation n'a pas été financée dans le cadre de ce projet mais sur les financements propres de l'ANPAA.

Mesures correctives

- Pour pouvoir intégrer dans l'étude ce groupe de moins de 16 ans dont l'effectif est faible, il aurait fallu proposer un autre protocole de recherche clinique « AURAIA bis » avec une prise en charge thérapeutique adaptée à ce public de moins de 16 ans.
- Au cours du déroulement de l'étude, une nouvelle équipe de pédopsychiatrie a pris ses fonctions aux urgences pédiatriques. De nouvelles modalités de prise en charge ont été développées avec des entretiens de psychiatrie proposés au domicile des parents. Comparer les modalités de prise en charge au domicile et en milieu professionnel (urgences ou locaux de l'ANPAA) serait peut-être une piste dans l'évaluation de l'efficacité des entretiens.
- Les entretiens effectués auprès des jeunes et des parents ont été analysés d'un point de vue qualitatif par un chercheur de l'Ecole des hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) mais en dehors du cadre de financement de ce projet.

Aux urgences adultes (plus de 16 ans)

- Elaboration d'un protocole de recherche clinique pour les jeunes âgés de 16 à 24 ans : rédaction du protocole, définition des objectifs, hypothèse testée, modalités de déroulement de l'étude, critères d'inclusion et de non inclusion, suivi des procédures réglementaires (CPP, CCTIRS, CNIL, AFSSAPS, clinical trial).
- Formation des personnels des urgences (85 médecins, infirmiers et aides soignants) aux bonnes pratiques cliniques, aux notions d'alcoologie, de conduite à risque et d'intervention motivationnelle chez les adolescents.
- Vérification des critères d'inclusion des jeunes de 16 à 24 ans admis aux urgences (âge et taux d'alcool égal ou supérieur à 0.5g/l).
- Vérification des critères de non inclusion (tentatives de suicide, hospitalisation, nécessité d'une prise en charge pour troubles psychologique ou de soins en alcoologie...).
- Présentation de l'étude par les médecins et les personnes ayant une délégation de tâches.
- Inclusion des jeunes volontaires.
- Signature des formulaires de consentement par les jeunes majeurs et mineurs, par les parents des mineurs et par le médecin urgentiste autorisé.

- Randomisation des jeunes en deux groupes.
- Remplissage d'un questionnaire de positionnement T0.
- Prise de rendez-vous pour des entretiens.
- Gestion du fichier des jeunes inclus (entretiens des jeunes du groupe Intervention, relances téléphoniques, suivi à un et deux mois).
- Transmission du fichier des jeunes inclus à l'évaluateur pour passation du questionnaire à trois mois.
- Réalisation des entretiens motivationnels des jeunes, et avec les parents des jeunes mineurs.
- Orientation des jeunes vers des structures d'accueil, d'écoute et de soins.
- Rappels à un et deux mois des jeunes suite à leur entretien.

Monitoring de l'étude pour le compte de la Direction de la recherche clinique et par délégation

- Chaque lundi, vérification des dossiers des jeunes non inclus et inclus dans l'étude : vérification des informations contenues dans les documents sources (à partir de Res Urgences, le logiciel utilisé par le service des urgences : âge, sexe, taux d'alcoolisation, coordonnées), des formulaires de consentement, élaboration du tableau de bord des inclusions et non inclusions, statistiques des préinclusions et des inclusions.
- Rédaction des comptes rendus de visites de suivi
- Classement des dossiers
- Préparation des documents de l'étude :
 - dossiers d'inclusions comprenant deux notices d'information (majeurs et parents des mineurs), et un formulaire de consentement en copie carbone
 - enveloppes de randomisation codées comprenant le questionnaire T0 (complété à l'admission) et les deux documents d'informations remis aux jeunes et/ou aux parents.
- Remplissage du tableau de bord hebdomadaire et envoi à l'OFDT, évaluateur.
- Réalisation d'une lettre d'information aux partenaires. Hebdomadaire au début de l'étude, elle a ensuite été mensuelle (23 numéros au total).

Ressources mobilisées.

- La rédaction d'un protocole de recherche clinique a donné lieu à du temps de travail d'une attachée de recherche clinique de la Direction de la recherche clinique du CHU de Rennes (10 jours)
- La fabrication des documents de l'étude a impliqué une agence graphique et un imprimeur.
- La formation des personnels des urgences a été effectuée par une chargée de prévention/formation de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), par un médecin addictologue et par les deux personnes recrutées par l'AIRDDS-CIRDD Bretagne (psychologue et coordonnatrice/attachée de recherche clinique par délégation).
- Le temps passé par les médecins urgentistes pour présenter l'étude a été forfaitisé sur toute la durée de l'étude (121 heures sur un an).
- Une psychologue a été recrutée à temps complet. Elle a participé à la formation des personnels des urgences. Elle a participé à l'inclusion, la randomisation et la passation du questionnaire T0 aux patients pendant 21 week-ends. Elle a réalisé les interventions motivationnelles et leur suivi. Elle a géré le fichier des jeunes inclus pour le suivi, les relances, les entretiens et a assuré la transmission du fichier à l'évaluateur pour que celui-ci puisse gérer par téléphone la passation du questionnaire (T1) trois mois après l'admission.
- Une chargée de mission a été recrutée à mi-temps. Elle a participé aux inclusions, randomisations et passations du questionnaire T0 aux jeunes inclus pendant 21 week-ends. Elle a été responsable du monitoring par délégation de la recherche clinique durant la totalité de l'étude (42 visites de suivi). Elle a assuré la coordination de l'étude auprès des différents partenaires de l'étude : animation des groupes de travail, gestion des procédures réglementaires en liaison avec la direction de la recherche clinique, remplissage des tableaux de bord de suivi, rédaction et diffusion de lettres d'information, gestion des données statistiques sur Rés Urgences avec le département de l'information médicale et la direction des finances, du contrôle de gestion, des systèmes d'information et de l'organisation.

Difficultés rencontrées

- La rédaction d'un protocole de recherche clinique et les procédures réglementaires nécessaires à sa mise en place a nécessité des compétences spécifiques, qu'il a fallu acquérir parallèlement à la mise en place du protocole, et un temps d'élaboration important (10 mois dans notre projet).

- Le protocole de recherche clinique a reçu un premier avis réservé de la part du Comité de protection des personnes, assorti d'une liste de questions et de demandes de précisions. Il a fallu reprendre la méthodologie initialement proposée.
- La réalisation d'une étude clinique au sein d'un service d'accueil des urgences a nécessité un renfort en personnels de recherche clinique (attachée de recherche clinique, ou technicien d'étude clinique ou infirmière en recherche clinique). Dans notre situation, la chargée de mission et la psychologue ont dû assumer ces missions de recherche clinique.
- La réalisation d'une étude clinique a également nécessité l'implication forte des personnels des urgences pour respecter le protocole. Les conditions de travail aux urgences ne sont pas favorables à cette implication : le *turn over* est important, les personnels et les vacataires qui interviennent le week-end sont nombreux. Ce service d'accueil des urgences manque de 6 postes de médecins urgentistes pour fonctionner de manière optimale.

Mesures correctives apportées

- Les compétences en recherche clinique ont été trouvées, en grande partie, mais pas totalement, au sein de la direction de la recherche clinique du CHU. Il nous a fallu acquérir nous même l'ensemble de ces compétences : connaissance des critères de rédaction des protocoles, procédures réglementaires à respecter auprès des instances administratives hospitalières, modalités d'élaboration des contrats de partenariat et des conventions. La chargée de mission recrutée à temps partiel a suivi en 2011/2012 une formation interuniversitaire en recherche clinique afin de développer ses compétences (DIU Formation d'investigateur d'essais cliniques à la faculté de médecine de Nantes).
- Le temps passé à repréciser la méthode et les procédures du premier protocole déposé au comité de protection des personnes a permis de présenter un protocole qui a au final été accepté par les instances administratives hospitalières.
- Alors qu'au démarrage de l'étude, il n'était pas envisagé que les deux personnes recrutées pour cette étude par le CIRDD (psychologue et chargée de mission) participent aux inclusions, elles ont dû s'impliquer très fortement en travaillant un week-end sur deux pendant 42 semaines.

Le dispositif expérimenté correspond à un changement d'organisation et de pratique professionnelle au sein des urgences. L'inclusion des jeunes dans cette étude clinique impose des activités supplémentaires pour les personnels : vérification des critères d'inclusion et de non inclusion, saisie de données complémentaires dans le logiciel de gestion des urgences.

Modalités de suivis

Constitution d'un comité de pilotage réuni tous les 6 mois

- Annonce de l'étude : juillet 2010
- Lancement de l'étude : janvier 2011
- Points d'étape à mi-parcours : juin 2011 et janvier 2012
- Bilan par lettre d'information : septembre 2012
- Présentation des résultats de l'étude : mars 2013

Constitution d'un comité scientifique

- Présentation du projet d'étude : septembre 2010
- Rédaction du protocole : septembre/décembre 2010
- Point sur l'avis réservé du comité de protection des personnes : mars 2011

Point d'étape de monitoring

- 23 réunions pour faire le point sur les inclusions et vérifier le monitoring
- Rédaction du compte rendu de lancement de l'étude, des visites de suivi (16 comptes rendus), du compte rendu de visite de clôture de l'étude.

Rédaction d'une lettre Flash d'information

- 23 numéros à destination des personnels et des partenaires du projet.

Tableau de bord de l'étude

42 envois hebdomadaires d'un tableau de bord des inclusions de l'étude et des entretiens menés à l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT).

Suivi des rappels à trois mois

Envoi mensuel du fichier nominatif des jeunes inclus pour les rappels à trois mois à la société de rappels sous traitante de l'OFDT.

Restitution finale du porteur de projet
Annexe 2 - Calendrier de déroulement de l'expérimentation - Actions mises en œuvre

Numéro du projet	AP2_185							
	Description synthétique de chaque action	Durée en mois	Ressources humaines mobilisées			Ressources matérielles mobilisées		
			Effectifs	ETP	Type de personnel concerné (qualifications)	Achats	Prestations de services	Autre (préciser)
1. Préparation du projet	<i>01/08/2010 à 01/08/2011</i>							
Action n°1	Rédaction du protocole *	3	2	1	Pluridisciplinaire (médecin investigateur, méthodologiste, statisticien, data manager, attaché de recherche clinique, autres parties impliquées dans la recherche ...)			
Action n°2	Dépôts réglementaires du protocole (direction de la recherche clinique, comité de protection des personnes, comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, CNIL, AFSSAPS, Clinical trial *)	6	1	0,5	attachée de recherche clinique			
Action n°3	Elaboration du contrat de partenariat*	1	1	0,15	attachée de recherche clinique		3035,5	
Action n°4	Fabrication des documents de l'étude*	3	1	0,25	agence graphique		2781,9	
Action n°5	Entretiens aux urgences pédiatriques	12		0,25	Chargée de prévention		1581	
2. Mise en œuvre du projet	<i>01/09/2011 au 15/07/2012</i>							

Action n°1	Formation des personnels des urgences au protocole, aux bonnes pratiques cliniques et initiation en alcoologie et aux conduites à risque des adolescents *	1	3	0,5	Psychologue, Médecin, attachée de recherche clinique	3600
Action n°2	Inclusions des jeunes dans l'étude *	10	2	0,25	Médecin, psychologue et attachée de recherche clinique	4000
Action n°3	Entretiens aux urgences adultes des jeunes		1	0,65	psychologue	
Action n°4	Rappels à 1 et 2 mois des jeunes inclus	10	1	0,15	psychologue	
Action n°5	Monitoring de l'étude*	10	1	0,25	attaché de recherche clinique	
Action n°6	Transmission des données à l'OFDT*	10	1	0,05	attaché de recherche clinique	
Action n°7	Entretiens aux urgences pédiatriques	10	1	0,25	Chargée de prévention	4130
3. Achèvement du projet	<i>15/07/2012 au 15/09/2012</i>					
Action n°1	Rappels à 1 et 2 mois des jeunes inclus	2		0,1	psychologue	
Action n°2	Visite de clôture et archivage des données*	0,5		0,05	attachée de recherche clinique	305
Action n°3	Transmission des données à l'OFDT*	2		0,05	attachée de recherche clinique	
Action n°4						
	* les astérisques signalent que ces actions sont spécifiques à l'expérimentation					

Difficultés rencontrées par rapport à ce qui était prévu, raisons et réponses apportées.

Difficultés

Les délais de rédaction et de dépôts réglementaires obligatoires du protocole de recherche clinique pour les inclusions des jeunes de 16 à 24 ans au CHU de Rennes (Pontchaillou) ont retardé de 12 mois le démarrage effectif du projet.

Réponses apportées

Les procédures réglementaires ont été respectées.

La rédaction d'un protocole d'évaluation et les relations avec l'évaluateur ont apporté une très grande rigueur méthodologique au projet.

Dans le cadre de ce protocole, la prise en charge des jeunes a été améliorée qualitativement.

Les jeunes repérés ont tous été rencontrés par des personnes spécifiquement dédiées à l'étude.

B. Partenariats

1. Partenaires opérationnels

Nom de la structure partenaire	Type de structure partenaire	Rôle dans l'expérimentation
CHU de Rennes : Direction de la recherche clinique	Hôpital public	Promoteur de l'étude clinique
Urgences adultes du CHU de Rennes	Hôpital public	Investigateur principal
Urgences pédiatriques du CHU de Rennes	Hôpital public	Repérage des jeunes de 11 à 15 ans alcoolisés
CHU de Rennes : information médicale	Hôpital public	Traitements statistiques de contrôle
Association nationale de prévention en alcoologie	Association	Entretien auprès des jeunes de 11 à 15 ans
Centre Hospitalier Guillaume Régnier	Hôpital public	Supervision des entretiens motivationnels
Ville de Rennes	Collectivité locale	Organisation des rencontres « amont et aval des urgences »

2. Partenaires financiers

Financements	Part de ces financements dans le budget total de l'expérimentation (hors évaluation) en %
Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse	58%

Cofinancements extérieurs à la structure Agence Régionale de Santé de Bretagne MILDT (Préfecture Ille-et-Vilaine, Côtes d'Armor et Ministère) Ville de Rennes Conseil régional de Bretagne	42%
Autofinancement	0

C. Pilotage de l'expérimentation

Un comité de pilotage a été désigné. Réuni tous les 6 mois, il est composé de :

- Pr Abdelouahab Bellou, responsable du service d'accueil et d'urgences,
- Mme Marie-Aline Guitteny, responsable des urgences pédiatriques
- Dr Florence Tual, médecin inspecteur de santé publique ARS Bretagne,
- Dr Jean-Pierre Epailard, médecin inspecteur de santé publique ARS DT 35,
- Mme Stéphanie Farge, chef du département de prévention et santé publique,
- Mme Pascale Petit-Sénéchal, responsable du pôle Jeunesse et Vie associative à la direction régionale de DRJSCS,
- Mme Marie Claude Pillet, DRJSCS
- Mme Elen Larvor, animatrice territoriale de santé à la Ville de Rennes
- Madame Claire Chauffour-Rouillard, chef de projet MILDT et directrice de cabinet du Préfet de Région et de département d'Ille-et-Vilaine,
- Mme Diaz Gomez, responsable du pôle évaluation, OFDT,
- Mme Marie-Cécile Courchay, directrice de l'ANPAA,
- M. Matthieu Chalumeau, directeur du CIRDD Bretagne,
- Dr Xavier Guillery, président de l'AIRDDS-CIRDD,
- M. Guillaume Pavic, chargé de mission, CIRDD Bretagne,
- Mme Nathalie Le Garjean, chargée de mission, CIRDD Bretagne, coordinatrice du projet.

Parmi les membres de ce comité de pilotage, l'implication du chef de service des urgences est une condition indispensable. La présence des financeurs apporte aussi une crédibilité au projet.

Une lettre (Flash AURIA) d'information est adressée chaque mois aux membres du comité de pilotage pour information sur le déroulement de l'étude et les inclusions réalisées. Au démarrage du projet, cette lettre était adressée chaque semaine.

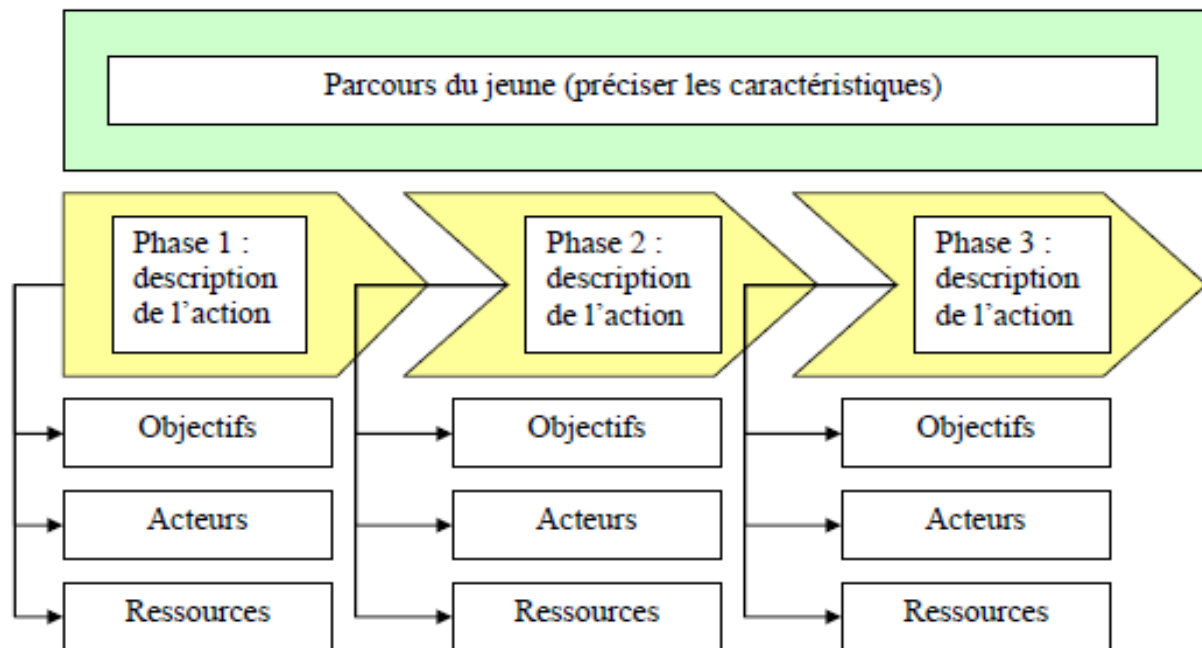
Un comité scientifique est chargé de donner son avis sur les questions méthodologiques. Il est réuni à la demande du comité de pilotage, il est composé de :

- Pr Abdelouahab Bellou, responsable du service d'accueil et d'urgences,
- Dr Gilles Négaret, praticien hospitalier, urgences Pontchaillou,
- Dr François-Jérôme Kerdiles, praticien hospitalier, Urgences, Pontchaillou,
- Mme Karine Goudet, cadre de santé de nuit, urgences, Pontchaillou,
- Mme Laurence Lamy, cadre de santé de nuit, urgences, Pontchaillou,
- Dr David Travers, praticien hospitalier, Service de Psychiatrie, Pontchaillou,
- Dr Caroline Le Lan, praticien hospitalier, responsable de l'unité d'alcoologie de liaison, service des maladies du foie, Pontchaillou,
- Mme Frédérique Desbordes, chargée de prévention à l'ANPAA 35 et responsable des entretiens des 11/15 ans à l'hôpital Sud.

Des outils de suivi du projet ont été mis en place pour alimenter la réflexion des membres du comité de pilotage :

- Gestion des inclusions dans le logiciel de traitement des urgences « Rés'Urgences »,
- Tableau de bord des inclusions utilisé pour les liaisons avec l'évaluateur OFDT
- Suivi qualitatif du groupe « Intervention motivationnelle ».

Les échanges avec d'autres expérimentateurs soutenus par le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse a permis de prendre contact avec un responsable des évaluations cliniques. Cette personne a été source d'informations pratiques précises pour résoudre une difficulté liée au protocole de recherche clinique en milieu hospitalier.

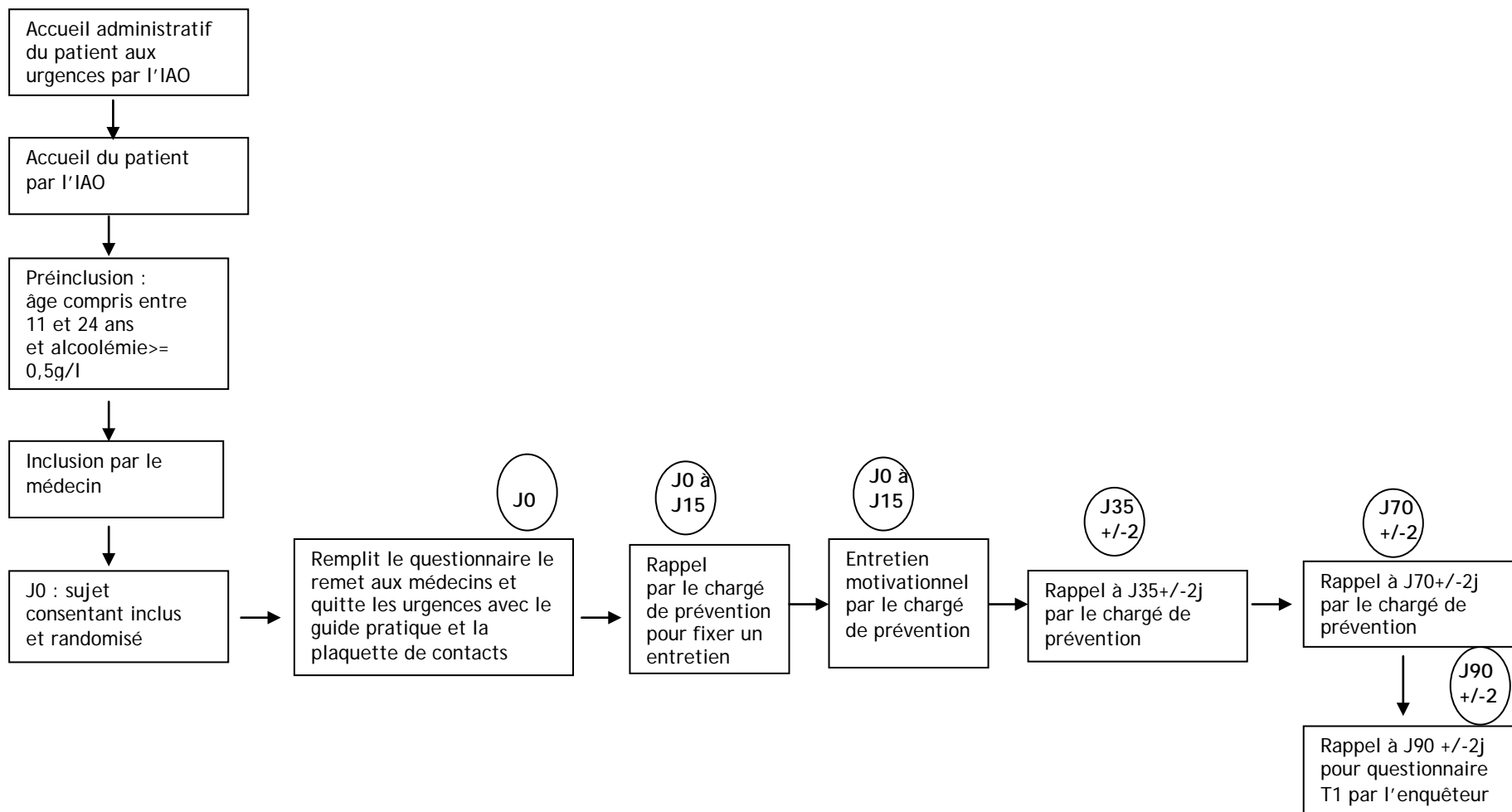


Jeune de 11 à 24 ans admis aux urgences avec une consommation d'alcool excessive		
Prise en charge aux urgences	Entretien avec une personne dédiée aux urgences	Rappels du jeune durant trois mois
Repérer la consommation d'alcool excessive	Evaluer la situation psychologique, familiale, sociale, scolaire ou professionnelle	Suivre l'évolution psychosociale du jeune et de ses pratiques de consommation
Infirmiers, médecin urgentiste	Psychologue ou infirmière spécialisée en alcoologie	Psychologue ou infirmière spécialisée en alcoologie
Service des urgences	Service des urgences Structures « aval » d'accueil, d'écoute et de soins	Structures « aval » d'accueil, d'écoute et de soins

III. Enseignements généraux de l'expérimentation

A. Modélisation du dispositif expérimenté

Schéma de l'étude



B. Enseignements et conditions de transférabilité du dispositif

Enseignements

Notre projet porte sur la prise en charge des jeunes de moins de 25 ans admis aux urgences en lien avec une consommation d'alcool.

A l'origine, ce projet porte sur les trois temps de la prise en charge de ce type de population :

- la prise en charge, dès le lieu de prise en charge en amont par les pompiers ou les forces de l'ordre, dans l'espace public ou dans un lieu privé
- la prise en charge et le suivi aux urgences médico-chirurgicales adultes et pédiatriques par les urgentistes, les équipes de liaison en alcoologie et en psychiatrie
- le suivi du jeune à sa sortie de l'hôpital par des structures d'accueil, d'écoute ou de soins.

Il s'agit d'une approche globale.

Dans le cadre de cette étude, l'Agence régionale de Santé de Bretagne a missionné notre association pour élaborer un état des lieux de la prise en charge des jeunes en Intoxication éthylique aiguë dans les hôpitaux publics et privés de Bretagne (données épidémiologiques, état des lieux des pratiques en amont, en aval et aux urgences – 12 services d'accueil des urgences et 12 structures en Amont et en Aval rencontrés). Cette étude régionale a été réalisée complémentirement à la recherche clinique. Elle a abouti à la rédaction d'un rapport repris en 2013 par un groupe de travail de médecins (addictologues et urgentistes) afin de rédiger des préconisations de prise en charge qui pourront s'appliquer dans tous les hôpitaux de Bretagne.

Les conditions d'élaboration d'un projet d'évaluation d'efficacité en milieu hospitalier, qui passe par la rédaction d'un protocole de recherche clinique, sont longues (10 mois au minimum). Elles sont aussi très exigeantes : par exemple, une des instances réglementaires qui régit l'élaboration de ces protocoles de recherche clinique (Comité de protection des personnes - CPP) a refusé l'intégration de la population des moins de 16 ans dans cette évaluation. En effet, cette population bénéficiait déjà d'une prise en charge sur laquelle il était impossible de revenir dans le cadre de la création d'un groupe « Contrôle ».

Nous avons donc dû faire le choix de chercher à évaluer l'efficacité de notre dispositif, uniquement dans le temps de la prise en charge aux urgences médico-chirurgicales adultes (plus de 16 ans).

Les temps de prise en charge par les pompiers et les policiers en amont et par des structures d'accueil, d'écoute et de soins en aval ont fait l'objet d'une étude sur l'état des lieux au niveau local (Rennes) et régional (Bretagne), comme expliqué ci-dessus, mais aucun dispositif prenant en compte ces acteurs de l'amont et de l'aval n'a pu être testé de part sa trop grande complexité.

La construction de ce dispositif repose sur l'application de recommandations de prise en charge médico-psycho sociales des jeunes admis aux urgences en ivresse aiguë. Ces recommandations ont été formulées par la Haute Autorité de Santé. Les personnels hospitaliers doivent suivre ces recommandations.

Les conditions de transférabilité de ce dispositif doivent bien évidemment respecter ces recommandations. Elles portent sur la qualité du diagnostic posé, sur les bonnes conditions de suivi médical durant la période de « dégrisement » et sur la mise en place d'un bilan d'évaluation médicale, psychologique et sociale des jeunes admis. Les personnels de l'alcoologie de liaison de l'hôpital doivent prendre part à cette prise en charge, concernant les questions d'alcoologie. Les parents, en particulier ceux des mineurs, doivent être associés à cette prise en charge.

Cependant, au-delà du respect des recommandations de prise en charge, l'objectif de notre projet est de diminuer les alcoolisations et les prises de risque de cette population admise aux urgences. C'est pourquoi nous avons souhaité mettre en place une intervention motivationnelle. L'approche motivationnelle est en effet une approche validée en addictologie par des recherches antérieures comme une approche permettant de diminuer les consommations et réduire les risques des personnes non dépendantes à l'alcool, celles-ci nécessitant une autre forme de prise en charge thérapeutique dans laquelle l'approche motivationnelle peut s'inscrire mais de manière complémentaire.

La population ciblée ici est jeune et n'est majoritairement pas encore concernée par des phénomènes de dépendance. Il était essentiel pour nous de bien identifier la population qui entre dans cette expérimentation afin de lui proposer une prise en charge adaptée et efficace.

Cette approche est cependant peu utilisée pour les adolescents et la preuve de son efficacité n'est pas encore validée par la communauté médicale. Elle ne fait pas encore l'objet d'un consensus entre psychologues cliniciens et psychosociaux.

Apporter des éléments de preuves de l'efficacité de l'approche motivationnelle pour réduire les consommations et les prises de risque des adolescents représenterait une réelle avancée scientifique.

Conditions de transférabilité

Ces préalables étant posés, nous allons détailler les facteurs de transférabilité du dispositif expérimenté aux urgences hospitalières du CHRU de Rennes.

1- Repérage à l'admission

Dès l'admission aux urgences, les infirmières d'accueil et d'orientation réalisent un premier repérage des patients. Notre dispositif prévoit le recueil de l'âge et l'identification de la présence d'alcool dans l'haleine. Ces informations font partie de celles recueillies par l'infirmière d'accueil et d'orientation.

Il est donc aisé de recueillir ces données cliniques et biologiques.

Le plus souvent, la mesure de l'alcoolémie est effectuée à l'aide d'un éthylotest. Dans le cas contraire, une prise de sang peut être effectuée. Le résultat est noté dans le logiciel de gestion des dossiers médicaux des patients.

D'autres informations sur des plaies, lésions, traumatismes... sont aussi recueillies dès l'admission par le personnel d'accueil et d'orientation. Ces données saisies dans le logiciel de traitement des données seront traitées ultérieurement dans le cadre de notre dispositif.

Condition de transférabilité du repérage :

- Existence de personnels d'accueil et d'orientation aux urgences
- Mise à disposition d'un éthylotest
- Saisie informatique des données recueillies
- Reconnaissance du travail effectué par ces personnels d'accueil et d'orientation

2- Suivi médical en zone de soin

Consécutivement au passage auprès des infirmières d'accueil et d'orientation, les patients sont conduits en zone de soins, ou en zone de réanimation selon la gravité estimée lors du premier examen. Ils seront surveillés d'un point de vue médical et paramédical.

Lors de la reprise des fonctions relationnelles des patients, un premier entretien est mené par les médecins urgentistes parallèlement aux examens somatiques (analyses biologiques, radios, scanner...). L'objectif de cet entretien est de mieux préciser les conditions de déroulement de l'événement qui a conduit à l'admission aux urgences. Ce premier entretien vise à identifier des problématiques sous-jacentes qui nécessiteraient une prise en charge spécifique en alcoologie ou en psychiatrie par exemple. Les résultats des examens sanguins et radiographiques sont également susceptibles d'orienter la prise en charge.

C'est durant l'entretien que pourront être exclus de la prise en charge les jeunes qui ont des problématiques de dépendance et pour lesquels ce type de prise en charge thérapeutique n'est pas efficace.

Condition de transférabilité du suivi médical

Les examens cliniques et biologiques font partie des examens classiquement réalisés. Ils sont donc parfaitement transférables. Le premier entretien revêt un caractère fondamental. Il est nécessaire de ne pas banaliser, ni dramatiser l'événement mais d'en faire un moment de réel dialogue pour mieux connaître la situation du jeune.

L'objectif est bien de préciser s'il s'agit d'une consommation festive, isolée, mal gérée, ou si elle témoigne de problématiques personnelles sous-jacentes.

3- L'entretien approfondi « post admission » d'évaluation médico-psychosociale

Les médecins urgentistes qui réalisent ces entretiens nous ont signalé que dialoguer avec les jeunes lors des admissions n'est pas le moment le plus adapté. Les personnels de l'alcoologie de liaison le reconnaissent également. Ce moment n'est pas toujours adapté pour les patients mais également pour les personnels qui peuvent être confrontés à une forte affluence de patients dont l'état peut être objectivement grave et qui seront de toute manière toujours plus urgents dans les représentations des personnels des urgences. Ces personnels ne peuvent alors se libérer, ou consacrer suffisamment de temps aux patients alcoolisés. L'objectif sera donc de proposer un entretien à froid, quelques jours après l'admission.

Le recrutement d'une personne dédiée à la réalisation de ces entretiens a donc été décidé.

L'objectif est aussi d'approfondir ce temps de prise en charge afin de procéder à une réelle évaluation de la situation du jeune. Il s'agit de faire prendre conscience aux jeunes que leur admission pour alcoolisation n'a rien de « normal » mais sans moralisation.

Les coordonnées de la personne doivent être prises pour un rappel téléphonique par exemple un mois après l'admission.

L'entretien se déroule de la manière suivante :

- Présentations respectives de l'intervenant, du contexte de la rencontre et du jeune admis aux urgences,
- Repérage des consommations d'alcool : évaluation de la consommation par un questionnaire (DETA Cage, mais le CRAFT semble le plus adapté à la population adolescente), description des consommations et des conditions d'admission aux urgences, apport d'éléments de prévention et de réduction des risques
- Perspectives : comment mieux gérer les futurs comportements de consommation ?
- Orientation si nécessaire vers une structure adaptée pour un suivi psychologique, psychopédagogique, en soins d'addictologie...

Condition de transférabilité de cette évaluation médico-psychosociale

- proposer un temps dédié pour les personnels des urgences ou dédier une équipe aux urgences pour la prise en charge de ce public.

- locaux et matériels adaptés (bureau, ordinateur, téléphone)

- personnel dédié pour la prise en charge de ce public : personnels ayant des compétences et des connaissances sur la prévention des addictions, les comportements à risque des adolescents, la psychologie de l'adolescent, l'alcoologie et l'addictologie, la psychologie clinique et sociale, l'approche motivationnelle.

1. Public visé

Le public visé dans cette expérimentation correspond bien au public visé par les objectifs de cette étude : les jeunes dont la consommation d'alcool a directement ou indirectement entraîné une admission aux urgences d'un hôpital. Le repérage de cette population et sa prise en charge spécifique est une nécessité absolue. Le soutien des parents de ces jeunes est également nécessaire.

Conditions de transférabilité :

- repérer ces admissions dans tout autre type de structures hospitalières à partir du recueil d'informations biologiques et cliniques, de l'âge et du taux d'alcoolisation à l'admission.
- Former les personnels des urgences à ce repérage.
- Proposer des entretiens spécifiques pour les parents qui le souhaitent avec et sans leur enfant

2. Actions menées dans le cadre du dispositif

- réalisation d'un protocole de recherche clinique
- recueil de données épidémiologiques sur les admissions aux urgences des jeunes de 11 à 24 ans
- recueil de données sur les pratiques professionnelles des médecins urgentistes
- recueil de données sur la chaîne de prise en charge en amont et en aval des urgences à Rennes et en Bretagne
- Formation des personnels des urgences
- Information des personnes directement ou indirectement concernées par cette problématique (présentation lors de réunions, de colloques)

Les étapes d'information et de formation de tous les acteurs impliquées sont indispensables pour la préparation et le suivi du projet.

L'implication des médecins urgentistes, et des professionnels des structures de prise en charge en amont et aval est indispensable. Cet aspect est un point de vigilance très important à prendre en compte.

3. Partenariats, coordination d'acteurs et gouvernance (démarche de concertation et de prise de décision)

Notre projet vise un partenariat entre tous les acteurs de la chaîne de prise en charge des jeunes de moins de 25 ans, en amont, aux urgences et en aval des urgences

- Partenariat avec le CHU de Rennes : Direction de la recherche clinique, département de l'information médicale, département des systèmes d'information, services d'accueil des urgences médico chirurgicales pédiatriques et adultes, alcoologie de liaison, psychiatrie de liaison.
- Partenariat avec le centre hospitalier Guillaume Rénier à Rennes
- Partenariat avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
- Partenariat avec la Ville de Rennes

Coordination d'acteurs :

Agence régionale de Santé, Préfecture, Direction régionale de la cohésion sociale et des populations, CHU, CHGR.

Ces partenaires sont incontournables.

Le comité de pilotage doit associer au minimum :

L'Agence régionale de Santé et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies, des personnels représentant les urgences du centre hospitalier concerné, les structures de prise en charge en amont (pompiers, police et gendarmerie) et en aval (accueil, écoute, soins aux adolescents). Le département de l'information médicale du centre hospitalier doit recueillir les données statistiques nécessaires au suivi de cette prise en charge.

Gouvernance

Ce comité de pilotage doit s'adjoindre un comité scientifique pour statuer sur les questions techniques et scientifiques.

Il doit se réunir tous les 6 mois pour faire le point sur l'organisation de la prise en charge en termes de pratiques professionnelles et faire le point sur les données épidémiologiques d'admission et de réadmissions des jeunes.

Il doit prendre les mesures de réajustements nécessaires.

4. Impacts sur la structure

Ce projet a permis de sensibiliser les personnels des urgences à la prise en charge des jeunes admis aux urgences pour un motif lié à une consommation excessive d'alcool.

Les équipes d'alcoologie de liaison ont été très intéressées par la démarche de l'intervention motivationnelle. Courant novembre 2012, le service d'urgences va déménager dans de nouveaux locaux plus modernes et fonctionnels. Des places dans l'unité d'hospitalisation de courte durée seront dédiées aux jeunes admis en intoxication éthylique aiguë.

Ces chambres seront plus adaptées pour permettre aux infirmières en alcoologie de liaison de mener des entretiens dans de meilleures conditions.

Compte tenu des moyens accordés en personnels dans les structures hospitalières et au sein de l'équipe de liaison en alcoologie, il n'est pas possible d'augurer du maintien des entretiens et du suivi des jeunes, malgré l'intérêt de ce type de prise en charge.

Conclusion

La prise en charge globale et adaptée des jeunes de moins de 25 ans admis aux urgences pour un motif lié à une consommation excessive d'alcool est une nécessité absolue.

Cette prise en charge permet d'éviter les récives, de diminuer les prises de risque et à plus long terme les problèmes d'alcoolodépendance.

Les modalités de déroulement des interventions motivationnelles - un entretien en face à face suivi de deux rappels téléphoniques à 1 et 2 mois - sont satisfaisantes pour la personne chargée des entretiens comme pour le jeune, avec lequel il est ainsi possible de faire le point sur une certaine durée.

Cette modalité permet de faire l'analyse de la situation psychologique, sociale, scolaire ou professionnelle et d'envisager des orientations adaptées pour un suivi ultérieur aux trois mois.

Cependant, l'évaluation externe (voir rapport d'évaluation) n'a pu prouver l'efficacité de cette modalité de prise en charge pour réduire les consommations d'alcool des jeunes de 16-24 ans.

Concernant la prise en charge en amont et en aval des jeunes admis aux urgences, notre projet, axé en priorité sur un protocole de recherche clinique, n'a pu aller au-delà d'un seul état des lieux de la situation à Rennes et en Bretagne. Un réseau complet de prise en charge avec les pompiers ou les forces de l'ordre, puis de suivi par une structure d'accueil, d'écoute ou de soins à la sortie des urgences n'a pu être mis en place. Cependant, des réunions formelles et informelles ont permis à ces interlocuteurs de se connaître.

La ville de Rennes s'est emparé de cette question et anime actuellement un groupe de réflexion associant Police nationale, municipale et pompiers sur cette question.

L'instauration d'un projet de ce type permet de sensibiliser l'ensemble des personnes impliquées sur les risques à court, moyen et long terme des alcoolisations excessives. Celles-ci mettent en effet la Bretagne dans une situation à risque en termes de santé publique.

Il est très important de souligner que ce projet, comme tous les projets, ne peut pas exister sans l'adhésion de toutes les personnes impliquées. En particulier, il comporte des risques d'être non pérenne si des financements spécifiques ne sont pas accordés et, plus encore, s'il est mené sans une forte adhésion de la part des principaux acteurs impliqués.

Annexes obligatoires à joindre au fichier :

- **Tableau 1 sur les publics**
- **Tableau 2 sur les actions**
- **Tableau 3 sur les outils développés dans le cadre de l'expérimentation**
- **Tableau 4 sur l'exécution financière**



Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse

Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative
Direction de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative

Mission d'Animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse
95, avenue de France – 75650 Paris cedex 13
<http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>