



Lausanne, 30 septembre 2014

# HOSPITALISATION SUITE À UNE INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUË, QUELLE INTERVENTION ?

## Rapport final

Rachel Stauffer Babel  
Anna Schmid  
Sabine Dobler  
Matthias Wicki  
Mara Wurdak  
Emmanuel Kuntsche

*Ce projet a été financé par l'Office fédéral de la santé publique (Subvention numéro 13.002488)*

# Remerciements

Nos remerciements vont ici à l'Office fédéral de la santé publique pour son soutien financier à ce projet. Nos remerciements vont tout particulièrement à Irene Abderhalden pour ses idées et commentaires toujours pertinents tout au long de ce projet, à Ruth Flury pour son aide efficace pour ce rapport et à Corine Kibora pour sa relecture attentive.

---

## Impressum

---

<b>Compléments d'information:</b>	Rachel Stauffer Babel, tél. +41 (0)21 321 29 78 rstaufferbabel@addictionsuisse.ch
<b>Réalisation:</b>	Rachel Stauffer Babel, Anna Schmid, Sabine Dobler, Matthias Wicki, Mara Wurdak, Emmanuel Kuntsche, Addiction Suisse
<b>Diffusion:</b>	Addiction Suisse, case postale 870, 1001 Lausanne, tél. +41 (0)21 321 29 46, fax +41 (0)21 321 29 40 ebacher@addictionsuisse.ch
<b>Graphisme/mise en page:</b>	Addiction Suisse
<b>Copyright:</b>	© Addiction Suisse Lausanne 2014
<b>Citation recommandée:</b>	Exemple : Stauffer Babel, R., Schmid, A., Dobler, S., Wicki, M., Wurdak, M., Kuntsche, E., (2014). <i>Hospitalisation suite à une intoxication alcoolique aiguë, quelle intervention ?</i> . Lausanne: Addiction Suisse.

---

## CONTENU

Remerciements .....	2
1. Résumé du projet.....	4
2. Contexte et objectifs du projet .....	5
3. Besoins d'intervention identifiés .....	5
4. Méthode générale utilisée.....	6
5. Internationale Literaturanalyse zu « good practices » .....	6
5.1. Vorgehen und Fragestellungen.....	6
5.2. Zusammenfassung der Resultate der Literaturanalyse .....	7
5.3. Vollständigkeit der Befunde .....	8
5.4. Schlussfolgerungen.....	9
6. Recueil d'avis d'expert-e-s nationaux (centres spécialisés et hôpitaux) .....	12
6.1. Elaboration des questionnaires pour faire un catalogue de mesures et de bonnes pratiques .....	12
6.2. Enquête auprès des expert-e-s.....	12
6.3. Modalités de la passation des questionnaires .....	13
7. Résultats principaux suite aux entretiens auprès des professionnel-le-s.....	13
7.1. Prise en charge des patient-e-s hospitalisé-e-s, éléments de l'intervention.....	14
7.2. Facteurs facilitateurs et freins structurels à une intervention psychosociale.....	18
7.3. Facteurs facilitateurs et freins à la mise en œuvre au quotidien d'une intervention psychosociale.....	19
7.4. Remarques spécifiques évoquées par les centres spécialisés en addiction.....	21
8. Etablissement de recommandations.....	23
8.1. Méthode utilisée pour élaborer des recommandations:.....	23
8.2. Caractéristiques et rôles des groupes d'expert-e-s dans l'élaboration des recommandations.....	23
8.3. Réunion du groupe de travail.....	24
8.4. Evaluation des recommandations .....	25
8.5. Liste des recommandations .....	25
9. Pas suivants.....	32
10. Références.....	33
11. Annexes .....	37
11.1. Questionnaire.....	37
11.2. Synthèse des résultats.....	42
11.3. Remarques spécifiques évoquées par les centres spécialisés en addiction.....	48
11.4. Liste des participant-e-s au groupe de travail.....	49
11.5. Liste des participant-e-s au groupe de lecture.....	51
11.6. Evaluation des recommandations. Calcul de la moyenne par groupe et totale .....	54
11.7. Analyse et valorisation de la littérature scientifique internationale sur les "bonnes pratiques" .....	72

## 1. Résumé du projet

Diverses études ont mis en évidence le nombre préoccupant d'hospitalisations de jeunes et d'adultes en raison d'une intoxication alcoolique aiguë. Les cantons suisses sont nombreux à mettre en place des mesures pour prendre en charge ces patient-e-s tout en cherchant comment soulager les urgences, déjà chroniquement surchargées.

Les prises en charge sont multiples, hétérogènes et peu d'entre elles font l'objet d'une évaluation. Le présent projet, mené par Addiction Suisse entre 2013 et 2014, propose des recommandations de bonne pratique basées sur une analyse de la littérature internationale et sur un consensus d'expert-e-s autour de l'intervention menée lors d'une hospitalisation en cas d'intoxication alcoolique aiguë.

Les recommandations portent sur :

- La forme et le moment de l'intervention
- Les fonctions et rôles des différents acteurs
- Les compétences nécessaires
- Les procédures et instruments.

Les principaux résultats montrent que l'hospitalisation est une fenêtre d'opportunité à saisir pour une intervention, qui devrait être systématique pour les jeunes et les adultes. L'entretien motivationnel est recommandé comme bonne pratique pour la prise en charge dans cette situation. Une véritable culture de prise en charge des patient-e-s avec une problématique d'alcool, sans tabou ni stigmatisation est à favoriser au sein des services. Des formations qui répondent aux besoins exprimés par les professionnel-le-s devraient être proposées, en adaptant ce qui existe déjà au contexte local. Des procédures simples, des outils d'évaluation - qui permettent un tri entre patient-e-s présentant une situation nécessitant une prise en charge plus complexe et ceux ou celles pour lesquels l'hospitalisation est un « accident » - devraient être mis à disposition. Ils devraient être accompagnés de formation et des ressources nécessaires. Une mise en réseau des professionnel-le-s, entre service des urgences et services spécialisés ou avec un centre spécialisé externe, ou une unité multidisciplinaire, est un gage de succès pour faciliter la prise en charge de suivi des patient-e-s. Les trajectoires de prise en charge, véritables "parcours", sont à identifier et à diffuser auprès de l'ensemble des intervenant-e-s sous une forme simple. Des stratégies efficaces (fixer un rendez-vous, par exemple) pour assurer l'entretien de suivi, particulièrement des jeunes, devraient être mises en place.

## 2. Contexte et objectifs du projet

Le présent projet porte sur l'intervention réalisée auprès des jeunes et des adultes hospitalisés en raison d'une intoxication alcoolique.

L'objectif du projet réalisé par Addiction Suisse porte sur une « **Etude de la faisabilité, des bonnes pratiques, et recommandation de mesures ; état des connaissances nationales et internationales** ». L'enjeu est bien de soutenir les professionnel-le-s de la santé, les directions des hôpitaux et les politiques dans le développement, l'amélioration ou le renforcement de la prise en charge de patient-e-s hospitalisé-e-s pour une intoxication alcoolique aiguë.

La première partie (de janvier à décembre 2013) se base sur le recensement des connaissances internationales et nationales sur le thème, de même que sur l'intégration des points de vue des professionnels à travers:

- a) Une analyse de la littérature et des bonnes pratiques internationales.
- b) Une enquête auprès des expert-e-s (spécialistes en addiction, corps médical, équipe infirmière) qui travaillent dans le domaine de l'intoxication alcoolique. Cette enquête permet la mise en évidence des facteurs facilitateurs et des freins à la réalisation d'une intervention psychosociale suite à une hospitalisation faisant suite à une intoxication alcoolique aiguë

La deuxième partie (de septembre 2013 à septembre 2014) se base sur les leçons tirées de la première partie. Dans le cadre d'un travail avec des groupes d'expert-e-s, les résultats de la première partie sont discutés et donnent lieu à des recommandations validées.

## 3. Besoins d'intervention identifiés

Les principaux besoins d'intervention ont été mis en évidence notamment lors de deux plateformes organisées en 2012 en collaboration avec Santé Bernoise, qui regroupaient des organismes (13) concernés par la thématique et développaient déjà pour certains des interventions auprès des jeunes et adultes présentant des intoxications alcooliques:

- L'intoxication alcoolique est une problématique à laquelle il faut réagir. En 2010, près de 12'160 personnes ont été hospitalisées en Suisse avec pour diagnostic une intoxication alcoolique<sup>1</sup> (traitement stationnaire). Mais la gravité du problème est pourtant plus sévère car une partie des patient-e-s présentant une intoxication sont traité-e-s de manière ambulatoire. Il semblerait que seul un tiers environ des personnes soient traitées de manière stationnaire. La prise en charge se caractérise bien souvent par un traitement médical, si nécessaire, ou une surveillance de l'état général. Une fois que la personne hospitalisée a "récupéré", elle rentre rapidement à la maison. Pour certain-e-s, pour lesquels l'intoxication alcoolique était plutôt un "faux pas" ou le résultat d'une mésestimation de la quantité consommée, cela n'est pas un problème. Pour d'autres par contre, l'hospitalisation peut mettre en évidence une consommation problématique d'alcool et nécessiter une évaluation de la situation psychosociale.
- En Suisse, les interventions qui ont pour but de prévenir de futures consommations à risque sont très hétérogènes et ne sont pas réalisées systématiquement. Elles manquent d'une assise scientifique et d'évaluation.

---

<sup>1</sup> Wicki, M. (2013). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen - Eine Analyse der Schweizerischen „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ 2001-2010 (Forschungsbericht Nr. 62). Lausanne: Sucht Schweiz.

- Les conditions de travail dans les hôpitaux présentent de nombreux défis, inhérents à leur structure, au très fort taux de rotation du personnel médical, au manque de ressources et à la brièveté des séjours hospitaliers. Les mesures prises par les hôpitaux, leurs besoins en la matière sont encore très peu connus.

## 4. Méthode générale utilisée

Pour l'élaboration des recommandations de bonne pratique, nous avons procédé selon une méthode qui se base sur:

- La mise à disposition des résultats d'une analyse de littérature
- La participation d'expert-e-s concerné-e-s par la thématique à des entretiens et rencontres
- Les avis d'expert-e-s (deux groupes) qui se positionnent sur des mesures (cotations et commentaires)

## 5. Internationale Literaturanalyse zu « good practices »

*Avis: pour une version traduite en français "Analyse et valorisation de la littérature scientifique internationale sur les "bonnes pratiques" voir en annexe (11.7).*

Cette section est extraite de: Wicki, M., Wurdak, M., & Kuntsche, E. (2013) Effektivität psychosozialer Interventionen im Spital bei Alkohol-Intoxikation: Eine systematische Literaturübersicht (Forschungsbericht Nr. 69) Lausanne: Sucht Schweiz.

### 5.1. Vorgehen und Fragestellungen

Eine systematische Literaturanalyse zu Interventionen bei Alkoholintoxikationen wurde gemacht, mit dem Ziel einer Metaanalyse zu untenstehenden Fragen. Literatur- und Metaanalyse orientieren sich an den PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) Richtlinien (Liberati et al., 2009; Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009), den Standards für systematische Reviews des Institute of Medicine of the National Academies (Eden, Levit, Berg, & Morton, 2011) und den Empfehlungen der Cochrane Collaboration (Higgins & Green, 2011). Das Forschungsprojekt wurde bei PROSPERO, der internationalen Datenbank zur prospektiven Registrierung systematischer Übersichtsarbeiten im Gebiet der Gesundheit und der sozialen Dienste registriert (2013).

Die Metaanalyse sollte folgende Fragestellungen beantworten:

- Welche Art psychosozialer Intervention ist bei Personen, welche kurz vor der Hospitalisierung Alkohol getrunken hatten, am wirksamsten zur Reduktion ihres Alkoholkonsums?
- Welche Merkmale und Elemente der Intervention (z.B. Dauer der Intervention, Handout, Booster-Session) erhöhen die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei Personen, welche kurz vor der Hospitalisierung Alkohol getrunken hatten?

Nur maximal 20 Jahre alte Publikationen wurden berücksichtigt. Einbezogen wurden nur Studien, welche eine Form von „psychosozialer Intervention“ untersucht hatten, also Interventionen, die über eine rein medizinische Intervention hinaus gehen. Das heisst zum Beispiel motivierende Gesprächsführung oder normatives Feedback. Die Behandlungen für andere alkoholbezogene Diagnosen wie zum Beispiel eine Alkoholabhängigkeit, wurden nicht einbezogen.

Ausgeschlossen wurden alle Studien ohne Kontrollgruppe. Die Auswahl, Beurteilung und Kodierung der Daten erfolgte jeweils durch zwei Reviewer.

Bei der Zusammenführung der Resultate wurde deutlich, dass die Merkmale der Interventionen in den Artikeln nicht genau genug beschrieben werden, was eine quantitative Synthese verunmöglichte. Die Autoren haben eine qualitative Synthese vorgenommen. Die Ergebnisse der Studien wurden unter Berücksichtigung der soziodemographischen Faktoren (Altersgruppe, kultureller Hintergrund etc.) und der Merkmale der Intervention (Typ, Methode etc.) verglichen.

## 5.2. Zusammenfassung der Resultate der Literaturanalyse

Insgesamt konnten nur wenige Studien gefunden werden, die zur Beantwortung obiger Fragen relevant waren. Eine umfassende Literatursuche in Pubmed, OVID, Web of Knowledge und the Cochrane Library zeigte, dass in den letzten 20 Jahren acht zur Beantwortung der obengenannten Fragestellungen relevante, empirische Studien in peer-reviewten Fachzeitschriften publiziert wurden. Eine Vielzahl von Studien über die Effektivität von psychosozialen Interventionen bezieht sich auf ein anderes Setting (z.B. Grundversorgung statt Spital) und/oder eine andere Diagnose (z.B. Wert auf Screening-Instrument statt akuter Alkoholkonsum/-intoxikation). Die Befunde dieser Studien wurden zu einem grossen Teil bereits in anderen Literaturübersichten zusammengefasst (z.B. Bertholet et al., 2005; Kaner et al., 2007; McQueen et al., 2011; Saitz et al., 2010; Clark et al., 2010; Yuma-Guerrero et al., 2012).

Insgesamt gibt es einen deutlichen Hinweis, dass Motivierende Gesprächsführung gegenüber einer wie auch immer gearteten Standardbehandlung einen Zusatznutzen bringt (Barnett et al., 2010; Monti et al., 1999; Alicia Rodríguez-Martos Dauer et al., 2006; Segatto et al., 2011; Smith et al., 2003; Spirito et al., 2004). Welche Facetten des Alkoholkonsums sich am stärksten durch Motivierende Gesprächsführung beeinflussen liessen, lässt sich, basierend auf den zugrundeliegenden Primärstudien, nicht entscheiden. Ebenso bleibt es unklar, welche Elemente der Intervention besonders relevant für diesen Zusatznutzen waren. Bei Jugendlichen scheint Motivierende Gesprächsführung zumindest kurzfristig effektiver zu sein, wenn es zusätzlich zum Patienten, zur Patientin, auch den Familienkontext miteinbezieht (Spirito et al., 2011). Über die Effektivität von Kurzintervention, die im Gegensatz zur Motivierenden Gesprächsführung auf Ratschläge und Tipps fokussiert, lässt sich keine Aussage machen. Zu diesem Schluss kamen auch die Autoren der einzigen hierzu relevanten Studie (Sommers et al., 2006).

Die erste Forschungsfrage (welche psychosoziale Intervention bei Personen, die kurz vor der Hospitalisierung Alkohol getrunken hatten, besonders effektiv ist) lässt sich basierend auf der Forschungsliteratur nicht vollständig beantworten. Es zeigt sich, dass Motivierende Gesprächsführung als „good practice“ bezeichnet werden kann. Das heisst, dass sie einen stärkeren, positiven Effekt hat als die Standardbehandlung. Die aktuellen empirischen Studien reichen jedoch nicht aus, um zu bestimmen, ob Motivierende Gesprächsführung als „best practice“ gelten kann, d.h. effektiver als andere psychosoziale Interventionen ist.

Um die zweite Forschungsfrage zu beantworten, das heisst zu bestimmen, welche Merkmale oder Faktoren die Wirksamkeit der Intervention erhöhen, reicht die aktuelle Datenlage ebenfalls nicht aus. Dies weil es nur wenige (d.h. acht) relevante Studien gibt, zudem die Studien sehr heterogen sind, etwa in Hinblick auf Elemente der Intervention, Dauer der Intervention, teilnehmende Altersgruppe usw.

McQueen et al. (2011) weisen darauf hin, dass der Behandlungserfolg in den aufgenommenen Studien und ähnlichen Studien dieser Art evtl. unterschätzt wird, da bereits das Screening und die Befragung der Teilnehmenden über ihren Alkoholkonsum zu einer Veränderung der Trinkgewohnheiten führen kann (vgl. Kypri, Langley, Saunders, & Cashell-Smith, 2007). Auch in der vorliegenden Literaturübersicht findet sich ein deutlicher Hinweis, dass der Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme auch in den Kontrollgruppen bei den Follow-Up-Erhebungen tiefer sind, als bei der Hospitalisierung. Inwiefern dieser Effekt der Befragung, der minimalen Intervention (z.B.

Handout, Feedback), der Hospitalisierung per se, der Regression zur Mitte (d.h. das Ereignis, das zur Hospitalisierung geführt hat, war ein Ausnahmefall) oder von einem anderen Faktor zuzuschreiben war, lässt sich basierend auf den vorhandenen Primärstudien nicht bestimmen.

### **5.3. Vollständigkeit der Befunde**

Die vorliegende Literaturübersicht zeigt, dass der aktuelle Wissensstand zu unvollständig ist, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die Unvollständigkeit zeigt sich in den folgenden Bereichen:

#### *Interventionsansätze*

Basierend auf der aktuellen Forschungsliteratur kann nur zum Interventionsansatz der Motivierenden Gesprächsführung eine Aussage gemacht werden: Es gibt einen deutlichen Hinweis, dass Motivierende Gesprächsführung gegenüber einer wie auch immer gearteten Standardbehandlung einen Zusatznutzen bringt. Vergleichende Aussagen zu anderen psychosozialen Interventionen sind jedoch nicht möglich. Ob beispielsweise Motivierende Gesprächsführung effektiver als Normatives Feedback ist, bleibt ungewiss.

#### *Elemente der Intervention*

Basierend auf den vorhandenen Studien lässt sich ebenfalls keine Aussagen machen, welche Elemente (z.B. „Ziele setzen“) der psychosozialen Intervention besonders zur Effektivität beitragen. Dies liegt einerseits daran, dass sich die Studien deutlich darin unterscheiden, welche Elemente verwendet wurden (bzw. wäre bei der vorhandenen Heterogenität eine grössere Zahl der Studien notwendig, um den jeweiligen Beitrag eines Elements bestimmen zu können). Andererseits sind die verwendeten Elemente in den einzelnen Studien meist nur sehr vage dokumentiert, so dass unklar bleibt, wie ähnlich die einzelnen Elemente in den jeweiligen Studien umgesetzt wurden.

#### *Altersgruppe*

Die in der Studie berücksichtigten Altersgruppen und die Dokumentation der altersspezifischen Befunde sind nicht ausreichend vollständig. Die meisten Studien decken nur die Altersgruppen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab, so dass Aussagen über das mittlere und höhere Erwachsenenalter nicht direkt möglich sind. In den Studien, die eine breite Altersspanne berücksichtigen (z.B. Alicia Rodríguez-Martos Dauer et al., 2006; Smith et al., 2003; Sommers et al., 2006), werden die Befunde nur für die Gesamtstichprobe berichtet.

#### *Heterogene Patientengruppe*

Es bleibt unklar, ob die gefundenen Effekte unabhängig von der Patientengruppe sind. Unabhängig ihrer Diagnose oder akuter Blutalkohol-Konzentration wurden die hospitalisierten Personen meist als homogene Gruppe betrachtet und die Effektivität der Intervention nur für die Gesamtstichprobe berichtet. Eine Ausnahme ist die Studie von Barnett et al. (2010).

#### *Einbezug der Familie*

Es fand sich nur eine Studie, welche die Familie der hospitalisierten Personen in die Intervention miteinbezog (Spirito et al., 2011). Die Effektivität (der Effekt war nur kurz-, aber nicht längerfristig nachweisbar) und die Effizienz (die Intervention mit Einbezug der Familie dauerte 105 bis 120 Minuten, während die anderen Interventionen mit Motivierender Gesprächsführung 15 bis 45 Minuten dauerten) der betreffenden Studien waren zwar nicht optimal, eine allgemeine Schlussfolgerung bezüglich dem Einbezug der Familie lässt sich basierend auf einer einzelnen Studie jedoch nicht ziehen. Bestehende Studien, welche die Familie mit einbeziehen (z.B. Duran et al., 2009) sind durchaus vielversprechend; ihre Effektivität müsste jedoch noch evaluiert werden.

#### *Outcome Variablen*

Sowohl innerhalb der einzelnen Studien, als auch über die Studien hinweg werden die verschiedenen Facetten des Alkoholkonsums (Häufigkeit, Menge, Volume, Rauschtrinken, alkoholbezogene



Probleme und Verletzungen, Bereitschaft zur Verhaltensänderung) nur sehr unvollständig abgedeckt. Dies ist insofern erstaunlich, da alle berücksichtigten Studien zum Ziel hatten, den Effekt der psychosozialen Intervention auf den Alkoholkonsum zu evaluieren. Weshalb jeweils nur einzelne, bzw. über Studien hinweg, verschiedene Facetten des Alkoholkonsums geprüft wurden, ist nicht nachvollziehbar. Die grosse Heterogenität der verwendeten Outcome-Variablen verunmöglichte es, die empirischen Studien in einer Metaanalyse zusammenzufassen. Auf eine a-priori-Einschränkung (z.B. nur Studien, welche den Effekt auf Rauschtrinken untersuchten) in den Einschlusskriterien wurde verzichtet, da dadurch die Zahl der relevanten empirischen Studien noch kleiner gewesen wäre.

## 5.4. Schlussfolgerungen

### 5.4.1. Implikationen für die Praxis

Obwohl die Forschungsfragen der vorliegenden systematischen Literaturübersicht basierend auf den bis dato durchgeführten Studien nur teilweise beantwortet werden konnten, lassen sich für die Praxis vier klare Schlussfolgerungen ableiten.

1. *Motivierende Gesprächsführung kann als „good practice“ empfohlen werden*  
Die Befunde der vorliegenden Literaturübersicht weisen darauf hin, dass, um den Alkoholkonsum zu reduzieren, Motivierende Gesprächsführung effektiver ist als die medizinische Standardbehandlung.
2. *Publikation in internationalen Fachzeitschriften*  
Wenn ein Programm mit psychosozialer Intervention in einem Spital implementiert wird, sollte dies von den Präventionsfachleuten in einer wissenschaftlichen Publikation dokumentiert werden (u.a. das Wirkungsmodell, Interventions-Protokoll). Die Publikation sollte möglichst in einer internationalen Zeitschrift publiziert werden, die in mindestens einer der gängigen Datenbanken zur Literatursuche (z.B. Pubmed, OvidSP, Web of Knowledge) aufgenommen ist. Dies trägt dazu bei, dass möglichst andere Programme von den Erfahrungen profitieren können.
3. *Ergebnisevaluation*  
Wie beispielsweise für das HaLT Projekt (Wurdak & Wolstein, 2012) gab es bei einer Vielzahl der zur Zeit durchgeführten psychosozialen Interventionen noch keine umfassende Ergebnisevaluation. Präventionsfachleute sollten bereits in der Planungsphase des Programms, eine Ergebnisevaluation und eine Zusammenarbeit mit Forschenden einplanen. Die Durchführung von Evaluationen könnte dazu beitragen, das Programm zu verbessern, und es würde zukünftigen Programmen ermöglichen, evidenzbasierte Interventionsmassnahmen auszuwählen. Wie oben erwähnt, sollte auch hier eine Publikation der Evaluation in einer internationalen Fachzeitschrift angestrebt werden, die in gängigen Datenbanken zur Literatursuche auffindbar ist.
4. *optimaler Zeitpunkt für die Intervention*  
Zwischen der Hospitalisierung und der ersten Follow-up-Erhebung (meistens nach etwa drei Monaten) war der Alkoholkonsum auch dann rückläufig, wenn keine psychosoziale Intervention durchgeführt wurde; im Zeitraum danach fand sich jedoch wieder eine Zunahme des Alkoholkonsums. In Anbetracht dieses Verlaufs stellt sich die Frage, ob es möglicherweise effektiver wäre, die psychosoziale Intervention nicht nur zum Zeitpunkt der Hospitalisierung, sondern beispielsweise drei Monate nach der Hospitalisierung durchzuführen. Dies mit dem Ziel, die Reduktion des Alkoholkonsums aufrecht zu erhalten und einen zukünftigen Wiederanstieg zu vermeiden. Eine entsprechende Interventionsstrategie müsste jedoch in der Praxis ausgearbeitet werden, denn unseres Wissens besteht zur Zeit keine Interventionsstrategie, die diesen zeitlichen Verlauf berücksichtigt. Das einzige was bisher besteht, sind sogenannte Booster-Sessions, das heisst, eine zeitlich versetzte, zweite oder dritte Intervention, welche den Effekt der ersten Intervention unterstützen und verstärken soll (Barnett et al., 2010; Sommers et al., 2006).

### 5.4.2. Implikationen für die Forschung

Zukünftige Evaluationsstudien zur Effektivität von psychosozialen Interventionen bei Personen, die kurz vor der Hospitalisierung Alkohol getrunken hatten oder aufgrund einer Alkoholintoxikation hospitalisiert wurden, können von den Erfahrungen aus den bisherigen, in der vorliegenden Literaturübersicht berücksichtigten Studien in den folgenden Aspekten profitieren.

1. *Qualitätssicherung*  
Zur Qualitätssicherung sollten Studien, welche die Effektivität von psychosozialen Interventionen untersuchen, in einem „clinical trial registry“ angemeldet werden. Keine der acht Studien, die in der vorliegenden Literaturübersicht verwendet wurden, berichtete, dass die Studie prospektiv registriert wurde.
2. *Stichprobe*  
Keine der Studien, die für die vorliegende Literaturübersicht relevant war, hatte eine Stichprobe von 200 oder mehr Teilnehmenden. Zumindest in kleinen Spitälern scheint die Hospitalisierung von alkoholisierten Personen ein eher seltenes Ereignis zu sein. In der Studie von Spirito et al. (2011) hat die Datenerhebung im betreffenden Spital beispielsweise sechs Jahre lang gedauert. Dennoch konnten zur Teilnahme nur gerade 125 Patienten gefunden und motiviert werden. Um eine genügend grosse Stichprobe und damit auch genügend Teststärke zu erhalten, sollte die Studie wenn möglich an einem grösseren Spital oder in Zusammenarbeit mehrerer Spitäler durchgeführt werden.
3. *Dokumentation der psychosozialen Intervention*  
Insbesondere, da einzelne Studien auf kleinen Stichproben basieren und eine geringe Teststärke haben, ist es wichtig, mehrere empirische Studien miteinander vergleichen und meta-analytisch zusammenfassen zu können. Um dies zu ermöglichen, müsste die psychosoziale Intervention jedoch ausführlicher dokumentiert werden, als dies bisher der Fall ist. Dies kann beispielsweise erfolgen, indem sich die Intervention klar an einen bereits publizierten Leitfaden hält, statt sich nur daran zu orientieren, oder indem das Interventions-Protokoll als zusätzliches Online-Material zusammen mit der Evaluationsstudie veröffentlicht wird.
4. *Dokumentation der Standardbehandlung*  
Von den acht empirischen Studien, die der vorliegenden Literaturübersicht zugrunde liegen, haben sieben (Barnett et al., 2010; Monti et al., 1999; Alicia Rodríguez-Martos Dauer et al., 2006; Segatto et al., 2011; Smith et al., 2003; Sommers et al., 2006; Spirito et al., 2004) eine „Standardbehandlung“ als Kontrollgruppe verwendet, es wurde jedoch in keiner Studie spezifiziert, worin die Standardbehandlung besteht. Dass Standardbehandlung beispielsweise nach Land oder Jahrzehnt variieren kann, zeigt sich darin, dass zur Zeit in einigen Spitälern in Deutschland die Intervention im Rahmen von HaLT bereits als eine Art Standard angesehen wird (Bühler, 2013).
5. *Auswahl der Outcome-Variablen*  
Wenn möglich, sollten bei der Evaluation die verschiedenen Facetten des Alkoholkonsums (Häufigkeit, Menge, Volumen, Rauschtrinken, alkoholbezogene Probleme und Verletzungen) möglichst vollständig abgedeckt werden. Wenn dies nicht der Fall sein kann, sollten zumindest Häufigkeit des Alkoholkonsums in einem bestimmten Zeitraum, die in einem Zeitraum oder pro 'normaler' Trinkgelegenheit konsumierte Menge und die Anzahl der Tage mit Rauschtrinken in einem bestimmten Zeitraum berichtet werden. Da es sich diesen drei Massnahmen um die Hauptdimensionen des Alkoholkonsums handelt (Gmel & Rehm, 2004; Rehm et al., 2004), ist davon auszugehen, dass eine möglichst breite Vergleichbarkeit der Ergebnisse über Studien hinweg erreicht werden kann. Um die Vergleichbarkeit über Studien hinweg zu optimieren, sollten vor allem etablierte Instrumente und Operationalisierungen verwendet werden (z.B. AUDIT, oder den Rutgers Alcohol Problem Index, White & Labouvie, 1989, statt einer von den Autoren zusammengestellte Problemskala).
6. *Dokumentation der Analysen und der Resultate*  
Die statistischen Analysen sollten nachvollziehbar beschrieben und die Resultate ausführlich genug berichtet werden, sodass die Befunde in einer Metaanalyse auch quantitativ zusammengefasst werden könnten (z.B. mittels Regressionskoeffizienten und exakten p-

Werten). Sollte dies aus Platzgründen in der Zeitschrift nicht möglich sein, können die zusätzlichen Tabellen beispielsweise als online-only-Version zugänglich gemacht werden. Dies gilt nicht nur für signifikante, sondern auch für nicht signifikante Resultate.

Wenn möglich, sollten die Resultate separat für einzelne Subgruppen der Diagnosen (z.B. Ausmass der akuten BAK, Befund von Screening-Instrumenten), bzw. der Stichprobe (z.B. Altersgruppen, Frauen/Männer) berichtet werden.

7. *optimaler Zeitpunkt für die Intervention*

Wie bereits erwähnt, war der Alkoholkonsum zwischen der Hospitalisierung und der ersten Follow-up-Erhebung in den berücksichtigten Studien rückläufig, auch in der Teilstichprobe, die keine psychosoziale Intervention erhielt. Im Zeitraum danach fand sich jedoch wieder eine Zunahme des Alkoholkonsums. Ab welchem Zeitpunkt der Alkoholkonsum nicht mehr abnehmend ist, sondern wieder zunimmt, lässt sich nicht genau feststellen. Dies, weil die Follow-Up-Erhebungen der in der vorliegenden Literaturübersicht verwendeten Studien höchstens im Drei-Monats-Intervall durchgeführt wurden. Es müsste also evaluiert werden, ob es praktikabel und effektiver ist, die Intervention zeitlich verzögert zur Hospitalisierung durchzuführen, und welches der optimale Zeitpunkt für die Intervention ist.

## 6. Recueil d'avis d'expert-e-s nationaux (centres spécialisés et hôpitaux)

Les recommandations et les avis des expert-e-s ont été récoltés et élaborés selon la méthode suivante :

- Une enquête auprès des experts du terrain est effectuée
- Une synthèse des réflexions sur les facteurs facilitateurs et les freins est soumise à un groupe d'expert-e-s dans le cadre d'une rencontre
- Une version initiale des recommandations est rédigée
- Les expert-e-s du groupe de travail donnent leur avis sur le contenu et la formulation des recommandations (cotation et commentaires)
- Une version tenant compte des avis du groupe de travail est soumise à un groupe de lecture.
- La version finale des recommandations est élaborée.

### 6.1. Elaboration des questionnaires pour faire un catalogue de mesures et de bonnes pratiques

L'objectif de dégager un état des lieux des interventions, de même que des bonnes pratiques implique une enquête au niveau du contenu même des interventions, ainsi que de la structure et de la gestion des projets (objectifs, financements, pilotage, évaluation, etc.). Il s'agit de répertorier également le matériel d'information distribué ou cité par les expert-e-s.

Pour atteindre la version finale du questionnaire, un travail de refonte successif très important s'est révélé nécessaire. Le questionnaire a également été adapté aux particularités des lieux de pratiques des personnes interrogées.

Une stratégie de synthèse des réponses aux questions ouvertes très précise et commune à l'ensemble des personnes menant les enquêtes a permis une grande homogénéité.

Le questionnaire de base se trouve en annexe (11.1)

### 6.2. Enquête auprès des expert-e-s

Pour notre enquête, nous avons interrogé les expert-e-s ayant participé à la pré-enquête que nous avons effectuée en 2012, puis recruté d'autres expert-e-s (professionnel-le-s travaillant dans le milieu hospitalier, dans des centres spécialisés) qui sont impliqué-e-s dans la thématique de l'hospitalisation suite à une intoxication alcoolique.

Nous ne visons pas de représentativité statistique. Mais nous nous sommes fixé des règles pour conserver une diversité des expériences. Nous avons ainsi sélectionné les expert-e-s en fonction de critères linguistiques, de la taille des hôpitaux, et de l'âge de leur patientèle (moins de 16 ans, entre 16 et 18 ans, et plus de 18 ans).

Cela a donc nécessité, pour un bassin de population, de contacter deux, voire trois structures selon la répartition de la prise en charge.

Nous avons contacté au total pour l'ensemble du projet 53 personnes (20 personnes de Suisse latine - 33 de Suisse alémanique) concernées par la thématique du projet.

Nous avons bénéficié d'un excellent taux de réponse (90 pourcent). Les expert-e-s se sont montré-e-s très intéressé-e-s à collaborer et préoccupé-e-s par cette thématique. Certains facteurs ont facilité notre travail: nous pouvions en général nous recommander de pairs et l'Office fédéral de la santé

publique a apporté son soutien au projet par un courrier à l'ensemble des médecins de premier recours, les invitant notamment à participer à cette enquête.

Pour quelques personnes nous n'avons pas mené d'entretiens complets; elles n'avaient pas forcément mis en œuvre de mesures mais toutes avaient mené une réflexion sur la thématique. Des expert-e-s d'associations professionnelles, responsables cantonaux ou professionnel-le-s de la santé, ont également été interrogé-e-s sans que soient utilisés les questionnaires structurés; il s'agissait de récolter des idées et informations générales.

Vingt-six interviews basées sur un questionnaire détaillé, selon les modalités ci-dessous (dix en français – seize en allemand) ont été menées. De plus, avec six personnes, nous avons eu un échange plus bref d'informations qui avaient cependant une importance pour notre travail.

Pour d'autres professionnel-le-s, nous nous sommes rendu compte que nous ne pourrions obtenir d'informations pertinentes pour notre projet et ne les avons donc pas retenus. D'autres encore ont été contacté-e-s sans succès.

### 6.3. Modalités de la passation des questionnaires

- Les entretiens, téléphoniques ou en face à face, s'approchent du type semi-directif. Nous restons attentifs à couvrir tout le questionnaire en revenant sur certaines questions de façon plus précise, si nécessaire
- Ils sont enregistrés, après accord de la personne interrogée
- Durée des entretiens: entre 35 minutes et 2h
- Retranscription systématique et adaptation en "Schriftdeutsch" pour les Suisses alémaniques interrogés.
- Les réponses aux questions sont redistribuées dans une grille de synthèse comparative.
- Les grilles, synthèses des entretiens, sont soumises aux personnes interrogées, annotées, corrigées, validées par eux.

## 7. Résultats principaux suite aux entretiens auprès des professionnel-le-s

Les données ci-dessous constituent une synthèse des réflexions des expert-e-s, qui nous permettront de dégager par la suite des recommandations de bonnes pratiques.

Dans un premier temps (7.1), nous décrivons le **déroulement de la prise en charge** de manière globale, sans préciser systématiquement la manière d'opérer par hôpital ou canton.

Dans un deuxième temps (7.2), nous dégagerons **les aspects facilitateurs ou qui agiront plutôt comme frein**. Nous avons tenté de faire ressortir les freins et facteurs facilitateurs au niveau du développement d'un projet et au niveau de la mise en place au quotidien de celui-ci. La synthèse de ces éléments, sous forme de tableau, se trouve en annexe (11.2).

Qu'ils soient menés par un hôpital à l'interne ou par une structure extérieure spécialisée dans les addictions, un projet et les solutions trouvées pour prendre en charge ces patient-e-s ne peuvent être transposés tels quels dans un autre lieu. Mais des éléments probants pourront être repris. Ce sont eux qu'il s'agira de mettre en évidence.

## 7.1. Prise en charge des patient-e-s hospitalisé-e-s, éléments de l'intervention

Nos divers entretiens avec les professionnel-le-s ont mis en évidence une grande variété dans les interventions.

### Prise en charge initiale – Intervention médicale

Des différences se remarquent même au stade de la **prise en charge initiale** des patient-e-s présentant une intoxication alcoolique.

Nous n'aborderons pas la première phase et les aspects **d'intervention médicale** à proprement parler; il est néanmoins intéressant de noter que certaines structures ont à disposition des algorithmes décisionnels qui facilitent l'évaluation de l'état clinique et la prise en charge.

Le **lieu** de cette première prise en charge fait l'objet de discussions dans plusieurs cantons. Dans le but notamment de décharger le service des urgences, est évoquée la possibilité de déplacer le lieu de réception des patient-e-s, lorsque tout risque médical est écarté, à des postes sanitaires, postes médicaux avancés ou dans des structures détachées physiquement des urgences comme il est prévu de le faire au CHUV, ou sur le lieu d'un événement "à risque", par exemple, comme c'est déjà le cas lors de carnivals au Tessin ou de fêtes spécifiques comme à Neuchâtel.

### Evaluation, tri

Lors d'une **étape d'évaluation**, de tri, les professionnel-le-s vont évaluer, en général brièvement, les facteurs qui pourraient être inquiétants. L'intoxication est-elle le signe d'une pathologie plus importante ou s'agit-il d'un "accident"? Y a-t-il une pathologie psychiatrique, connue, des signes de violence, d'autres conduites addictives associées, par exemple. Cette étape ne peut se faire que lorsque la patiente ou le patient est en état de converser. Divers outils d'anamnèse ou de tests d'évaluation de la forme de consommation d'alcool peuvent être utilisés, comme l'AUDIT C ou des questionnaires ad hoc comme dans le projet No Tox à Zurich.

Pour mieux estimer le contexte de consommation, la situation psychosociale par exemple, **l'hospitalisation** d'un-e jeune peut être **prolongée**.

### ***En l'absence de facteurs inquiétants***

Si **aucun facteur aggravant** n'est présent, et que les soins ont été prodigués, dès lors que la patiente ou le patient est en état de sobriété clinique, elle ou il peut rentrer à la maison. Les hôpitaux vont effectuer ou non une intervention supplémentaire.

### Différentes interventions psychosociales possibles

Une hospitalisation pour intoxication alcoolique aiguë est considérée comme un moment propice, en terme de prévention, un « teachable moment » qui permet la conduite de diverses interventions. Une **intervention psychosociale brève**, voire **ultra-brève** est parfois réalisée pour ces patient-e-s sur place, à l'hôpital, par un service d'alcoologie ou des professionnel-le-s formé-e-s. Divers facteurs peuvent influencer le fait que des patient-e-s bénéficient ou non d'une intervention brève parmi lesquels: la durée d'hospitalisation, le jour d'hospitalisation, la disponibilité ou le degré de formation des professionnel-le-s.

Une intervention ou un conseil, même bref, n'est donc pas effectué systématiquement pour tout-e patient-e hospitalisé-e pour une intoxication alcoolique aiguë, même pour des jeunes patient-e-s entre 16 et 18 ans.

Par contre, pour des très jeunes, en dessous de 16 ans, il est beaucoup plus fréquent qu'une prise en charge soit mise en place et suive un protocole établi. Un rendez-vous, dans un laps de temps maximum de 10 jours, est directement donné dans une **consultation pour adolescents**, sur le modèle de ce qui se fait à l'hôpital des enfants à Genève ou à Lugano. On trouve aussi des structures,

consultations pour adolescent-e-s pour les jeunes jusqu'à 18 ans qui, comme dans les cantons de Bâle ville et campagne reprennent contact avec les jeunes ayant été hospitalisé-e-s récemment en lien avec une intoxication éthylique, pour un **rendez-vous de suivi**.

Il se peut aussi que de jeunes patient-e-s quittent les urgences avec des recommandations, parfois un flyer, mais sans avoir eu d'intervention psychosociale ou de discussion approfondie sur la prise de risque ni un travail de prévention de la récurrence.

La notion de **tri en fonction du degré de mise en danger** (« low risk et high risk ») est présente dans plusieurs projets menés dans les cantons de Zurich et de Saint Gall; elle suit un protocole: dans certains projets, des questionnaires que les patient-e-s remplissent eux-mêmes ou des passations de tests permettent d'évaluer le type de prise en charge nécessaire et de proposer une structure spécialisée, différenciée selon le degré de sévérité du risque, extérieure à l'hôpital ou intégrée. Les questionnaires peuvent être envoyés à la structure adéquate, après accord des patient-e-s et ce sont ces structures qui assurent le suivi. La façon d'assurer le suivi varie d'un projet à l'autre: rendez-vous fixé sur le moment ou contact ultérieur par une structure spécialisée, par exemple.

### **Formes d'intervention et intervenant-e-s :**

Les interventions, que ce soit au chevet des patient-e-s ou de suivi, de même que dans des consultations d'adolescent-e-s ou d'enfants, intègrent des **professionnel-le-s multiples**, médecins, psychiatres, pédopsychiatres, infirmiers, infirmières, personnel formé en addictologie, en entretien motivationnel. Il peut y avoir un appel systématique d'un-e psychiatre ou d'un-e pédopsychiatre, ou en cas de facteurs qui pourraient se révéler inquiétants ou de récurrence.

Les interventions psychosociales qui nous sont rapportées font référence en général à des entretiens motivationnels, structurés selon un guide de questions ou de thèmes que les professionnel-le-s abordent, ou plus libres. La plupart du temps, en présence d'enfants ou de jeunes, tout ou partie de l'entretien se fait avec les parents ou des représentants légaux. Il peut arriver qu'un-e jeune refuse leur présence et dans ce cas l'intervention se fait sans eux. Dans certains projets, les parents sont impliqués dans le processus, et encouragés à jouer leur rôle d'éducatrice et d'éducateur, comme dans la consultation pour adolescents de l'Hôpital pour enfants de Genève.

### **Transmission des informations et sortie**

Les proches des patient-e-s sont souvent rapidement contactés, après accord de la patiente ou du patient, ou selon la gravité de la situation. Selon le degré de discernement estimé et l'âge de la patiente ou du patient, les parents sont contactés avec son accord ou systématiquement. Des procédures auprès des autorités judiciaires peuvent être ouvertes en fonction des situations ou, selon les hôpitaux, un signalement est systématique lorsque l'on est en présence d'enfants ou de jeunes de moins de 16 ans (mise en danger de la vie suite à remise illégale d'alcool).

En général, dans la mesure du possible, on veille à ce que des **informations** soient transmises au médecin traitant et selon les projets à une structure spécialisée. Une lettre de sortie peut être fournie au patient pour qu'il la transmette au médecin traitant ou directement envoyée par l'hôpital, avec l'accord du patient.

### ***En présence de facteurs aggravants***

Si lors de l'évaluation initiale des **facteurs inquiétants** sont repérés, un suivi ou une prise en charge thérapeutique plus conséquents pourront être mis en place ou préparés. Ces facteurs aggravants peuvent être de type pathologie psychiatrique, autres conduites addictives associées, détresse sociale, événement de vie (violence), comorbidité somatique, - présence d'enfants en bas âge à la maison. A noter que selon Wicki (2013) les  $\frac{3}{4}$  des personnes hospitalisées avec une intoxication



alcoolique comme diagnostic principal présentent un diagnostic secondaire comme une dépendance à l'alcool (36%), des troubles mentaux, affectifs, des troubles du comportement, ou de l'humeur (31 %). La dépendance<sup>2</sup> est également évaluée en ayant recours à des tests tels AUDIT, CAGE, DEP-ADO.

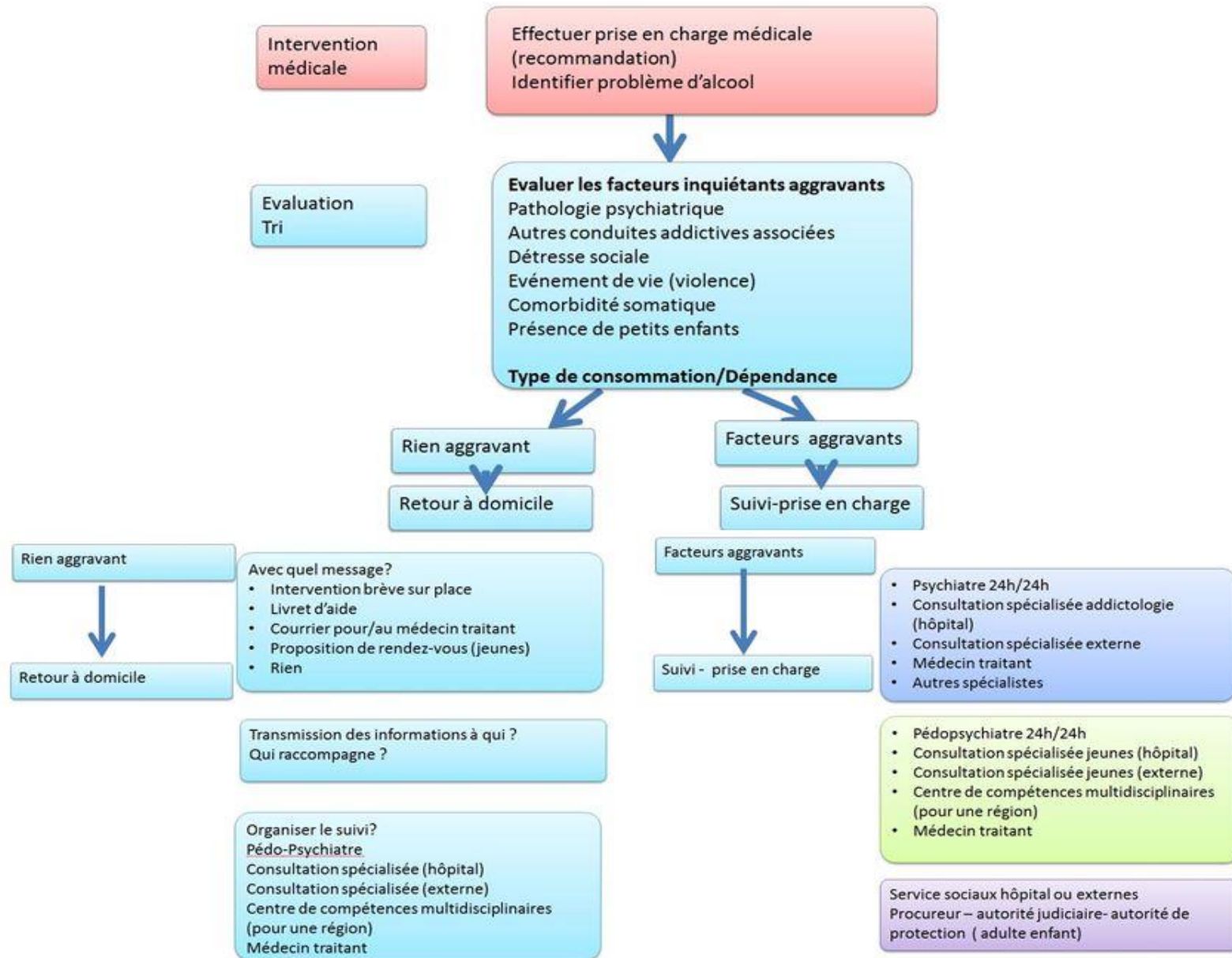
La prise en charge peut se faire selon la situation par un-e psychiatre, une consultation d'alcoologie interne à l'hôpital, une consultation spécialisée externe, les médecins traitant-e-s ou d'autres spécialistes. Selon les cas, les services sociaux de l'hôpital ou externes peuvent être contactés ou l'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant. Le réseau qui entoure déjà souvent ces patients est activé.

Le graphique ci-après synthétise les différentes étapes de la prise en charge telle qu'effectuée dans les structures en Suisse.

---

<sup>2</sup> Il n'est dès lors pas rare que le patient hospitalisé présente des symptômes de sevrage et doive être traité, ou qu'il souhaite effectuer un sevrage in situ.





D'après ANAES/ Service des recommandations professionnelles/ 2011

## 7.2. Facteurs facilitateurs et freins structurels à une intervention psychosociale

Nous avons synthétisé les informations transmises par les expert-e-s. Elles sont présentées en distinguant les facteurs facilitateurs « + » des freins « - ». Il ne s'agit pas de recommandations de leur part mais d'éléments qui semblent agir comme frein ou facilitateur.

Les informations décrites ci-dessous sont également présentées sous la forme d'un tableau plus synthétique en annexe (11.2).

### 7.2.1. Mise en place du projet

+ D'un point de vue **structurel**, pour qu'une intervention psychosociale soit plus facilement mise en place, les expert-e-s insistent sur l'importance de s'inspirer d'autres projets existant déjà dans l'hôpital, de réussir à impliquer dans ces projets des personnes ayant un statut hiérarchique suffisant, comme le ou la médecin-chef. Si un projet couvre plusieurs structures hospitalières dans un canton, il faudra veiller à ce que chaque chef-fe des urgences participe au processus de mise en place. L'échange d'expériences dans d'autres lieux est bien entendu très utile. Des données chiffrées, des évidences scientifiques de même que des outils validés permettent de soutenir et faciliter la mise en place d'un projet. Il en est de même s'il existe une volonté politique de trouver des solutions à cette situation problématique ou que les autorités demandent que la collaboration soit renforcée entre structures hospitalières et structures spécialisées en addiction mandatées par le canton.

- La conception du rôle principal d'un service des urgences, à savoir sanitaire et non pas de prévention, peut constituer un frein à la mise en place d'une intervention psychosociale. La formation jugée parfois déficiente des médecins sur la question de l'alcool agit également dans ce sens. Le manque d'évidence quant à savoir si l'intervention de suivi devrait se faire de préférence aux urgences ou à l'externe, n'en facilite pas la mise en place. Des questions administratives pourraient constituer des freins et posent question: le nouveau système de facturation manque de flexibilité, pour effectuer un screening par exemple. De plus, il permettrait de comprendre le diagnostic. Et ainsi des assurances maladies rechigneraient à payer l'entier de la facture de l'hospitalisation.

### 7.2.2. Pérennité du projet

+ Pour qu'un projet puisse durer, il est souhaitable qu'il soit porté par une personne hiérarchiquement élevée dans l'hôpital. De plus, pour que la thématique de l'alcool soit mieux prise en compte, il est utile de créer ou de pouvoir s'appuyer sur un groupe qualité "Alcool" réunissant des représentant-e-s du personnel infirmier et médical de tous les services. L'ancrage de la thématique est favorisé si elle est considérée au même titre que la maltraitance, la mise en danger (en pédiatrie) et qu'il existe un groupe hospitalier de protection de l'enfant. Les expert-e-s soulignent d'autres facteurs facilitateurs: le fait qu'il existe déjà une consultation enfant-adolescent (par exemple dans l'hôpital) ou un groupe multidisciplinaire, intégrant un-e psychiatre; ou également qu'un centre de compétences multidisciplinaires fonctionne pour toute une région (quand ce sont de petits hôpitaux). Ces structures agissent aussi favorablement quant à la mise en place d'un projet. D'une manière plus générale, le fait que l'intervention ne nécessite pas de budget supplémentaire, qu'elle soit intégrée à une procédure standard, au même titre qu'un autre acte thérapeutique, peut aussi s'avérer positif.

- Le risque qu'une intervention ne soit pas faite sur le long terme est surtout lié au très grand tournus des professionnel-le-s dans les services et avec ce tournus la perte des compétences. Ce risque est encore augmenté si des formations, par exemple en entretien motivationnel, ne sont pas très régulièrement et systématiquement organisées.

## **7.3. Facteurs facilitateurs et freins à la mise en œuvre au quotidien d'une intervention psychosociale**

### **7.3.1. Niveau diagnostic**

+ Réaliser une évaluation systématique d'un risque supplémentaire ou de la nécessité d'un suivi psychiatrique facilite la réalisation d'une intervention psychosociale. Les outils d'orientations diagnostiques (algorithme décisionnel, grille de dépistage et d'évaluation) sont indispensables. Ils sont mis à la disposition des professionnel-le-s, utilisés couramment dans le service, leur utilisation est explicitée.

- Les freins mentionnés font référence à l'absence d'utilisation systématique d'un protocole, ou de systématique au moment du tri entre situation « simple » et celle avec facteurs aggravants. Il n'existe de plus que peu d'algorithmes clairs de prise en charge. Le diagnostic à poser se révèle très souvent complexe avec des dimensions médicales et psychiatriques.

### **7.3.2. Niveau juridique**

De nombreuses questions juridiques ont été soulevées, particulièrement dans les consultations enfants - adolescents. Le cadre dans lequel elles se posent fait référence au secret médical (limité), à l'évaluation de la capacité de discernement (nécessaire entre 12 et 16 ans), au dilemme dans lequel le ou la médecin se trouve, entre garantir le secret médical à l'adolescent-e et néanmoins tenir les parents au courant de la consultation (sans en décrire le contenu). Des différences cantonales de la législation sont possibles, des interprétations juridiques également (Rutishauser (2006), Caflisch (2008)).

Nous avons ainsi recueilli des attitudes très différentes selon les hôpitaux et les projets, attitudes explicitement décrites ou en cours de clarification.

+ Certains faits vont faciliter la mise en œuvre d'interventions pour ces patient-e-s et en particulier une position claire décrite dans l'hôpital sur les questions mentionnées ci-dessus. Il peut être décidé dans un hôpital que les parents ou les représentants légaux d'un-e jeune jusqu'à 16 ans sont informés, puisque l'événement est assimilé à une mise en danger de la vie.

D'autres éclaircissements soutiennent la mise en place d'une intervention: la position de l'hôpital est discutée et soutenue par les autorités judiciaires cantonales; le service social de l'hôpital peut être mis à contribution en cas de questions légales; le statut de l'accord du patient sur la transmission d'informations au médecin traitant est clairement documenté dans la feuille de sortie; une recommandation explicite est formulée selon laquelle, en présence d'enfants en bas âge dans l'entourage du patient, on a recours aux services sociaux de l'hôpital ou, selon les cas, un signalement aux autorités est effectué.

- Parmi les freins, notons que l'assentiment nécessaire des patient-e-s pour une intervention peut avoir pour conséquence un refus de la prise en charge proposée. Les expert-e-s étaient nombreux à citer le flou juridique ressenti quant à la prise en charge des 16-18 ans.

### **7.3.3. Niveau structurel**

+ Lorsque le dispositif de prise en charge est mis en place et peut être activé 7 jours sur 7, l'intervention en sera facilitée (avec un-e psychiatre de garde par exemple). Il en est de même si le type d'intervention de suivi, ou si la structure qui effectue le suivi sont connus du service des urgences (facilité pour convaincre un-e patient-e d'y aller ou penser à la proposer) ou qu'une consultation jeune-enfant existe déjà au sein de l'hôpital.

La familiarité des lieux dans lesquels se passent ces entretiens de suivi a également un effet positif. Sur un plan plus pratique, il semble que fixer un rendez-vous directement au moment de l'hospitalisation pour un entretien de suivi, ou que l'hôpital informe les médecins traitants, soient aussi des facteurs facilitateurs.

La formation du personnel joue également un rôle important: que le personnel (médical et infirmier) soit régulièrement formé en intervention brève ou qu'une formation minimale soit intégrée dans les colloques standards du service pour l'ensemble du personnel. Autre mesure facilitatrice: que des personnes de référence, par service, se forment spécifiquement en entretien motivationnel.

- Parmi les freins, la surcharge chronique du service des urgences est très souvent citée, ce qui a pour conséquence que des interventions autres que médicales ne sont pas effectuées ou "oubliées". Le contexte des urgences, en terme de respect de la sphère privée, ne semble pas vraiment approprié. La formation des professionnel-le-s dans le domaine de l'alcoolologie, que ce soit dans la formation de base ou en formation continue, est jugée déficiente.

#### **7.3.4. Niveau patient-e et famille**

+ Voir un-e proche, son partenaire, son adolescent-e par exemple, hospitalisé-e suite à une intoxication alcoolique aiguë, impressionne et peut constituer un moment d'intervention stratégique. La présence, quasi indispensable, des parents ou des représentants légaux d'enfants permet un premier entretien également avec la famille; cette première démarche va faciliter également la venue à un entretien de suivi.

- Une sous-estimation ou mésestimation de la consommation d'alcool, de la gravité du problème (par la personne hospitalisée ou sa famille) peut freiner une prise en charge.

Les expert-e-s ont souvent mentionné que ces patient-e-s peuvent être difficiles, peu collaborant-e-s, voire violent-e-s; il peut en être de même des proches. Mener des entretiens avec des patient-e-s dans cet état de conscience peut s'avérer très compliqué. Selon les cas, les patient-e-s ne souhaitent pas discuter de cette situation spécifique dans le contexte des urgences, et faire passer un questionnaire est alors difficile.

#### **7.3.5. Niveau du personnel**

+ Si les professionnel-le-s dans les hôpitaux estiment que prendre en compte et évaluer la question de l'alcool fait partie de leur rôle de médecin, infirmier-ère, la réalisation d'intervention spécifique en sera facilitée. Déjà mentionnée, une formation suffisante, de base et continue, régulière, sur la question de l'alcool et de l'entretien motivationnel agira également comme facteur facilitateur; elle peut aussi être réalisée par des structures spécialisées. Il peut être utile de proposer une formation minimale à l'ensemble du personnel et désigner des personnes de référence par service qui effectueront une intervention psychosociale ou un entretien motivationnel, que ces personnes soient à former ou déjà formées. Pour soutenir les professionnel-le-s, il est recommandé par nos expert-e-s de mettre à leur disposition des outils, des questionnaires, des supports d'entretien, des flyers d'information de bases et des listes d'adresses de centres spécialisés. Ces documents peuvent également être réalisés par les centres spécialisés en addiction.

- La représentation qu'ont les professionnel-le-s de la question de l'alcool, des intoxications alcooliques, ou de la personne avec des problèmes d'alcool peut agir comme frein. Il n'est pas rare que l'alcool soit vu comme un sujet tabou, difficile à aborder, et que la personne présentant des problèmes d'alcool soit stigmatisée. La banalisation d'une alcoolisation excessive de jeunes entre 16 et 20 ans empêche également une prise en charge cohérente des patient-e-s. Le personnel hospitalier se sent parfois démuni, manquant de formation spécifique et devant gérer bien d'autres priorités.

## 7.4. Remarques spécifiques évoquées par les centres spécialisés en addiction

Une partie des projets de notre panel sont menés par les hôpitaux, indépendamment des centres spécialisés en addiction. Pour d'autres par contre, les structures spécialisées jouent un rôle important, que ce soit dans le développement du projet ou sa mise en œuvre. Elles peuvent être responsables d'une partie ou de l'entier des interventions. Voici leurs différents rôles possibles :

Un centre spécialisé en addiction peut apporter une contribution non négligeable afin que des mesures soient prises, en sensibilisant les hôpitaux à la problématique ou en agissant en tant que facilitateur, de catalyseur (pilotage, prise de contact, recherche de fonds). Ils peuvent aussi favoriser la pérennité des projets.

Un centre spécialisé peut aussi jouer un rôle concret dans l'intervention : dans certains projets, ce sont les collaboratrices et les collaborateurs de l'institution qui réalisent les interventions au sein de l'hôpital ou de leur structure. Les entretiens menés sont en général de type entretiens motivationnels. Ces professionnel-le-s peuvent aussi assurer la formation du personnel ou élaborer le matériel de sensibilisation à l'attention des personnes concernées et des proches.

Nous avons également synthétisé les facteurs facilitateurs et freins évoqués par les centres spécialisés qui touchent leur rôle et leur travail. Les informations sont présentées sous forme de tableau en annexe (11.3).

### 7.4.1. Facteurs propres aux centres spécialisés

+ La structure spécialisée pourra plus facilement développer ou mener un projet au sein de l'hôpital si elle intègre et respecte le système complexe de l'hôpital, caractérisé par une hiérarchie forte et un rythme spécifique. Une grande souplesse est nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques de l'hôpital. Si l'intervention effectuée fait partie du budget courant de la structure et si ce projet est porté par l'ensemble du centre et ne repose pas que sur une personne, cela agira aussi comme élément facilitateur.

- A contrario, une méconnaissance du setting hospitalier constituera un frein. Il en va de même des ressources limitées. Lorsque les interventions sont menées par des structures spécialisées extérieures, elles ne peuvent souvent pas se dérouler pendant les week-ends et aucune autre procédure ne vient combler cette carence.

#### **7.4.2. Facteurs internes à l'hôpital**

+ Des points positifs ont été relevés comme le fait que les différentes directions impliquées dans un projet (hôpitaux et centres spécialisés) le soutiennent et qu'il bénéficie ainsi d'un accord stratégique. Même constatation si la personne clé du projet au sein de l'hôpital a une position hiérarchique élevée et qu'elle soutient le projet de manière active.

#### **7.4.3. Collaboration, divers**

+ L'intégration du centre spécialisé et sa perception au sein de l'hôpital est un facteur important : certains centres participent aux colloques, ils sont connus du personnel et il en est de même du projet. Ils sont reconnus comme experts et ont le soutien du personnel.

- Parfois la collaboration proposée par une structure autour d'un projet est refusée par l'hôpital. Diverses raisons complexes peuvent avoir pour effet que, sur le nombre de personnes hospitalisées pour intoxication alcoolique, très peu se rendent dans les structures spécialisées externes pour un suivi, malgré la proposition qui leur est faite.

## 8. Etablissement de recommandations

### 8.1. Méthode utilisée pour élaborer des recommandations<sup>3</sup>:

La prise en charge pour une intoxication alcoolique au sein des hôpitaux est très hétérogène, tant au niveau des ressources, que du nombre de cas traités, des infrastructures et formations des professionnels à disposition. En nous appuyant sur l'analyse des données disponibles et le recueil d'avis d'expert-e-s, nous avons extrait des éléments présents dans des projets qui feront l'objet de recommandations, élaborées selon un processus de consensus d'expert-e-s.

- Les pratiques mises en place, les besoins identifiés à partir des enquêtes d'expert-e-s et de l'analyse de littérature sont discutés lors d'une rencontre d'expert-e-s (ci-dessous 8.3 Réunion du groupe de travail).
- A partir de cette rencontre, des propositions de recommandations sur les points discutés sont élaborés par le groupe de projet (Addiction Suisse).
- Cette version initiale de recommandations est soumise par courrier électronique au groupe de travail pour avis individuel, et évaluation. Chaque recommandation est soumise avec une échelle graduée de 1 (pas du tout d'accord) à 9 (tout à fait d'accord) qui permet à l'expert-e de donner son degré de soutien <sup>4</sup> à cette recommandation, de même qu'un espace pour des commentaires.
- Une première analyse des résultats est effectuée. Les recommandations n'étant pas jugées appropriées (moyenne inférieure à 7) sont signalées comme telles. En fonction des remarques sur leur formulation, certaines recommandations sont légèrement modifiées.
- Ces recommandations sont soumises par courrier électronique au groupe de lecture, pour avis individuel, en précisant celles qui sont approuvées par le groupe de travail.
- Une version finale des recommandations est élaborée par le groupe de projet.

### 8.2. Caractéristiques et rôles des groupes d'expert-e-s dans l'élaboration des recommandations

Deux groupes d'expert-e-s aux rôles différents ont été sollicités : un premier nommé « groupe de travail » et l'autre « groupe de lecture ».

#### Groupe de travail

Pour sélectionner les membres du groupe de travail, nous nous sommes basés sur l'expérience qu'ils ou elles avaient développée en matière d'intervention dans le cadre des hospitalisations suite à une intoxication éthylique aiguë, ou les connaissances dont ils ou elles disposaient qui leur permettaient de juger de la pertinence des mesures.

Nous avons essayé de garantir une représentation si possible équilibrée quant aux origines géographiques, à l'âge de la patientèle, au lieu de travail (milieu hospitalier, structure spécialisée en addiction) et dans une moindre mesure aux professions concernées.

Son rôle est de

- prendre connaissance des résultats de la revue systématique de littérature de la synthèse des expériences et des facteurs facilitateurs ou freins
- participer à la rencontre de préparation des recommandations.

---

<sup>3</sup> Nous nous basons sur "Elaboration de recommandations de bonne pratique", Haute Autorité de Santé, 2010

<sup>4</sup> Seules les recommandations dont la valeur moyenne  $\geq 7$  sont retenues



- analyser, commenter et évaluer la version initiale des recommandations.

Le groupe est ainsi constitué de 19 personnes (coordonnées en annexe, cf 11.4). Le recueil d'informations récoltés préalablement leur est soumis, dans un rapport, avant la rencontre du groupe d'expert-e-s.

### **Groupe de lecture**

Les membres du groupe de lecture sont sélectionnés également en tentant de respecter les critères d'équilibre mentionnés ci-dessus. Ils peuvent être un peu plus éloignés de la thématique mais disposer de compétences reconnues sur le thème ou une partie du thème.

Son rôle est de :

- prendre connaissance de la version des propositions de recommandations revues suite aux commentaires du groupe de travail.
- prendre position sur les divers points des recommandations et émettre un avis critique

Le groupe de lecture est constitué de 24 personnes (coordonnées en annexe, cf 11.5). Les membres du groupe rendent un avis individuel (il peut être discuté au sein d'un service, une structure) et ne sont pas réunis.

## **8.3. Réunion du groupe de travail**

Le groupe de travail s'est réuni le 20 février 2014 à Berne durant trois heures; les discussions se déroulaient en allemand et français avec traduction simultanée. Après un rappel des résultats principaux de la revue de littérature spécifique et des enquêtes auprès des expert-e-s suisses, deux groupes différents ont travaillé sur des questions particulières sélectionnées. Le but du travail de groupe était de dégager un consensus autour de points qui semblaient importants, en partant des conclusions de la revue de littérature et des interviews des expert-e-s.

Les expert-e-s étaient répartis dans les deux groupes, en fonction de l'âge de leur patientèle (moins de 16 ans, plus âgés), en veillant, lorsque la structure s'occupait d'une population mixte, à une répartition homogène entre hôpital et centre de consultation spécialisé.

Les thèmes de réflexion pour les deux groupes portaient sur:

- Le moment et la forme de l'intervention, de la prise en charge
- La fonction et les rôles des différents acteurs de la prise en charge
- Les compétences nécessaires et la formation des professionnels
- Les procédures utilisées (modalité de repérage, protocole de prise en charge)

Les discussions guidées ont été enregistrées et ont permis de rédiger une version initiale des recommandations.



## 8.4. Evaluation des recommandations

La version finale de ces recommandations est rédigée à partir des recommandations retenues par les 2 groupes de lectures conjoints. Une recommandation est retenue si la valeur moyenne M (soutien), attribuée à cette recommandation par les expert-e-s des groupe de travail et groupe de lecture, est supérieure à 7 (l'échelle va de 1 à 9). Les recommandations ont fait également l'objet d'un calcul de la distribution (écart-type, SD, dans les tableaux ci-dessous) pour évaluer la force de l'accord des expert-e-s autour de cette recommandation. Le tableau synthétique est en annexe ( cf 11.6)

## 8.5. Liste des recommandations

Cette liste de recommandations entend répondre aux questions suivantes:

Quel est le moment idéal d'intervention et quelle forme la prise en charge doit-elle prendre?  
Quels sont les fonctions et rôles des différents acteurs impliqués dans la prise en charge?  
Quelles sont les compétences nécessaires pour une prise en charge efficace?  
Quelles procédures et quels outils sont-ils utiles?

Chaque question sera suivie des recommandations retenues, d'observations au sujet de celles-ci extraites des réflexions des expert-e-s, puis à titre indicatif, d'exemples de mesures mises en place dans des projets en Suisse.

**Quel est le moment idéal d'intervention et quelle forme la prise en charge doit-elle prendre ?**

Recommandations:

A1<sup>5</sup>. Tous les enfants et les jeunes hospitalisés en raison d'une intoxication alcoolique aiguë doivent bénéficier d'une intervention psychosociale.

Soutien: 8.5

A2. Il est recommandé d'attendre que le patient ou la patiente soit dégrisé-e ou d'intervenir au plus tard au moment de la sortie ou avant le transfert dans une autre unité de soins.

Soutien: 8.2

### Observation

*L'hospitalisation qui fait suite à une intoxication alcoolique aiguë constitue une fenêtre d'opportunité, un moment pendant lequel l'enfant, le jeune et même l'adulte peut être plus facilement sensibilisé ("teachable moment").*

*Pour les jeunes, l'objectif est d'éviter les récurrences, les mises en danger et qu'ils ne développent une dépendance.*

*Pour les personnes qui ne sont plus intégrées dans un réseau de soins et en difficulté, il peut s'agir d'une opportunité pour les réintégrer.*

Exemple de mesures: un entretien bref est mené lors de l'hospitalisation par le personnel des urgences pédiatriques. Puis un rendez-vous de suivi est fixé et proposé.

<sup>5</sup> Cette indication fait référence à la liste des recommandations qui ont été soumises aux expert-e-s (cf 11.6)

Recommandations:

E8 Il est recommandé de doter les urgences des ressources nécessaires à une première intervention aux urgences.

Soutien : 7.9

E7. Vu le nombre plus élevé d'intoxications alcooliques aiguës en fin de semaine ou lors d'événements festifs particuliers, il est recommandé de mettre un accent particulier, des ressources, sur ces périodes.

Soutien: 8.0

Observation

*Les services d'urgence souffrent d'un problème de surcharge chronique. Des pistes sont étudiées ou déjà en cours.*

Exemple de mesures: Des postes de tri sanitaire, sont mis en place au cœur de l'événement lors des carnivals ou fêtes spécifiques « à risques ».

Recommandations:

A3. Il est recommandé d'effectuer un dépistage systématique (screening, évaluation entre "low" et "high risk")

Soutien: 7.9

E4. Il est recommandé d'appliquer les mesures de screening également aux personnes dont le diagnostic **secondaire** est une intoxication alcoolique (personnes hospitalisées pour une fracture, par ex.).

Soutien : 8.5

Observation

*La forme de l'intervention va dépendre du degré de gravité: le patient présente-t-il des facteurs aggravants, une situation psychosociale complexe, s'agit-il d'un "accident", d'une mésestimation de la quantité d'alcool consommée?*

Exemple de mesures: Il est proposé aux patients d'effectuer un test de dépistage AUDIT C dans les 48 heures.

Recommandations:

A4. Pour les adultes, il est recommandé d'assortir le dépistage d'une proposition de rendez-vous de suivi.

Soutien: 8.1

E3. Il est conseillé de tenir compte de l'aspect genre dans les mesures, et de les adapter également à l'âge des patients.

Soutien : 7.7

Observation

*Le dépistage systématique pour les adultes permet de mieux cibler les personnes qui ont besoin d'un suivi: la majorité des patients adultes hospitalisés en raison d'une intoxication alcoolique aiguë a comme diagnostic secondaire une dépendance à l'alcool ou des troubles mentaux ou des troubles du comportement<sup>6</sup> et nécessite donc un suivi. Pour les personnes ne présentant pas de facteurs aggravants, une intervention plus développée n'est pas nécessaire. Le service des urgences étant surchargé dans certains hôpitaux ou à certains moments, il s'agirait de faire une intervention minimale, un dépistage et envisager dès le départ un suivi dans une autre unité ou structure.*

<sup>6</sup> Effektivität psychosozialer Interventionen im Spital bei Alkohol-Intoxikation: Eine systematische Literaturübersicht. Wicki, M., Wurdak, M., Kuntsche E., 2013

Exemple de mesures: Il est proposé aux patients de rencontrer un-e professionnel-le d'une structure spécialisée ou d'un service d'alcoologie.

Recommandation:

A5. Il est recommandé de recueillir des éléments sur les facteurs aggravants (comorbidité, consommations associées, problèmes psychiatriques, ...).  
Soutien: 8.6

#### Observation

*Lorsque les éléments évalués (psychiatriques, sociaux, somatiques) amènent à conclure à une situation grave, une prise en charge spécifique et plus lourde sera mise en place, parfois une consultation spécialisée en urgence.*

Exemple de mesures: Une évaluation se fait au moyen de l'AUDIT C dans les 48 heures ; suivant le degré de gravité, il y a discussion et orientation différenciée pour un suivi. Un questionnaire détaillé comprenant des questions sur les comorbidités de même qu'un guideline qui permet d'orienter le patient vers la structure adéquate sont à disposition du personnel des urgences.

Recommandations:

A6. A tous les enfants et les jeunes, il est recommandé au plus tard au moment de quitter les urgences de fixer un rendez-vous de suivi dans une consultation spécialisée ou effectuée par un-e professionnel-le formé-e.  
Soutien: 8.2

A7. Les jeunes de 16 à 18 ans (qui ne sont pas hospitalisés dans les urgences pédiatriques) devraient aussi se voir proposer systématiquement un rendez-vous dans une consultation spécialisée ("consultation jeunes", pédopsychiatre, professionnel-le-s formé-e-s ...).  
Soutien : 8.4

#### Observation

*La fenêtre d'opportunité que représente l'hospitalisation est à utiliser dans un but de prévenir une récurrence, de discuter de la consommation de l'enfant ou du jeune, de son état psychosocial. Fixer un rendez-vous de suivi à ce moment comme une continuité à la prise en charge hospitalière favorise le taux de suivi.*

Exemple de mesures: Le personnel des urgences (pédiatrique mais aussi adulte) est informé du contenu des entretiens de suivi pour les enfants et les jeunes, de la structure qui le mène et des jours de consultations. Une carte de rendez-vous est distribuée. Un rappel téléphonique du rendez-vous est également un élément favorisant la venue au rendez-vous.

Recommandations:

A8 Il est recommandé d'intégrer les parents dans les entretiens de suivi des enfants et des jeunes (à discuter selon les situations et l'âge).  
Soutien: 8.2  
E5. Il est recommandé d'encourager activement les parents à s'adresser à un service spécialisé s'ils en ressentent le besoin.  
Soutien 8.7

#### Observation

*La famille peut être "choquée" sur le moment par cet événement qui se termine aux urgences et peu encline à aborder le sujet. Il est important d'impliquer les parents, aussi souvent que possible, de les renforcer dans leur rôle éducatif. La proposition d'entretien de suivi dans une consultation spécialisée,*

en présence des parents est bien acceptée par ces derniers. De nombreuses questions se posent quant à la transmission des données des patients, selon leur âge. Ces notions doivent être clarifiées.

Exemple de mesures: Les parents sont informés du suivi, leur présence est sollicitée. Les entretiens de suivi peuvent se réaliser partiellement en présence du jeune uniquement, puis avec les parents.

Recommandations:

A10 Si le ou la patient-e ne souhaite pas discuter de sa consommation, il est recommandé de lui transmettre un document écrit, une adresse internet d'auto-support et de l'orienter vers une structure spécialisée (attention à différencier selon screening).

Soutien: 7.9

F1. Il est recommandé de fournir à tous les patient-e-s concerné-e-s un flyer d'information et d'adresses.

Soutien: 8.3

F3. Il est recommandé de mettre à disposition des flyers d'information et adresses spécialisées aux proches.

Soutien : 8.2

#### Observation

*Une partie des patient-e-s s'empressent, une fois dégrisé-e-s de rentrer le plus rapidement possible à la maison. Certain-e-s sont vraiment difficiles et peu ouvert-e-s à discuter.*

Exemple de mesures: L'AUDIT C présenté sous forme de cartes postales permet d'effectuer soi-même une évaluation de sa consommation. Ces cartes sont à disposition, de même que des brochures présentant les structures ou services spécialisés.

**Quels sont les fonctions et rôles des différents acteurs impliqués dans la prise en charge?**

Recommandation:

B1 Il est recommandé de s'appuyer sur les ressources en personnel existantes et qui sont à disposition le plus facilement

Soutien: 7.9

B2 Il est conseillé que l'intervention développée se base sur une approche médecin **et** personnel soignant- infirmier.

Soutien : 7.7

#### Observation

*Il existe une grande disparité entre les hôpitaux, qu'ils soient universitaires ou régionaux, situés dans des villes ou régions de campagne. Dans la mesure du possible les recommandations s'adressent à tous. Dans les structures hospitalières il existe un important "turn over" des professionnel-le-s, particulièrement des médecins, médecins assistant-e-s. Les infirmiers et infirmières sont plus proches des patient-e-s, tandis que le médecin "impressionne" plus. Un médecin (chef de clinique ou médecin-chef) est présent également le week-end et change moins fréquemment; c'est le médecin qui, in fine, va donner son accord pour la sortie du patient.*

Exemple de mesures: Le service des urgences peut également s'appuyer sur le personnel infirmier formé, pour l'évaluation et pour mener une intervention brève.

Recommandation:

B5 Il est recommandé que le personnel des urgences crée un climat de confiance (sans tabou ni stigmatisation) qui favorise l'acceptation d'un suivi par le ou la patient-e.  
Soutien: 8.7

Observation

*La perception des patient-e-s présentant une consommation problématique d'alcool est délicate, selon les structures. Il manque parfois une culture de prise en charge de ces patient-e-s, un climat de confiance propice au dialogue. Une partie des professionnel-le-s ne se sentent pas à l'aise avec la question.*

Exemple de mesures: Une enquête de besoin auprès du personnel est effectuée, des formations qui répondent aux besoins exprimés (sens de traiter ces patient-e-s, connaissances sur la dépendance à l'alcool, ...) sont proposées.

Recommandations:

B6 Pour les enfants et les jeunes il est recommandé que le suivi soit effectué dans une "consultation spécialisée enfants-jeunes" par des professionnel-le-s formé-e-s en entretien motivationnel, pédopsychiatres ou médecins de famille.  
Soutien: 7.9  
B8 Lorsqu'il existe, dans les hôpitaux pour enfants, il est conseillé de réfléchir au rôle à attribuer au groupe de protection de l'enfant<sup>7</sup> sur cette thématique.  
Soutien : 7.5

Observation

*Il existe une grande disparité de structures ou de professionnel-le-s qui prennent en charge les enfants et jeunes. L'important est que les professionnel-le-s soient formés à la particularité de cette prise en charge.*

Exemple de mesures: Une consultation « Enfants-jeunes » reçoit les enfants et famille des jeunes après une hospitalisation suite à une intoxication alcoolique, dans les 10 jours. Cette consultation peut fonctionner pour une région.

Recommandations:

B7 Il est recommandé d'identifier clairement un interlocuteur, une structure spécialisée de référence (en addiction ou enfants-jeunes, médecin de famille), pour le suivi, interne à l'hôpital ou extérieur.  
Soutien: 8.6  
E6. Il est recommandé de ne pas oublier d'intégrer les médecins de famille aux bénéficiaires des informations sur le projet, car une partie des patient-e-s consulte son médecin de famille.  
Soutien : 8.4

Observation

*Les professionnel-le-s des urgences après évaluation doivent savoir clairement vers qui orienter le patient, disposer d'une procédure écrite et claire. Connaître le réseau existant, la forme de suivi proposé favorise le recours du patient à l'aide proposée.*

---

<sup>7</sup> Dans les hôpitaux, le groupe de protection de l'enfant offre une prise en charge (évaluation et traitement) dans les situations d'abus sexuel, de négligence et de maltraitance.

Exemple de mesures: Les professionnel-le-s disposent d'un outil qui décrit le parcours, tri entre diverses structures qui prennent en charge les patient-e-s- sans facteurs aggravants et ceux qui nécessitent un suivi psychiatrique ou alcoologique.

Recommandations:

B9 Il est recommandé qu'un groupe de travail interdisciplinaire (dont centre spécialisé, spécialistes adolescent-e-s-jeunes adultes) soit constitué afin de soutenir l'actualité de la thématique, et d'agir comme moteur.

Soutien: 7.5

B10 Les centres spécialisés en addiction peuvent agir comme "équipe de liaison" (intervention au chevet des patient-e-s, sur demande) ou comme centre de compétences pour des formations, ou des supports d'informations.

Soutien : 8

#### Observation

*L'existence d'un réseau est souligné comme facteur facilitateur par les expert-e-s.*

Exemple de mesures: Le centre spécialisé participe régulièrement au colloque médical, il intervient à la demande du service de l'hôpital auprès des patient-e-s, après accord de ces derniers. Il propose des formations au personnel infirmier.

**Quelles sont les compétences nécessaires pour une prise en charge efficace?**

Recommandations:

C2 Il est recommandé que des connaissances autour de l'alcool suffisantes fassent partie des formations de base des professionnels, infirmiers et infirmières et médecins

Soutien: 8.3

C3 Il est recommandé que des bases sur l'entretien motivationnel fassent partie de la formation initiale des professionnels infirmiers et infirmières et médecins.

Soutien : 8.3

C4 Il est recommandé d'offrir régulièrement des modules de formation sur l'entretien motivationnel et l'alcool à destination des professionnel-le-s de la santé.

Soutien : 7.9

C5 Il est recommandé de développer / d'offrir des formations à l'utilisation des outils de dépistage.

Soutien : 7.7

#### Observation

*L'analyse de littérature systématique a mis en évidence que l'entretien motivationnel est recommandé comme bonne pratique lors d'une intervention psychosociale pour des personnes hospitalisées ayant consommé de l'alcool. L'entretien motivationnel est aussi validé lors d'entretiens avec d'autres pathologies ou addictions. Des modules de formation existent déjà, il s'agirait de faciliter et soutenir le recours à ces modules.*

Exemple de mesures: Les infirmières concernées disposent d'une formation continue obligatoire et évaluée sur la thématique de l'alcool. Les formations, notamment à l'utilisation des outils d'évaluation, font partie intégrante du projet et constituent un indicateur de réussite du projet.

Recommandation:

C6 La forme que devrait prendre ces formations, le contenu, devront faire l'objet d'une évaluation (plateforme d'e-learning, formation de multiplicateurs, ...).  
Soutien: 7.8

#### Observation

*Il existe une grande variété de modules de formation. Des expert-e-s mentionnent que des évaluations des formes à conseiller existent et sont bien décrites en éducation médicale.*

**Quelles procédures et quels outils sont-ils utiles?**

Recommandations:

D1 Il est recommandé de développer un algorithme, une procédure intégrant des outils de dépistage  
Soutien: 7.9  
D2. Il est recommandé que les algorithmes de dépistage soient clairs et réalisables en peu de temps  
Soutien: 8.5  
D3. Il est recommandé de sélectionner parmi les questionnaires standardisés, en partenariat avec les services des urgences, des outils de screening adaptés à leurs besoins et aux spécificités liées à ce service.  
Soutien: 7.7

#### Observation

*L'intervention qui se déroule aux urgences, après la prise en charge médicale proprement dite, est essentiellement constituée par une étape d'évaluation, de tri. Elle permet d'identifier s'il s'agit pour le patient d'un événement "accidentel", d'une alcoolisation massive par inexpérience, par habitude ou répétitive. Questionner le patient au sujet de sa consommation d'alcool constitue une intervention. A relever que les patient-e-s interrogé-e-s se souviennent plus tard en général d'une ou de plusieurs questions. Pour améliorer le recours à ces outils de dépistage ils pourraient avoir l'apparence familière de ceux utilisés dans d'autres situations.*

Exemple de mesures: Des services des urgences pédiatriques disposent d'un algorithme décisionnel. Le Vade-Mecum de Pédiatrie décrit également schématiquement la prise en charge.

Recommandations:

D6 Il est recommandé que les procédures soient acceptées et soutenues par l'ensemble de la hiérarchie hospitalière.  
Soutien: 8.6  
D7. Les outils et procédures doivent être régulièrement évalués, actualisés  
Soutien : 8.1  
D8. Il est recommandé d'évaluer les algorithmes et outils déjà utilisés.  
Soutien : 8.3

#### Observation

*Pour que les procédures recommandées soient mises en place il est important que le personnel y trouve un avantage et ne les perçoive pas comme une charge de travail supplémentaire. Certaines procédures ou outils existants nécessitent une adaptation au setting suisse. Les valeurs de référence pour définir le type de consommation par exemple sont variables. Un outil déjà utilisé dans des structures, et qui a fait ses preuves, pourrait être évalué et proposé à d'autres.*

Exemple de mesures: Un outil est testé pendant 18 mois dans un service, évalué par les utilisateurs et actualisé.

Recommandation:

E1 Il est recommandé d'évaluer les interventions psychosociales déjà menées dans les hôpitaux en Suisse.  
Soutien: 7.9

#### Observation

*Dans le domaine des intoxications alcooliques aiguës et des mesures à prendre, un besoin important d'évaluation se fait sentir. Une évaluation des interventions psychosociales structurées et menées dans certaines structures hospitalières, notamment à l'attention des enfants, manquent. Elles permettraient d'en tester l'impact, d'améliorer le projet lui-même et permettraient aux projets futurs d'appliquer des interventions basées sur l'évidence.*

Recommandation:

E2 Il est recommandé de faire une statistique précise au niveau national du nombre d'intoxications alcooliques aiguës qui ne couvre pas que les cas hospitalisés.  
Soutien: 7.9

#### Observation

*Il manque d'études nationales sur le nombre réel des intoxications alcooliques aiguës, pour tout groupe d'âge, qui ne concernent pas que les chiffres des statistiques hospitalières. Cela pourrait renforcer le besoin d'intervention. Les médecins de premier recours et les services d'intervention, les samaritains pourraient contribuer à donner une image réelle de la situation globale en Suisse.*

## 9. Pas suivants

Pour permettre la diffusion et la publication de ce rapport de travail, nous reformulerons son contenu dans les prochains mois. Il serait vraiment utile que cette version courte soit traduite afin que les informations recueillies au niveau national puissent être transmises et utilisées dans les différentes régions linguistiques. Les expert-e-s nous ont fait part de leur vif intérêt.

Dans un souci de transmission du savoir, nous souhaitons réaliser dans le futur, une version simplifiée de ces recommandations et autres expériences, très utiles au niveau de la pratique. Elles pourraient être vulgarisées sous forme de guideline, de fiches pratiques.



## 10. Références

### Quellen der Literaturanalyse (Auswahl<sup>8</sup>)

Die mit einem Stern bezeichneten Studien sind in die Analyse einbezogen worden.

Eden, J., Levit, L., Berg, A., & Morton, S. (Eds.). (2011). *Finding what works in health care: Standards for systematic reviews*. Washington, DC: The National Academies Press.

Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions (Version 5.1.0, updated March 2011)*: The Cochrane Collaboration.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., et al. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *BMJ*, 339, b2700

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*, 339, 332-336

- \* Barnett, N. P., Apodaca, T. R., Magill, M., Colby, S. M., Gwaltney, C., Rohsenow, D. J., & Monti, P. M. (2010). Moderators and mediators of two brief interventions for alcohol in the emergency department. *Addiction*, 105(3), 452-465.
- \* Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Gwaltney, C. J., Spirito, A., Rohsenow, D. J., & Woolard, R. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*, 102(8), 1234-1243.
- \* Rodríguez-Martos Dauer, A., Santamarina Rubio, E., Escayola Coris, M., & Marti Valls, J. (2006). Brief intervention in alcohol-positive traffic casualties: Is it worth the effort? *Alcohol Alcoholism*, 41(1), 76-83.
- \* Segatto, M. L., Andreoni, S., de Souza e Silva, R., Diehl, A., & Pinsky, I. (2011). Brief motivational interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and young adults with alcohol-related problems: A randomized single-blind clinical trial. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 33(3), 225-233.
- \* Smith, A. J., Hodgson, R. J., Bridgeman, K., & Shepherd, J. P. (2003). A randomized controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98(1), 43-52.
- \* Sommers, M. S., Dyehouse, J. M., Howe, S. R., Fleming, M., Fargo, J. D., & Schafer, J. C. (2006). Effectiveness of brief interventions after alcohol-related vehicular injury: A randomized controlled trial. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*, 61(3), 523-531.
- \* Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J.,... Myers, M. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics*, 145(3), 396-402.
- \* Spirito, A., Sindelar-Manning, H., Colby, S. M., Barnett, N. P., Lewander, W., Rohsenow, D. J., & Monti, P. M. (2011). Individual and family motivational interventions for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department: Results of a randomized clinical trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(3), 269-274.

<sup>8</sup> Alle Quellen der Studie finden sich in: Wicki, M., Wurdak, M. & Kuntsche, E. (2013) Effektivität psychosozialer Interventionen im Spital bei Alkohol-Intoxikation: Eine systematische Literaturübersicht (Forschungsbericht Nr. 69). Lausanne: Sucht Schweiz

## Littérature générale

- Aeschbach, C., Schaub, N., Steuerwald, M., Wanner, J. (2011). Alkohol-Manual. Richtlinien für den Umgang mit Alkohol an den somatischen Spitälern Baselland.
- Aeschbach, C., Schaub, N., Steuerwald, M., Wanner, J. (2011). Alkohol und somatische Spitäler. Schon immer eine Herausforderung – ein Lösungsvorschlag. *Schweiz Med Forum* 11(38), 659-661.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (2001). Orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins : Service de recommandations professionnelles. ANAES, Paris.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (2001). Recommandations pour la pratique clinique. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins : Service de recommandations professionnelles : Argumentaire. ANAES, Paris.
- Anderson, P., Gual, A., Colom, J., INCa (trad.) (2008). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris.
- Bekking, T., Smets, K., Goosens, M., Autrique, M., Möbius, D., Geirnaert, M., ...Hannes, K., for the ADAPTE-Youth project (2013). Guide de bonne pratique Dépistage, évaluation et traitement de l'abus d'alcool chez les jeunes (Révision de la version finale). Leuven. Retrieved from: <http://ppw.kuleuven.be/home/english/research/mesrg/documents/pdf-karin/guide-de-bonne-pratique-depistage-abus-de-lalchool.pdf>
- Cafilisch, M. (2008). La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? *Revue Médicale Suisse* 4, 1456-1458.
- Cafilisch, M. (2009). "Alcoolisation chez l'adolescent" In *Psychiatrie. Actes d'impulsivité chez l'adolescent. Urgences 2009*, 1035-1043.
- Couzigou, P. (2008). Intervention brève en alcoologie. Post'U, Paris. Disponible en ligne : <http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf/499.pdf>
- Diller, S., Sieber, M., Stäubli, S., Weber, R. (2009). Erfassung (Screening) und Kurzintervention bei Spitalpatienten mit Alkoholproblemen. *Schweiz Med Forum* 9(47), 859-861.
- Duran, M., Aladjem D., Cafilisch M., (2009) "Pour la plupart des adolescents l'alcool n'est pas un problème, et pourtant..." In *Paediatrica*, vol 20, no 3, 52-56.
- Fischer, S. (2011). Pfliegerische Interventionen bei alkoholbezogenen Suchterkrankungen. *Krankenpflege/ Soins infirmiers* 9, 22-25.
- Frey, U. (2013). Jugend und Alkohol an den Kliniken in Baselland und Baselstadt. Universitäts-Kinderspital Basel.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2010). Elaboration de recommandations de bonne pratique : méthode "Recommandation pour la pratique clinique". HAS, Saint-Denis La Plaine.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours. Note de cadrage. Rapport HAS
- Health Service Executive (HSE). (2011) Towards a Framework for Implementing Evidence Based Alcohol Interventions- A Health Service Executive Report. Disponible en ligne : [www.hse.ie/go/alcohol](http://www.hse.ie/go/alcohol)
- Hutter, I., Würth, N. (2011). Alkohol im Jugendalter. *"Sicher! Gsund!"*, 18-21.

- Mirabaud, M., Barbe, R., Narring, F. (2013). Les adolescents sont-ils capables de discernement ? Une question délicate pour le médecin. *Revue Médicale Suisse* 9, 415-419.
- Neves, P., Neuffer, N., Yersin, B. (2011). Intoxications alcooliques massives aux urgences : combien, qui, quoi et comment ? *Revue Médicale Suisse* 7, 1445-1449.
- Noeker, M., (2011). Psychologische Erstintervention nach Alkoholintoxikation. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2, 124-132.
- Rutishauer, C. (2006). Contradiction entre relation adaptée au patient adolescent et aspects légaux ?. *Paediatrica vol. 17, n°4*, 31-33.
- Schätti, G.-C. (2012). 10-Jahre-Trend von Alkohol- und Drogenintoxikationen basierend auf Rettungseinsätzen in der Stadt Zürich. University of Zurich, Faculty of Medicine.
- Schmitz, G. (2012). Alkoholintoxikation bei Kindern und Jugendlichen. *Kinderkrankenschwester* 31 Nr. 11, 447-449.
- Spirito, A., Monti, P.-M., Barnett, N.-P. et al. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics*. 396-402.
- Wicki, M. (2013). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen. Eine Analyse der Schweizerischen "Medizinischen Statistik der Krankenhäuser" 2001-2010. Sucht Schweiz, Lausanne.
- Wolter, L. (2013). Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë. *Revue Médicale Suisse* 9, 1461-1464.

### Book Summary

- Alcohol and Public Policy Group. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition. *Addiction* 105, 769-779.

### Présentations (PowerPoint)

- Blätter, R. (2009) Gesetzliche Grundlagen im Falle einer Intoxikation mit Alkohol. *KAAP Tagung 4. November 2009*. \*
- Fédération addiction, Union Régionale Aquitaine. Jeunes consommateurs de substances psychoactives : articulation entre les services d'urgences et les dispositifs spécialisés en addictologie.
- Graf, M. (2009). Intoxications alcooliques chez les adolescents et jeunes adultes. *Journée PCAA du 04.11.2009*. \*
- Hutter, I. (2011). \_Komasaufen Alkohol im Jugendalter von der medizinischen Erstversorgung zur Nachbetreuung am Ostschweizer Kinderspital. *Fachtagung für Personen aus dem Schulbereich und der Jugendarbeit 28. Mai 2011*.
- Kohler, H.-P. (2009). Alkohol-Intoxikationen in der Notfallstation. *KAAP Tagung 4. November 2009*. \*
- Michaud, P. A. (2009). Intervenir après une Hospitalisation pour alcoolisation aiguë. *Journée PCAA du 04.11.2009*. \*

\*PowerPoints disponibles en ligne:

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/10916/10922/10966/index.html?lang=fr>

## **Infoblatt**

Stadt Zürich – Suchtpräventionstelle (2011). Die Zeichen der Zeit: härter und schneller. *Infoblatt n°28*

## 11. Annexes

### 11.1. Questionnaire

#### Prise de contact

Plan	Exemples de questions
<b>Informations sur la personne interrogée et son institution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date de l'entretien</li> <li>• Nom, fonction</li> <li>• Institution</li> <li>• Téléphone</li> <li>• E-mail</li> <li>• Fonction dans le projet</li> </ul>
<b>Informations pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée de l'entretien (60-90')</li> <li>• Enregistrement (demande autorisation)</li> </ul>
<b>Informations sur l'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• But de l'étude: faire un résumé des connaissances au niveau national et international : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les « best practices » au niveau international et quel est le bilan des connaissances des expert-e-s suisses ?</li> </ul> </li> <li>• Nous allons faire un résumé du contenu des entretiens. Voulez-vous valider ces synthèses ?</li> <li>• Dans le rapport final transmis à l'OFSP, les informations seront anonymisées.</li> <li>• L'évaluation sera largement diffusée</li> </ul>

#### Questions sur le développement du projet

Plan	Exemples de questions
<b>Besoin d'intervention – débuts du projet</b>  <b>Buts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle a été la motivation pour démarrer un tel projet ?</li> <li>• Comment est défini le <b>besoin d'intervention</b> ? (revue de littérature ? Best practice ?) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels critères ?</li> <li>• Par qui ?</li> </ul> </li> <li>• Que veut-on atteindre avec le projet, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la situation existante ?</li> <li>- recherchée ?</li> </ul> </li> <li>• Quels sont les buts en matière de prévention ?   Aussi buts structurels ? (p.ex. décharger les services d'urgence) ?</li> <li>• Qu'est-ce qui est mis en place pour atteindre ce but ? (à qui l'on s'adresse ? quel réseau est activé ? qui pilote ? un organigramme ?)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui a été l'initiateur du projet (de qui vient l'impulsion) ?</li> <li>• Début du projet</li> <li>• Phase actuelle du projet</li> <li>• Statut du projet : pilote ? visée à long terme ?</li> <li>• Le rôle des spécificités locales comme avantage ? ou comme frein ?</li> </ul> <p>p. ex : Pourquoi ce projet se déroule-t-il dans cette structure et pas dans une autre ? (hôpital CHU) ou région très touchée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ?</li> </ul>
<b>Public cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui ? (adultes/jeunes ?)</li> <li>• Raisons du choix ?</li> </ul>
<b>Donneur d'ordre (mandant)</b> <b>Ou qui donne l'impulsion ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui mandate (politique, structurel)?</li> <li>• Qui pilote le projet</li> <li>• (Quelles sont les caractéristiques et les compétences recherchées chez le mandataire ?)</li> <li>• Qui est impliqué dans la mise en place du projet ? (le projet est l'objet d'un mandat externe ou initiative « personnelle », détaillé pour qui ?)</li> </ul>
<b>Budget et finances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui finance ?</li> <li>• Quel budget a été établi ?</li> <li>• Fait partie du budget annuel ou projet spécifique ?</li> <li>• (Coût du développement du projet ?)</li> <li>• (Coût du projet en lui-même ?)</li> </ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel ?</li> <li>• Locaux ?</li> <li>• Satisfaction ?</li> </ul>
<b>Planification temporelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendrier : étapes, phases du projet ?</li> </ul>
<b>Evaluation de la mise en place du projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation prévue ? Si oui sous quelle forme (interne externe)</li> <li>• Critères de réussite du projet ?</li> <li>• Si évaluation a eu lieu:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déroulement, recommandations pour faire autrement le déroulement du projet une autre fois ?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Pérennité, futur envisagé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Futur (financier) du projet (financement assuré jusqu'à quand)</li> </ul>

### Paramètres de l'intervention concrète

Plan	Exemples de questions
<b>Buts</b>	Que cherchez-vous à atteindre lors des interventions? Quels sont vos objectifs précis ?
<b>Echéances, les étapes de l'intervention</b>  (Jusqu'à la fin de l'intervention, inclus une estimation du calendrier)	Pouvez-vous nous décrire comment se déroule l'intervention de façon concrète dès que quelqu'un est admis pour une intoxication liée à l'alcool <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagramme type « chaîne d'intervention » existe-t-il ?</li> </ul> Préciser : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe-t-il des critères pour que certains patients soient attribués dans leur unité et pas une autre (psychiatrie), coma ? tri préliminaire chez les jeunes, intoxication accidentelle ou jeune à risque »?</li> <li>• Comment se déroule l'anamnèse ? Par qui ? Est-ce que des instruments de screening sont utilisés ? Si oui, lesquels ?</li> <li>• Quelles méthodes sont utilisées ? (Entretien motivationnel ? Autre ?)</li> <li>• Raisons d'intervenir à un moment particulier ( période sensible, « sous la main »)</li> <li>• Comment se déroulent les interventions entre les différents acteurs impliqués, mode de communication, transmission des données? (médecins, conseillers)</li> <li>• Est-il prévu d'impliquer les parents des enfants ou des jeunes / proches (chez les adultes) ? Si oui, comment les impliquez-vous ? (sous quelle forme, rendez-vous fixé ou proposition de suivi)</li> <li>• Comment/quand se termine l'intervention (qui ou qu'est-ce qui décide ou délimite la fin de l'intervention?)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un suivi est-il prévu ?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Expérience, Evaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'interventions (données globales environ par an, info par semaine, ordre de grandeur) ?</li> <li>• Souvent par étapes (pertes entre les étapes, % de follow up)</li> <li>• Comment se déroulent les interventions jusqu'à maintenant ? Qu'est ce qui marche bien ? Y a-t-il des défis particuliers ? Des propositions d'améliorations ?</li> <li>• Comment se déroule le travail entre les</li> </ul>

	<p>divers acteurs. Comment se passe la transmission d'information (hôpital - centre spécialisé).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous des informations quant aux personnes qui amènent la personne intoxiquée, le taux d'alcoolémie, âge, autres (précisez) ?</li> <li>• Avez-vous une méthode d'évaluation ? Des premiers résultats ont-ils déjà été obtenus ? Quels sont les critères d'évaluation de l'intervention ? Comment sont-ils définis ?</li> <li>• Peut-être: Les ressources humaines et financières suffisent-elles ?</li> <li>• ...</li> </ul>
<p><b>Préparation, formation</b></p>	<p>Comment les personnes impliquées ont-elles été préparées pour les interventions ? Une formation a-t-elle été mise en place ?</p>
<p><b>Questions légales</b></p>	<p>Dans le cadre de l'intervention, rencontrez-vous des situations juridiques délicates liées à la confidentialité ou au fait d'avertir les parents ou non ?</p> <p>Qu'en est-il avec des adultes ?</p> <p>De telles questions se posent-elles dans le cadre de votre projet et, si oui, comment les avez-vous résolues ?</p>



### Futur

<b>Plan</b>	<b>Exemples de questions</b>
<b>Quel est le futur du projet ?</b>	Comment va évoluer le projet ? Son futur est-il assuré ?
<b>„Spin-offs“</b>	Est-il prévu d'étendre le projet à d'autres groupes cibles ? Est-il prévu de travailler avec d'autres hôpitaux ?
<b>Questions ouvertes ou besoins spécifiques</b>	Quels sont les besoins spécifiques qui sont apparus en cours d'intervention, les manques (comment impliquer plus les infirmières par ex.) ?

### Administratif, suite

<b>Plan</b>	<b>Exemples de questions</b>
<b>Supports écrits, documentation</b>	Y a-t-il des documents écrits que vous pourriez mettre à notre disposition ? (Description du projet, rapport d'évaluation, instruments de „screening » ou d'autres tels que des documents distribués aux personnes concernées ou aux parents)
<b>D'autres projets?</b>	Connaissez-vous d'autres projets qui concernent l'intoxication alcoolique aiguë dans les hôpitaux et que l'on devrait inclure dans notre étude ?

### Conclusion

<b>Plus d'informations sur l'étude (inclure nomination)</b>	Les prochaines phases du projet : si nécessité établie, nouvelle demande pour projet en 2014
<b>Possibilité de les recontacter ?</b>	Questions supplémentaires Approfondissements Compléments bienvenus (mail, tél)

## 11.2. Synthèse des résultats

### Projets d'interventions menés en cas d'hospitalisation suite à une intoxication alcoolique aiguë Facteurs facilitateurs et facteurs inhibiteurs

Mise en place d'un projet		
Facteurs facilitateurs	Freins	Questions ouvertes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau structurel</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>S'inspirer de projets déjà fonctionnels dans l'hôpital</li> <li>Echange d'expériences avec responsable de projets en cours ailleurs</li> <li>Le médecin-chef est une personne clé</li> <li>Implication dans le processus de l'ensemble des responsables des services des urgences (si projet commun à plusieurs structures)</li> <li><i>Une volonté politique existe de s'occuper du problème posé par les hospitalisations pour intoxications alcooliques.</i></li> <li><i>Des données chiffrées, , évidences scientifiques sont à disposition, qui montrent l'importance du problème et également outils validés.</i></li> <li><i>Il est demandé par les instances cantonales de profiter des synergies et d'augmenter la collaboration entre les structures hospitalières et structures spécialisées mandatées</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation de base des médecins déficiente sur la question alcool</li> <li>Perception du rôle principal des urgences: sanitaire et non préventif</li> <li>Il n'y a pas d'évidence si le suivi devrait être effectué aux urgences (programme) ou à l'externe.</li> <li>Pression de la part du contrôle qualité</li> <li>Peu de flexibilité du système de facturation</li> <li>La nouvelle facturation hospitalière permet de comprendre de quel diagnostic il s'agit, au risque pour le patient d'être partiellement remboursé</li> <li>Les assurances maladies rechignent à payer l'entier de la facture.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facturation difficile</li> <li>Implication du diagnostic sur le remboursement par les assurances</li> </ul>

Pérennité d'un projet (en vert : jeunes seulement)		
Facteurs facilitateurs	Freins	Questions ouvertes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau structurel</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>La position hiérarchique élevée au sein de l'hôpital du "chef" de projet facilite la pérennité</li> <li>Le médecin-chef est une personne clé (prise en charge des patients)</li> <li>Création d'un groupe qualité "Alcool" constitué de personnel infirmier et médecins de tous les services de l'hôpital assure la pérennité de prise en compte de la thématique</li> <li>Un centre de compétences multidisciplinaires est créé pour toute une région (quand nombreux petits hôpitaux- taille critique)</li> <li>Une équipe multidisciplinaire (avec psychiatre) est constituée au sein de l'hôpital</li> <li>L'intervention est intégrée aux procédures standard, dans le budget standard</li> <li>La thématique de l'intoxication alcoolique aiguë est considérée au même titre que la maltraitance, la mise en danger</li> <li>Il existe un groupe hospitalier de protection de l'enfant (dans tous les hôpitaux pédiatriques normalement).</li> <li>La consultation jeune-enfant existe déjà dans l'hôpital (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Très grand tournus des professionnels.</li> <li>Les gens formés changent et les compétences se perdent</li> <li>Formation du personnel pas assez fréquente</li> <li>Pas de programme systématique</li> </ul>	

## Mise en œuvre au quotidien (évaluation, intervention, suivi) (en vert : jeunes seulement)

Facteurs facilitateurs	Freins	Questions ouvertes
Niveau diagnostic		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une évaluation systématique d'un risque supplémentaire et nécessité d'un suivi psychiatrique est réalisée</li> <li>• Il existe un outil d'orientation diagnostique et de prise en charge</li> <li>• Algorithme décisionnel</li> <li>• Grille de dépistage et d'évaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe un protocole de prise en charge qui n'est pas appliqué de manière systématique</li> <li>• Une systématique manque au moment du tri</li> <li>• Diagnostic complexe, médical et psychiatrique?</li> <li>• Peu d'algorithmes clairs de prise en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandations pour les situations dans lesquelles sont impliqués des enfants en bas âge.</li> </ul>
Niveau juridique		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Public jusqu'à 16 ans: les parents et représentant légal sont informés</b></li> <li>• La position de l'hôpital est discutée et soutenue par les autorités judiciaires cantonales</li> <li>• En cas de question légale, le service social est mis à contribution</li> <li>• L'événement est assimilé à une mise en danger de la vie (dénonciation à l'autorité judiciaire dans certains cas)</li> <li>• En cas de présence d'enfant en bas âge, recours aux services sociaux de l'hôpital ou signalement aux autorités.</li> <li>• Le statut de accord du patient pour transmettre les informations au médecin traitant est clairement documenté dans la feuille de sortie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>16-18 ans il y a un flou légal-juridique</b></li> <li>• Sans accord du patient, pas de mesure de prise en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les procédures sont très variable pour les 16-18 ans             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les parents sont informés systématiquement</li> <li>- Les parents sont informés sauf refus du jeune</li> <li>- Il faut le consentement des jeunes pour contacter parents (adulte au sens de la loi sanitaire)</li> <li>- Le dossier est transmis au médecin traitant / structure spécialisée sauf refus.</li> <li>- Le dossier est transmis au médecin traitant / structure spécialisée si acceptation.</li> <li>- Le dossier est transmis au procureur</li> <li>- Le dossier est transmis à la justice en cas d'intoxication alcoolique "grave" (avec violence, par ex.)</li> </ul> </li> <li>• A partir de quelle alcoolémie la personne est juridiquement « responsable de ses actes » voire en mesure de donner un accord légalement valide?</li> <li>• Que fait-on avec les 18-25 ans?</li> </ul>

Niveau structurel		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositif est en place 7 jours sur 7 (psychiatre de garde par ex.)</li> <li>• Le type d'intervention (suivi) ou la structure qui réalise l'intervention sont connus du service d'urgences ou de la médecine (facilité pour convaincre d'y venir ou penser de les y envoyer)</li> <li>• Le lieu de la consultation de suivi est déjà familier, se situe au même endroit que urgences par exemple.</li> <li>• <b>La consultation jeune-enfant existe déjà dans l'hôpital</b></li> <li>• Le médecin traitant est informé par l'hôpital</li> <li>• Un rendez-vous de suivi est fixé et donné au moment de hospitalisation</li> <li>• Le personnel est régulièrement formé en intervention brève (personnel médical et infirmier) couverture globale pour le moment I de l'intervention</li> <li>• Formation continue minimale intégrée dans les colloques standards du service</li> <li>• Formation spécifique en entretien motivationnel pour les personnes de référence</li> <li>• <i>L'intervention est intégrée à une procédure standard, au même titre qu'un autre acte médical.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgences chroniquement débordées (week-end)</li> <li>• Les interventions sont oubliées ou pas le temps nécessaire pour les faire</li> <li>• Formation du personnel pas assez fréquente</li> <li>• Le contexte des urgences en terme de respect de la sphère privée est peu approprié</li> <li>• Formation de base des médecins déficiente sur la question alcool</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure spéciale, postes sanitaires, postes médicaux avancés pour période critique, sur place.</li> </ul>

Niveau patients/famille		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une hospitalisation impressionne, période sensible constitue un moment d'intervention stratégique</li> <li>• La présence rendue indispensable des parents d'enfants permet un premier entretien</li> <li>• La présence rendue indispensable des parents d'enfants facilite la venue à un entretien de suivi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mésestimation sous-estimation de consommation ou de la gravité du problème</li> <li>• Le patient n'est parfois pas collaborant, voire difficile ou violent</li> <li>• La communication est difficile dans le contexte des urgences</li> <li>• Patient pas en état de réfléchir</li> <li>• Les proches, accompagnants peuvent être peu collaborants.</li> </ul>	
Niveau du personnel		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service 24h/24 aux urgences de prise en charge par psychiatre</li> <li>• La prise en compte, l'évaluation de la consommation d'alcool fait partie du rôle du médecin</li> <li>• Pas plus de travail pour les personnes dans la mise en œuvre du projet</li> <li>• Le personnel est régulièrement formé en intervention brève (personnel médical et infirmier) couverture globale pour le moment I de l'intervention</li> <li>• Formation continue minimale intégrée dans les colloques standards du service</li> <li>• Formation spécifique en entretien motivationnel pour les personnes de référence</li> <li>• Offres de formations par les structures spécialisées</li> <li>• Outil pour mener les entretiens, questionnaires</li> <li>• Avoir à disposition des outils d'informations</li> <li>• Flyer comme support d'entretien</li> <li>• Flyer d'information de base</li> <li>• Transmission d'adresses de centres spécialisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banalisation de l'événement selon l'âge (en particulier pour les 16-20)</li> <li>• « Tabouisation » de l'alcool</li> <li>• La stigmatisation de la personne avec des problèmes d'alcool est forte</li> <li>• Question difficile à aborder</li> <li>• Manque de formation</li> <li>• Autres priorités</li> <li>• Les gens formés changent et les compétences se perdent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment réussir à impliquer le personnel médical dans un tel projet?</li> </ul>

<b>Outils / Documents</b>		
<b>Facteurs facilitateurs</b>	<b>Freins</b>	<b>Questions ouvertes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir à disposition des outils d'informations</li> <li>• Flyer comme support d'entretien</li> <li>• Flyer d'information de base</li> <li>• Transmission d'adresses de centres spécialisés (2)</li> <li>• Algorithme décisionnel</li> <li>• Outils pour mener les entretiens, questionnaires</li> <li>• Grille de dépistage et d'évaluation</li> <li>• <i>Création de matériel de sensibilisation à l'attention des personnes concernées et proches par les structures spécialisées</i></li> </ul>		

### 11.3. Remarques spécifiques évoquées par les centres spécialisés en addiction

Facteurs facilitateurs	Freins / questions ouvertes
<i>Facteurs internes à la structure spécialisée</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Respect du système complexe de l'hôpital, hiérarchie forte et rythme spécifique.</i></li> <li>• <i>La structure spécialisée a suffisamment de souplesse pour s'adapter aux besoins spécifiques de l'hôpital.</i></li> <li>• <i>Toute la structure porte le projet, et pas seulement une personne (pérennisation du projet)</i></li> <li>• <i>L'intervention fait partie du budget/mandat courant de la structure spécialisée.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pas de connaissance du setting hospitalier.</i></li> <li>• <i>Peu de temps et de ressources.</i></li> <li>• <i>Les ressources (structures spécialisées) quand elles sont extérieures, ne sont pas disponibles le week-end (pas de procédures qui comblent cette carence).</i></li> </ul>
<i>Facteurs internes à l'hôpital</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Le projet est ou devient un projet interne à l'hôpital.</i></li> <li>• <i>Les directions soutiennent le projet qui bénéficie d'un accord stratégique.</i></li> <li>• <i>La personne clé relais du projet au sein de l'hôpital a une position hiérarchique élevée.</i></li> <li>• <i>La personne relais soutient le projet de manière active</i></li> </ul>	
<i>Collaboration</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La structure est très intégrée dans l'hôpital (participe aux colloques, la structure et le projet sont connus du personnel, etc.)</i></li> <li>• <i>La structure est reconnue comme experte et a le soutien du personnel</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Différence entre nombre de personnes hospitalisées et personnes qui se rendent dans les structures spécialisées, suivi déficient?</i></li> <li>• <i>L'hôpital souhaite mener, ou pense mener ce projet de manière indépendante (frein si non réalisation).</i></li> </ul>



#### 11.4. Liste des participant-e-s au groupe de travail

Canton	Nom	Institution /fonction	Projet /public cible	Lieu
AG	Tanya Mezzera	ags Suchtberatung Bezirk Zofingen / Stellenleiterin	RauschEnd (Kinder und Erwachsene)	Zofingen
AG	Nicole Rogger	Spital Zofingen Dipl. Notfallpflegeexpertin	RauschEnd (Kinder und Erwachsene)	Zofingen
BE	Karin Wittwer	Berner Gesundheit Projektleiterin	Signal A (Erwachsene und Kinder)	Bern
BE	Thomas Ihde	Spital Interlaken (FMI) / Chefarzt Psychiatrischer Dienst)	Signal A (Erwachsene und Kinder)	Unterseen
BE	Christian Wüthrich	Inselspital Bern Leitender Arzt Kinder- und Jugendpsychiatrie und Leiter der Kinderschutzgruppe	Gespräche mit Kinder/Jugendlichen	Bern
BE	Thomas Schwarze	Berner Fachhochschule Wissenschaftlicher Mitarbeiter	Interdisziplinäre Alkoholprävention im Akutspital	Bern
BS	Natasa Milenkovic	Gesundheitsdept. Kantons Basel-Stadt Gesundheitsdienste Abt. Sucht .Akademische Mitarbeiterin	Nachkontrolle in der Adoleszenten Sprechstunde (Jugendliche bis 18 jährig)	Basel
GE	Marianne Caflish	Hôpital des enfants Genève / Pédiatre, Médecin Adjointe Responsable de la Consultation pour adolescents	AdoAlcool < 16 ans	Genève
GE	Barbara Broers	HUG, Dépt. Médecine communautaire / Médecin adjointe agrégé, responsable de l'Unité des dépendances		Genève

Ostschweiz	Roland Walther	Spital Wattwil / Leiter der Psychosomatischen Abteilung	Care-Team Alkohol (Kinder und Erwachsene)	Wattwil
Ostschweiz	Roger Mäder	FOSUMOS / Geschäftsleiter	Care-Team Alkohol (Kinder und Erwachsene)	Wattwil
SG	Iso Hutter	Ostschweizer Kinderspital / Facharzt für Kinder und Jugendliche	Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre	Thun
TI	Mattia Lepori	Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli Medico consulente Direzione generale EOC / anc. Serv. Emergenza e Pronto Soccorso	> 16 ans	Bellinzona
VD	Angéline Adam	CHUV, service d'alcoologie / Cheffe de clinique adjointe	> 16 ans	Lausanne
VD	Judit Villoslada	CHUV, Hôpital de l'enfance / Cheffe de clinique adjoint	< 16 ans	Lausanne
VS	René Tabin	Hôpital de Sion, service de pédiatrie, Médecin chef du service médico-chirurgical de pédiatrie	< 16 ans	Sion
VS	Muriel Gay	Addiction Valais / Intervenante en addiction	Jeunes et adultes	Monthey
ZH	Oliver Bilke	Modellstation Somosa Winterthur / Chefarzt und Stv. Geschäftsleiter		Winterthur
ZH	Urs Rohr	Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich / Bereichsleiter Familie und Freizeit	No Tox Jugendliche und junge Erwachsene	Zürich

## 11.5. Liste des participant-e-s au groupe de lecture

Canton	Nom	Institution / fonction	Projet / public cible	Lieu
AG	Daniel Münger	Kantonsspital Aarau / Leiter Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie (des KJPD Kanton Aargau) in der Klinik für Kinder und Jugendliche	Kinder und Jugendliche	Aarau
BE	Aristomenis Exadaktylos	Universitäres Notfallzentrum Inselspital / Direktor und Chefarzt	Erwachsene	Bern
BE	Christian Tasso Braun	Universitäres Notfallzentrum Inselspital / Oberarzt	Erwachsene	Bern
BL	Joos Tarnutzer	Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Baselland / Kantonaler Drogenbeauftragter		Liestal
BS	Eveline Bohnenblust	Gesundheitsdepartement des Kantons Basel- Stadt, Bereich Gesundheitsdienste / Abteilungsleiterin Sucht	Projekt Nachkontrolle in Zusammenarbeit mit dem UKBB / Kinder und Jugendliche	Basel
FR	Nicolas Dietrich (et al.)	Service du médecin cantonal / DSAS Délégué cantonal aux questions liées aux addictions		Fribourg
FR	Sami Abid	Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) / Médecin-chef adjoint	Projet de recommandations cantonales sur les IA	Marsens
FR	André Kuntz	Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) / Médecin adjoint, responsable de la chaîne des addictions	Projet de recommandations cantonales sur les IA	Marsens
GE	Dagmar Haller-Hester	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) / Consultation Santé Jeunes Médecin adjointe agrégée & Chargée de cours, Unité médecine premier recours, Faculté Médecine, Université Genève	Jeunes ≤ 25 ans	Genève

Canton	Nom	Institution / fonction	Projet / public cible	Lieu
GR	Martin Liesch	Kantonsspital Graubünden / Leitender Arzt zentrale Notfallstation		Chur
LU	Rebekka Röllin	Akzent Prävention und Suchttherapie / Bereichsleiterin Prävention		Luzern
TI	Valdo Pezzoli	Ospedale Regionale di Lugano Primario del servizio di pediatria	Enfants et jeunes	Lugano
VD	Rose-Marie Notz	Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA) / Chargée de projet	Projet avec les samaritains vaudois	Lausanne
VD	David Clerc	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) / Service des urgences Médecin associé	>16 ans	Lausanne
VD	Pierre-André Michaud	Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (CHUV) / Médecin-chef de l'Unité	Jeunes	Lausanne
VS	Fabienne Salzmänn Walther	Sucht Wallis / Suchtberaterin	Zusammenarbeit mit GNW / Erwachsene ab 18 Jahren	Visp und Brig
VS	Dieny van Elven	Spital Wallis Standort Visp / Leiterin Pflege medizinische Abteilung	Zusammenarbeit mit GNW / Erwachsene ab 18 Jahren	Visp
VD/VS	Jean-Jaques Cheseaux	Hôpital de Sion / médecin associé du CHUV, responsable du CAN-team -Child Abuse and Neglect-, membre de l'Observatoire de la maltraitance à L'UNIL	Enfants et jeunes ≤ 16 ans	Sion - Lausanne
ZG	Ute Bahner	Gesundheitsdirektion Kanton Zug / Suchtberaterin		Zug

Canton	Nom	Institution / fonction	Projet / public cible	Lieu
ZH	Renate Büchi	Jugendberatungs- und Suchtpräventionsstelle für den Bezirk Horgen / Ressort Prävention in Gemeinden		Thalwil
ZH	Domenic Schnoz	Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) / Stellenleiter		Zürich
ZH	Christine Wullschleger	Suchtpräventionsstelle Zürcher Unterland	Intox-Triage	Bülach
ZH	Dominique Schönenberger	Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) / Leiterin Öffentlichkeitsarbeit und Prävention	No Tox	Zürich
ZH	Priska Bretscher	Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland	No Tox	Uster

## 11.6. Evaluation des recommandations. Calcul de la moyenne par groupe et totale

### A- Moment et forme de prise en charge

L'hospitalisation qui fait suite à une intoxication alcoolique aiguë constitue une fenêtre d'opportunité pendant laquelle l'enfant, le jeune et même l'adulte peut être plus facilement sensibilisé ("teachable moment").

Pour les jeunes l'objectif est d'éviter les récurrences, les mises en danger et qu'ils ne développent une dépendance.

Pour les personnes qui ne sont plus intégrées dans un réseau de soins et en difficulté, il peut s'agir d'une opportunité pour les réintégrer.

Recommandations	Groupe de travail <i>M (SD)</i>	Groupe de lecture <i>M (SD)</i>	Tous <i>M (SD)</i>
1. Tous les enfants et les jeunes hospitalisés en raison d'une intoxication alcoolique aiguë doivent bénéficier d'une intervention psychosociale.	8.7 (0.6)	8.4 (1.8)	8.5 (1.4)
2. Il est recommandé d'attendre que le ou la patient-e soit dégrisé-e ou d'intervenir au plus tard au moment de la sortie ou avant le transfert dans une autre unité de soins.	7.9 (1.5)	8.4 (1.5)	8.2 (1.5)

La forme de l'intervention va dépendre du degré de gravité: les patient-e-s présentent-ils des facteurs aggravants, une situation psychosociale complexe, s'agit-il d'un "accident", d'une mésestimation de la quantité d'alcool consommée?

Recommandation	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
3. Il est recommandé d'effectuer un dépistage systématique (screening, évaluation entre "low" et "high risk")	7.9 (1.9)	7.9 (1.3)	7.9 (1.6)

Le dépistage systématique pour les adultes permet de mieux cibler les personnes qui ont besoin d'un suivi: la majorité des patient-e-s adultes hospitalisés en raison d'une intoxication alcoolique aiguë a comme diagnostic secondaire une dépendance à l'alcool ou des troubles mentaux ou des troubles du comportement<sup>9</sup> et nécessite donc un suivi. Pour les personnes ne présentant pas de facteurs aggravants, une intervention plus développée n'est pas nécessaire. Le service des urgences étant surchargés dans certains hôpitaux ou à certains moments, il s'agirait de faire une intervention minimale, un dépistage et envisager dès le départ un suivi dans une autre unité ou structure.

<sup>9</sup> Effektivität psychosozialer Interventionen im Spital bei Alkohol-Intoxikation: Eine systematische Literaturübersicht. Wicki, M., Wurdak, M., Kuntsche E., 2013

Recommandation	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
4. Pour les adultes, il est recommandé d'assortir le dépistage d'une proposition de rendez-vous de suivi.	8.3 (0.8)	7.9 (1.3)	8.1 (1.1)

Lorsque les éléments évalués (psychiatriques, sociaux, somatiques) amènent à conclure à une situation grave, une prise en charge spécifique et plus lourde sera mise en place, parfois une consultation spécialisée en urgence.

Recommandation	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
5. Il est recommandé de recueillir des éléments sur les facteurs aggravants (comorbidité, consommations associées, problèmes psychiatriques, ...)	8.7 (0.5)	8.5 (0.8)	8.6 (0.6)

Recommandations	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
6. A tous les enfants et les jeunes, il est recommandé au plus tard au moment de quitter les urgences de fixer un rendez-vous de suivi dans une consultation spécialisée ou effectuée par un-e professionnel-le formé-e.	7.9 (1.7)	8.3 (0.9)	8.2 (1.4)
7. Les jeunes de 16 à 18 ans (qui ne sont pas hospitalisés dans les urgences pédiatriques) devraient aussi se voir proposer systématiquement un rendez-vous dans une consultation spécialisée ("consultation jeunes", pédopsychiatre, professionnels formés ...).	8.3 (0.9)	8.5 (0.9)	8.4 (0.9)

La famille peut être "choquée" sur le moment par cet événement qui se termine aux urgences et peu encline à aborder le sujet. Il est important d'impliquer les parents, aussi souvent que possible, de les renforcer dans leur rôle. La proposition d'entretien de suivi dans une consultation spécialisée, en présence des parents est bien acceptée par ces derniers.

Recommandation	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
8. Il est recommandé d'intégrer les parents dans les entretiens de suivi des enfants et des jeunes (à discuter selon les situations et l'âge).	7.5 (1.3)	8.8 (0.5)	8.2 (1.2)

De nombreuses questions se posent quant à la transmission des données des patients.

Le fait de se rendre dans un lieu familier, déjà connu, dans un cadre hospitalier, augmente le taux de présence à un entretien de suivi.

Recommandations	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
9. <i>Il est recommandé de privilégier les consultations de suivi (consultation spécialisée) à proximité des urgences (au sein même de l'hôpital ou très intégrées).</i> Recommandation non retenue par les expert-e-s .	6.6 (2.2)	6.1 (2.3)	6.4 (2.2)
10. Si le ou la patient-e ne souhaite pas discuter de sa consommation, il est recommandé de lui transmettre un document écrit, une adresse internet d'auto-support et de l'orienter vers une structure spécialisée (attention à différencier selon screening).	8.1 (2)	7.7 (1.6)	7.9 (1.8)



A1: *définition de l'intervention psychosociale pas claire.*

A1: *nicht nur Erfassung von Hauptdiagnosen "Intoxikation".*

A1: *encourager EM (entretien motivationnel) pendant l'hospitalisation, avant retour à domicile, quitte à prolonger hospitalisation.*

A2: *idéalement une hospitalisation devrait être prolongée de 24-48h pour tout mineur*

A3: *als Screening-Instrument würde sich der AUDIT-Fragebogen eignen. Frage nach der Weiterleitung der Pat.Daten.*

A3: *es fehlt bis anhin ein valides Instrument.*

A3: *Interventionen auf Notfallstation darauf beschränken Patientinnen und Patienten an eine geeignete Stelle zu vermitteln / überweisen, welche dann die Risikoeinschätzung vornimmt.*

A5: *Ressourcenknappheit auf Notfall. Wozu Daten sammeln? Wem stehen sie zur Verfügung? Ist sowieso Teil der Anamnese.*

A5: *Frage nach der Regelung des Datenschutzes.*

A6: *Frage nach der Verbindlichkeit dieser Empfehlung.*

A6: *Frage ob wirklich jede/r eine anschliessende Behandlung braucht. Am einfachsten ist die Weiterüberweisung im medizinischen System, da hier keine Schweigepflichtsentbindung notwendig ist.*

A6: *pas d'évidence que doit être structure spécialisée. Peut aussi être effectué par le ou la médecin famille.*

A7: *ne pas limiter à 18 ans mais prendre en considération les jeunes en transition vers l'âge adulte donc jusqu'à 24-25 ans.*

A7: *es braucht eine/n Jugendmediziner/in und nicht eine/n Jugendpsychiater/in.*

A7: *Auch bei den 16-18 jährigen soll standardisiert eine Einschätzung erfolgen.*

A8: *intégrer les parents, créer un espace pour eux.*

A8: *un entretien avec les parents permet de les renforcer dans leur rôle de modèles.*

A8: *tranche d'âge à définir.*

A8: *choix des jeunes de faire participer les parents (à limiter selon la gravité).*

A8: *was ist wenn Jugendliche dagegen sind? Datenschutz? Wenn Eltern die Kinder/Jugendlichen abholen, kann Ihnen ein Prospekt zur freiwilligen Beratung abgegeben werden.*

A8: *18 jährige sind mündig.*

A8: *à adapter selon situations, si elle est conflictuelle.*

A9: *Ressourcenfrage.*

A9: *je nach Grösse des Spitals.*

A9: *suivi plutôt par pédiatre ou médecin traitant.*

A9: *Nachbetreuung im Spital selbst.*

A9: *wichtig ist die Vernetzung. Örtliche Nähe je nach Konzept.*

A9: *Nähe zum Spital oft nicht gegeben.*

*A9: Die Eingliederung der Triagestelle ins medizinische System vereinfacht den Meldefluss.*

*A9: Ist abhängig davon, ob es sich um eine einmalige oder um eine länger dauernde Beratung handelt. Lage des Spitals und Wohn- resp. Arbeitsortes spielen eine Rolle. Wenn die Nachbetreuung im Spital passiert, sollten lange Wartezeiten vermieden werden.*

*A10: Psychiatrisches Konsil erfolgt?*

*A10: si mineur-e refuse une intervention, c'est avant tout que le personnel hospitalier n'est pas formé à l'entretien motivationnel*

*A10: proposer un entretien téléphonique à distance pour discuter de l'évaluation globale.*

*A10: une intervention brève est à privilégier à une diffusion d'informations écrites. Une différenciation selon screening est exigeant et nécessite une évaluation sérieuse de la situation*

*Einleitung: nicht nur bei Jugendlichen - Vermeidung, Verminderung der Anzahl weiterer Situationen mit chronischem, episodischem oder unangepasstem Alkoholkonsum.*

*Abgabe von Flyern an Jugendliche und / oder Eltern mit Adressen für Unterstützung.*

*mieux distinguer les âges 16-18-20 ans.*

*Frage des Datenschutzes und der Verbindlichkeit.*

*Einbezug der Eltern bei unter 18-jährigen wichtig.*

*Gefährdungsmeldung durch einweisende Fachleute an KESB möglich (gesetzliche Vorgabe für Datenaustausch)?*

*Obwohl grundsätzlich Ansatz der Freiwilligkeit gilt, muss vom medizinischen System erwartet werden, dass bei massiven Fällen und Nichtkooperation eine Gefährdungsmeldung an eine KESB erfolgt.*

*Kein Screening möglich wenn Patientinnen und Patienten nicht über eigenen Konsum sprechen möchte.*

*Konkrete Handlungsanweisungen für die Eltern.*

*Utiliser un auto-hétéro-questionnaire pour le dépistage. Une intervention courte doit être effectuée aux urgences pour tous. Un suivi est réalisé en fonction de l'évaluation dans un deuxième temps.*

*Nachbetreuung im Spital steht im Kontrast zu den knappen finanziellen u. zeitlichen Ressourcen der meisten Spitäler. Es ist über eine Nachbetreuung durch Suchtfachpersonen nachzudenken. Diese kann aber dann ev. nicht unmittelbar vor der Entlassung gewährleistet werden.*

*Kein Screening möglich wenn Patientinnen und Patienten nicht über eigenen Konsum sprechen möchte.*

*Konkrete Handlungsanweisungen für die Eltern.*

*Utiliser un auto-hétéro-questionnaire pour le dépistage. Une intervention courte doit être effectuée aux urgences pour tous. Un suivi est réalisé en fonction de l'évaluation dans un deuxième temps.*

*Nachbetreuung im Spital steht im Kontrast zu den knappen finanziellen u. zeitlichen Ressourcen der meisten Spitäler. Es ist über eine Nachbetreuung durch Suchtfachpersonen nachzudenken. Diese kann aber dann ev. nicht unmittelbar vor der Entlassung gewährleistet werden.*

## B- Fonctions et rôles des différents acteurs

Il existe une grande disparité entre les hôpitaux, qu'ils soient universitaires ou régionaux, situés dans des villes ou régions de campagne. Dans la mesure du possible, les recommandations s'adressent à tous. Dans les structures hospitalières, il existe un important "turn over" des professionnel-le-s, particulièrement des médecins, médecins assistant-e-s. Les infirmiers et infirmières sont plus proches des patient-e-s, tandis que le médecin "impressionne" plus. Un médecin (chef de clinique ou médecin-chef) est présent également le week-end et change moins fréquemment; c'est le médecin qui, in fine, va donner son accord pour la sortie du patient.

Recommandations	Groupe de travail <i>M (SD)</i>	Groupe de lecture <i>M (SD)</i>	Tous <i>M (SD)</i>
1. Il est recommandé de s'appuyer sur les ressources en personnel existantes et qui sont à disposition le plus facilement.	8 (1.3)	7.8 (2)	7.9 (1.7)
2. Il est conseillé que l'intervention développée se base sur une approche médecin et personnel soignant- infirmier.	7.8 (1.7)	7.7 (1.9)	7.7 (1.8)
3. <i>Pour s'appuyer sur les ressources existantes, le screening peut être effectué par les infirmiers et infirmières, ou les étudiant-e-s en médecine, formé-e-s, qui communiquent les résultats à l'urgentiste (médecin assistant, chef-fe de clinique). Recommandation non retenue par les expert-e-s..</i>	6.6 (2.4)	6.2 (2.9)	6.5 (2.6)
4. <i>Dans le contexte particulier des urgences, pour la première phase d'intervention, il est conseillé de s'appuyer sur le ou la chef-fe de clinique. Recommandation non retenue par les expert-e-s.</i>	5.8 (2.3)	5.1 (2.9)	5.5 (2.6)

Selon l'évaluation et en fonction du degré de gravité, l'urgentiste demandera l'intervention d'autres professionnels : psychiatres, spécialistes addictologues, autres spécialistes somatiques, ...

Selon l'évaluation de la situation il sera proposé un entretien de suivi dans une structure spécialisée, elle sera systématique pour les enfants et les jeunes.

Recommandations	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
5. Il est recommandé que le personnel des urgences crée un climat de confiance (sans tabou ni stigmatisation) qui favorise l'acceptation d'un suivi par le patient.	8.7 (0.7)	8.7 (0.8)	8.7 (0.7)

Recommandations	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
6. Pour les enfants et les jeunes il est recommandé que le suivi soit effectué dans une "consultation spécialisée enfants-jeunes" par des professionnels formés en entretien motivationnel, pédopsychiatres ou médecins de famille.	7.9 (1.3)	8 (1.4)	7.9 (1.3)
7. Il est recommandé d'identifier clairement un interlocuteur, une structure spécialisée de référence (en addiction ou enfants-jeunes, médecin de famille), pour le suivi, interne à l'hôpital ou extérieur.	8.5 (1.1)	8.6 (0.7)	8.6 (0.9)
8. Lorsqu'il existe, dans les hôpitaux pour enfants, il est conseillé de réfléchir au rôle à attribuer au groupe de protection de l'enfant <sup>10</sup> sur cette thématique.	7.3 (1.7)	7.6 (2.2)	7.5 (1.9)
9. Il est recommandé qu'un groupe de travail interdisciplinaire (dont centre spécialisé, spécialistes adolescents-jeunes adultes), soit constitué afin de soutenir l'actualité de la thématique, et d'agir comme moteur.	7.5 (1.8)	7.6 (2.1)	7.5 (1.9)
10. Les centres spécialisés en addiction peuvent agir comme "équipe de liaison" (intervention au chevet du patient, sur demande) ou comme centre de compétences pour des formations, ou des supports d'informations.	7.9 (1.4)	8 (1.2)	8 (1.3)

<sup>10</sup> Dans les hôpitaux, le groupe de protection de l'enfant offre une prise en charge (évaluation et traitement) dans les situations d'abus sexuel, de négligence et de maltraitance.

*B1: Intervention am Bett ist unrealistisch da dies meistens nachts geschieht. Diese personellen Ressourcen werden nicht bezahlt. Enge Kooperation so oder so wichtig!*

*B1: Obwohl die Oberärztin / der Oberarzt der Notfallstation-wie auch das Management des Spitals- grundsätzlich voll dahinter stehen müssen, dass bei Alkohol-Intoxikationen reagiert wird, kann dies nicht mit dem Engagement im Einzelfall vor Ort gleichgesetzt werden.*

*B1: Die ambulante Adolezenten Medizin ist prädestiniert Auftragnehmer für Abklärungsaufträge zu sein.*

*B1: Grundsätzliche Zustimmung. Aus praktikablen Gründen nicht zielführend.*

*B1: Suchtfachstellen können auch weitere Aufgaben wahrnehmen: Triage.*

*B1: cf application de l'art.3C Lstup.*

*B2: bestehende evidenzbasierte Interventionen dem Setting anpassen.*

*B2: Einbezug von Pflegepersonal in Projektentwicklung als wichtiger Garant für die Nachhaltigkeit.*

*B2: pas clair.*

*B3: je nach Screeningresultaten und Interventionen.*

*B3: wichtiger Punkt hier: hierarchische Organisation des Spitals berücksichtigen.*

*B3: c'est la compétence qui compte donc ne pas donner cette tâche aux étudiant-e-s.*

*B3: pas par étudiant-e, mais équipe soignante.*

*B3: es braucht Kommunikationsschulung.*

*B4: Realität?*

*B4: Wahrscheinlich wird der Oberarzt der Erstintervention nicht genügend Priorität einräumen, deshalb problematisch.*

*B4: les assistant-e-s interviennent et le chef de clinique est toujours présent.*

*B4: verschiedene Interventionen bei unterschiedlichen Disziplinen anzusiedeln.*

*B5: nécessite une formation pour développer une « culture ».*

*B5: sozialtherapeutische Beziehungsarbeit im Kontext Notfall ist nur sehr eingeschränkt möglich. Der Notfall ist darauf angewiesen, dass bei einem bestimmten Ereignis die Abläufe immer gleich sind.*

*B6: ...und Mitarbeitende einer Suchtfachstelle.*

*B6: ajouter les pédiatres ou regrouper et parler de médecin de premier recours.*

*B6: Erstgespräch Nachbetreuung durch Ärzteschaft (biopsychosoziale Anamnese) Weiterbetreuung Suchtberatung.*

*B6: zwingende Aus-/Weiterbildung in MI nicht notwendig.*

*B7: il faut une procédure écrite et claire.*

*B7: Suivi par le ou la médecin de famille si el/elle est motivé-e.*

*B8: il existe des CAN TEAM.*

*B8: Cette solution ne mène pas à plus de repérage mais risque de stigmatiser les familles.*

*B9: Diese Arbeitsgruppe müsste interdisziplinär aufgestellt sein.*

*B9: pas clair.*

*B9: scheidert voraussichtlich an den Ressourcen.*

*B9: Es ist wichtig, dass es ein Gremium gibt, welches Hüterin des Themas ist.*

*B9-10 mettre des spécialistes adolescents, type médecin de famille. Sinon il existe un clair risque de médicalisation, en raison d'une vision négative des addictions par les spécialistes.*

*B10: Interventionen am Krankenbett bei längeren Aufenthalten möglich u. allenfalls sogar sinnvoll. Wird bei Kindern und Jugendlichen extrem selten sein, da diese meist nur einen Nacht hospitalisiert sind.*

*B10: Ärztinnen und Ärzte lassen sich erfahrungsgemäss nicht von Nicht-Ärztinnen und Nicht-Ärzten schulen. Für die Pflegefachpersonen wäre das möglich. Die Intervention am Bett durch die Suchtberatung ist eher möglich, sofern örtliche Nähe gegeben ist.*

*Ausbildung für Ärzteschaft und Pflegefachpersonal im Gebiet Alkohol u.a.*

*Wichtig ist die Beziehung zur intervenierenden Person u. die Glaubwürdigkeit derselben.*

*Interventionen müssen massvoll an die Möglichkeiten des Spitals angepasst werden.*

*La charge pour le service est différente selon le type d'hospitalisation. Un suivi est possible par le personnel infirmier mais en division hospitalière.*

*Intervention bevorzugt durch Ärzteschaft.*

*Intervention und Nachbetreuung durch spezialisierte Fachpersonen um eine weitere Pathologisierung u. Medizinalisierung unseres Gesundheitssystems zu vermeiden. Letztlich stellt sich die Ressourcenfrage und die Frage der Machbarkeit.*

*Kommentar separat*

*nicht sicher ob die / der HA geeignet für Nachbetreuung.*

*Oberärztinnen und Oberärzte wünschenswert. Viel Arbeit nötig.*

*Präventionsstellen sind nicht auf Beratung spezialisiert. Besser bestehende Beratungsstrukturen, wenn möglich, im Spital nutzen.*

*Solliciter le service des urgences pour émettre des recommandations.*

*Befürwortung einer möglichen Intervention durch die Ärzteschaft und / oder Pflegepersonal aber diese müssen notwendiges Fachwissen mitbringen.*

## C- Compétences

L'analyse de littérature systématique a mis en évidence que l'entretien motivationnel est recommandé comme bonne pratique lors d'une intervention psychosociale pour des personnes hospitalisées ayant consommé de l'alcool. L'entretien motivationnel est aussi validé lors d'entretiens avec d'autres pathologies ou addictions.

Recommandations	Groupe de travail <i>M (SD)</i>	Groupe de lecture <i>M (SD)</i>	Tous <i>M (SD)</i>
1. <i>Il est recommandé de créer un climat de confiance, propice au dialogue au sein des structures accueillant des patients avec une alcoolisation éthylique aiguë. Le chef de clinique / médecin-chef y veillera en priorité.</i> Recommandation non retenue par les experts du groupe de travail.	7 (2.5)	6.3 (2.9)	6.7 (2.7)
2. Il est recommandé que des connaissances suffisantes autour de l'alcool fassent partie des formations de base des professionnels, infirmiers et infirmières et médecins.	8.4 (1.1)	8.3 (1.4)	8.3 (1.2)
3. Il est recommandé que des bases sur l'entretien motivationnel fassent partie de la formation initiale des professionnels infirmiers et infirmières et médecins.	8.4 (1)	8.2 (1.1)	8.3 (1.1)
4. Il est recommandé d'offrir régulièrement des modules de formation sur l'entretien motivationnel et l'alcool à destination des professionnels de la santé.	8.5 (0.8)	7.4 (1.6)	7.9 (1.4)
5. Il est recommandé de développer /d'offrir des formations à l'utilisation des outils de dépistage.	8.1 (1.4)	7.4 (2)	7.7 (1.8)
6. La forme que devrait prendre ces formations, le contenu, devront faire l'objet d'une évaluation (plateforme d'e-learning, formation de multiplicateurs, ...).	8.2 (1)	7.4 (2.3)	7.8 (1.8)

*C1: le ou la chef-fe de clinique n'existe pas forcément dans les petites structures.*

*C1: in der Notfallstation so nicht möglich.*

*C1: neben Chefärztinnen/Chefärzten auch Oberärztinnen/Oberärzte der jeweiligen Stationen.*

*C1: Verantwortung liegt bei allen beteiligten Personen gleichermassen.*

*C2: Grundsätzlich ist dies bereits der Fall.*

*C3: au moins dans les urgences et pour des professionnel-le-s motivé-e-s et identifié-e-s;*

*C4: bestehende Fortbildung nutzen.*

*C4: ces modules existent déjà.*

*C5: nicht für alles Personal.*

*C5: parler d'évaluation pas de dépitage.*

*C5: nicht alles neu entwickeln sondern vorhandenes Wissen bei den Ausbildungen verwenden.*

*C6: Ergänzungsvorschlag: ...einer vertieften Abklärung im Bezug auf die Bedürfnisse der Institutionen sein.*

*C6: des évaluations existent déjà et sont bien décrites en éducation médicale.*

*C7: erst ansprechbar wenn nüchtern. Chefärztin/Chefarzt meistens nicht vor Ort.*

*Les professionnel-le-s sont à identifier avec le service des urgences.*

*Une sensibilisation dans les premières années par la hiérarchie est un élément clé pour introduire une nouvelle culture.*

*alkoholspezifisches Fachwissen in Ausbildung des Gesundheitspersonales einbetten.*

*Bevorzugt ein Gespräch anstatt ein Screeningverfahren.*

*CDC n'existe pas toujours dans petites structures.*

*Kann ein Tool sogar im Patientinnen und Patienten- System implementiert sein (Bsp. Eingabe Diagnose → Checkliste erscheint)?*

*Pflegepersonal geeigneter für das Klima des Vertrauens.*

*Zwingende Aus- / Weiterbildung in MI (Motivational Interviewing) nicht notwendig.*

*Sieht jede/r Pat. die Oberärztin/den Oberarzt oder die Chefärztin/den Chefarzt?*

*Struktur der wiederkehrenden Thematisierung da grosse Fluktuation im Spital.*

*vu la surcharge actuelle des centres d'urgence, déléguer la réalisation d'un entretien motivationnel ne paraît pas envisageable; un climat propice au dialogue n'est pas possible au sein d'un service qui par définition ne l'est pas. Déléguer interventions spécifiques dans un lieu adapté effectuées par des professionnel-le-s formé-e-s.*

*Une formation sélective du personnel dépend de la taille du centre, s'il est petit, il faut une formation pour tous.*

*Webinare zu Gesprächsführung.*

*Vielmehr ist es so, dass die Mitarbeitenden oft hilflos sind, nicht weil Wissen fehlt sondern Zeit und Ressourcen. Es ist für das Personal schon eine grosse Entlastung, wenn sie wissen, dass es eine Meldestelle gibt, wo man Kinder und Jugendliche genauer ansieht und wenn nötig Hilfe anbietet.*



## D- Procédures et outils

L'intervention qui se déroule aux urgences, après la prise en charge médicale proprement dite, est essentiellement constituée par une étape d'évaluation, de tri. Elle permet d'identifier s'il s'agit pour les patient-e-s d'un événement "accidentel", d'une alcoolisation massive par inexpérience, par habitude ou répétitive. Questionner les patient-e-s au sujet de leur consommation d'alcool constitue une intervention. A relever que les patient-e-s interrogé-e-s se souviennent plus tard en général d'une ou de plusieurs questions.

Recommandations	Groupe de travail <i>M (SD)</i>	Groupe de lecture <i>M (SD)</i>	Tous <i>M (SD)</i>
1. Il est recommandé de développer un algorithme, une procédure intégrant des outils de dépistage.	8.1 (1.6)	7.8 (1.5)	7.9 (1.5)
2. Il est recommandé que les algorithmes de dépistage soient clairs et réalisables en peu de temps	8.4 (1.5)	8.5 (0.9)	8.5 (1.2)
3. Il est recommandé de sélectionner parmi les questionnaires standardisés, en partenariat avec les services des urgences, des outils de screening adaptés à leurs besoins et aux spécificités liées à ce service.	7.5 (2.3)	7.9 (1.7)	7.7 (2)

Pour en améliorer le recours ils pourraient avoir l'apparence des outils de dépistage et algorithmes utilisés dans d'autres situations, déjà familiers.

Vu la surcharge chronique dans certains services d'urgences, les interventions doivent être minimales. Néanmoins, certaines mesures pourraient aider à l'évaluation de la sévérité du cas: s'appuyer sur la tolérance à l'alcool d'un patient en se basant sur le taux d'alcoolémie et les symptômes présents, par exemple. Attention, "La corrélation entre l'état clinique et l'alcoolémie étant médiocre, la gravité de l'intoxication éthylique aiguë (IEA) ne se juge pas à la valeur de l'alcoolémie mais à la forme clinique d'IEA" (in Vade-Mecum de Pédiatrie, p. 375)

Recommandations	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
4. <i>Le recours systématique à des marqueurs biologiques n'est, en règle générale, pas nécessaire.</i> Recommandation non retenue par le groupe d'expert.	8.9 (0.3)	8.3 (1.7)	8.6 (1.3)
5. <i>Il est recommandé d'explorer, d'évaluer l'intérêt d'un recours à des marqueurs biologiques comme le dosage de l'alcoolémie dans l'air expiré.</i> Recommandation non retenue par le groupe d'expert.	8.1 (1.2)	8.2 (1.5)	8.1 (1.4)

Pour que les procédures recommandées soient mises en place il est important que le personnel y trouve un avantage et ne les perçoive pas comme une charge de travail supplémentaire.

Recommandations	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
6. Il est recommandé que les procédures soient acceptées et soutenues par l'ensemble de la hiérarchie hospitalière.	8.9 (0.3)	8.3 (1.7)	8.6 (1.3)
7. Les outils et procédures doivent être régulièrement évalués, actualisés.	8.1 (1.2)	8.2 (1.5)	8.1 (1.4)

Certains services d'urgences pédiatriques disposent déjà d'un algorithme décisionnel et d'outils d'évaluation qui sont très largement utilisés. Ils ne sont pas évalués. Ils pourraient être proposés dans d'autres structures.

Recommandation	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
8. Il est recommandé d'évaluer les algorithmes et outils déjà utilisés.	8 (1.2)	8.6 (0.7)	8.3 (1)

*D1-3: CAGE wird häufig angewendet (auch im Studium gelernt). Ist aber kein Instrument der Früherkennung.*

*D1: Algorithmen als Grundlage einer Adaption an das schweizerische Setting.*

*D1: Das Verfahren muss sehr kurz sein u. kann nicht vertiefen. Eigentlich ist das Minimum schon das Maximum.*

*D3: wichtig ist ein valides, reliables und kurzes Instrument, welches gut implementierbar ist.*

*D4: abhängig von der Patientinnen- und Patientenpopulation. Kann bei gewissen Situationen durchaus Sinn machen.*

*D4.D5.: la mesure d'alcoolémie est un paramètre objectif facile et rapidement disponible.*

*D5: voir Vademecum de pédiatrie.*

*D5: biologische Marker sind vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten nicht aussagekräftig genug.*

*D6: wenn damit die verschiedenen Führungsebenen gemeint sind-einverstanden!*

*D7: définir qui fait l'évaluation. Voir outils de dépistage dans le domaine de la violence (unité méd. des violences CHUV).*

*D7: Darf auf keinen Fall untergehen!*

*D7: Wenn es ein evidenzbasiertes Instrument ist, sind Aktualisierungen i.d.R. in grossen Abständen notwendig.*

*D8: Evaluation aller Instrumente sehr aufwändig. Eventuell gleich ein neues machen?!*

*Evaluation der vorhandenen und zukünftigen Abläufe. Gesamte Spitalhierarchie sollte das Projekt mittragen.*

*Une évaluation est importante pour convaincre les professionnel-le-s de l'intérêt de la démarche.*

*Feinfühliges Gespräch durch eine/n Jugendmediziner/in.*

*Fragebogen auch für mit Pat. ins Gespräch zu kommen.*

*Intervention/Abläufe sollten in QM und Leitbild aufgenommen werden.*

*Kommentar separat.*

*Screeninginstrumente als Pflichtübung.*

## E. Autres recommandations

Dans le domaine des intoxications alcooliques aiguës et des mesures à prendre, un besoin important d'évaluation se fait sentir. Une évaluation des interventions psychosociales structurées et menées dans certaines structures hospitalières, notamment à l'attention des enfants, manquent. Elles permettraient d'en tester l'impact, d'améliorer le projet lui-même et permettraient aux projets futurs d'appliquer des interventions basées sur l'évidence.

Recommandation	Groupe de travail <i>M (SD)</i>	Groupe de lecture <i>M (SD)</i>	Tous <i>M (SD)</i>
1. Il est recommandé d'évaluer les interventions psychosociales déjà menées dans les hôpitaux en Suisse.	7.5 (1.8)	8.3 (1.3)	7.9 (1.6)

Il manque d'études nationales sur le nombre réel des intoxications alcooliques aiguës, pour tout groupe d'âge, qui ne concernent pas que les chiffres des statistiques hospitalières. Cela pourrait renforcer le besoin d'intervention. Les médecins de famille et les services d'interventions, les samaritains pourraient contribuer à donner une image réelle de la situation globale en Suisse.

Recommandation	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
2. Il est recommandé de faire une statistique précise au niveau national du nombre d'intoxications alcooliques aiguës qui ne couvre pas que les cas hospitalisés.	7.9 (1.5)	7.9 (1.5)	7.9 (1.5)

Recommandations	Groupe de travail	Groupe de lecture	Tous
3. Il est conseillé de tenir compte de l'aspect genre dans les mesures, et de les adapter également à l'âge des patient-e-s.	7.6 (2)	7.8 (1.5)	7.7 (1.7)
4. Il est recommandé d'appliquer les mesures de screening également aux personnes dont le diagnostic <b>secondaire</b> est une intoxication alcoolique (personnes hospitalisées pour une fracture, par ex.).	8.7 (0.6)	8.3 (1.6)	8.5 (1.2)
5. Il est recommandé d'encourager activement les parents à s'adresser à un service spécialisé s'ils en ressentent le besoin.	8.7 (0.7)	8.8 (0.7)	8.7 (0.7)

6. Il est recommandé de ne pas oublier d'intégrer les médecins de famille aux récipiendaires des informations sur le projet, car une partie des patient-e-s consulte son médecin de famille.	8.3 (1.7)	8.5 (0.8)	8.4 (1.3)
7. Vu le nombre plus élevé d'intoxications alcooliques aiguës en fin de semaine ou lors d'événements festifs particuliers, il est recommandé de mettre un accent particulier, des ressources sur ces périodes.	8 (1.4)	7.9 (2)	8 (1.7)
8. Il est recommandé de doter les urgences des ressources nécessaires à une première intervention aux urgences.	8.5 (0.9)	7.4 (2.1)	7.9 (1.7)

*E2: Es wäre sinnvoll, dass erst einmal eine vollständige Erhebung auf dem Notfall geschieht. Welches wäre der Gewinn einer weiteren Datenerhebung?*

*E3: plutôt à l'âge pas au genre.*

*E4: auf jeden Fall.*

*E4: il est important de faire toujours une bonne anamnèse. S'enquérir aussi d'une problématique alcool éventuelle aussi chez les parents.*

*E4: unbedingt!*

*E5: Nicht nur ermutigen sondern konkrete Hilfe anbieten, abgeben.*

*E5: encourager surtout le lien parent-enfant; ne pas contraindre les jeunes, ce serait contre-productif.*

*E6: erhalten HA einen Austrittsbericht bei Intoxikationen?*

*E6: allgemein zu problematischem Konsum. Es macht keinen Sinn nur Alkoholintox und Notfallstationen zu berücksichtigen. Alkoholabhängige sind die grosse Herausforderung für ein Spital.*

*Ausbreitung auf HA sehr aufwändig.*

*Fachstellen müssen nutzerzentrierter werden.*

*Hausärztinnen und Hausärzte als wichtige Akteurinnen und Akteure. Ressourcenknappheit. Projekt F+F (Früherkennung + Frühintervention) als Umsetzungsidee in den Spitälern.*

*Hilfreich wäre bereits wenn die Notfallstationen erfasst würden.*

*Intervention macht wohl primär im nüchternen Zustand Sinn.*

*Es ist von zentraler Bedeutung, dass unterschieden wird zwischen Personen mit gelegentlichem Rauschtrinken und Personen mit chronischem Alkoholkonsum*

*Résumé: mettre en place quelque chose de simple, appliqué de manière systématique. Partir avec une mesure pas trop ambitieuse au départ et sur la base d'une évaluation, renforcer alors le dispositif.*

## F Documents d'information et brochures

Le recours à des supports informatifs n'a pas fait l'objet de validation par le groupe d'experts en tant que tel.

Recommandations	Groupe de travail <i>M (SD)</i>	Groupe de lecture <i>M (SD)</i>	Tous <i>M (SD)</i>
1. Il est recommandé de fournir à tous les patients concernés un flyer d'information et d'adresses.	---	8.3 (1.1)	
2. Il est recommandé de proposer du matériel d'information adapté au degré de gravité de la situation.	---	5.5 (2.8)	
3. Il est recommandé de mettre à disposition des flyers d'information et adresses spécialisées aux proches.	---	8.2 (1.1)	

Commentaires:

*F3: veiller à la confidentialité des patient-e-s.*

## G- Questions ouvertes

Faut-il intégrer dans les projets modèles qui pourraient se développer les abus avec d'autres produits?

*sinnvoll, Personen mit Alkintox auch noch nach Konsum von anderen Substanzen zu befragen.*

*Fokus auf Personen, welche mit einer Intoxikation von illegalen Substanzen eingeliefert werden, zu einem späterem Zeitpunkt.*

*fester Ablauf bei Intoxikationen wie bei anderen Diagnosen auch.*

*Pat. mit Alkintox nicht so rasch als möglich wieder entlassen. Je länger der Aufenthalt desto grösser die Möglichkeit und Zuständigkeit für eine Kurzintervention.*

*auch Personal auf Intensivstation (bei schweren Intoxikationen) müsste für Kurzinterventionen geschult werden.*

*alle Stationen auf Nebendiagnose Alkoholproblem sensibilisieren.*

*auch Intoxikationen durch andere Substanzen sollten integriert werden.*

*Bitte Ansätze nicht nur auf Notfallstationen reduzieren.*

*d'abord s'occuper de l'alcool, si les moyens sont présents, élargir la thématique. Transposition possible des procédures mais facteur de l'illégalité est particulier pour certaines substances.*

*Differenzierung in einem späteren Schritt.*

*Ev. in einem zweiten Schritt. Wenn bei Alkohol gute Verfahren etabliert sind.*

*inclure avis des enfants et parents sur la prise en charge, demande d'aide, interventions à mettre en place (faire formulaire pour recueillir les informations sur les interventions plus adaptées).*

*intéressant même si la problématique alcool est plus fréquente. Adapter alors les outils.*

*intoxications mixtes fréquentes, oui.*

*Ja!*

*Ja! Das Thema Datenschutz ist nicht geklärt.*

*Ja, auch Verhaltenssucht integrieren.*

*Ja, Schulung des Personals zu illegalen Drogen.*

*oui absolument (abus avec tout autre produit psychoactif).*

*oui et interroger les personnes concernées pour cette recherche et voir autres commentaires.*

*oui et pour toutes substances chez les jeunes.*

*oui les abus d'autres substances.*

*plutôt oui en raison des similitudes.*

*raisonnable mais pas réaliste.*

*nous avons rarement des consultations en urgence de jeunes avec d'autres produits, des projets modèles seraient à développer mais dans un contexte autre que les urgences.*

*Ressourcenproblem bei Einbindung von anderen Substanzen.*

*Risikoeinschätzung nicht zwingend am Spitalbett.*

*se concentrer sur alcool puis élargir.*

*si agit lors événement aigu, teachable moment en lien avec consommation d'alcool, intégrer une discussion sur d'autres produits n'est pas forcément bénéfique.*

*Stigma von medizinischen Fachpersonal als Hauptproblem.*

*zielführend, aber braucht eine Abklärung welche Substanzen für den Notfall von Bedeutung wären.*

*Es sollte immer unterschieden werden, welches Setting, welche Zielgruppe. Wird nicht differenziert, scheinen manche Empfehlungen generell oder beliebig.*

## 11.7. Analyse et valorisation de la littérature scientifique internationale sur les "bonnes pratiques"

*Nous vous remercions de vous référer à la version allemande de cet extrait d'analyse. Cette partie est traduite pour en faciliter la compréhension pour les francophones.*

*Référence du rapport de recherche: Wicki, M., Wurdak, M., & Kuntsche, E. (2013) Effektivität psychosozialer Interventionen im Spital bei Alkohol-Intoxikation: Eine systematische Literaturübersicht (Forschungsbericht Nr. 69) Lausanne: Sucht Schweiz.*

### 11.7.1. Réalisation de la revue de littérature systématique

Une revue de littérature systématique concernant les interventions psychosociales faisant suite à une intoxication alcoolique a été réalisée. Les méthodes utilisées correspondent à la déclaration PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses, Liberati et al., 2009, Moher et al., 2009), aux standards pour les revues systématiques, développés par l'Institute of Medicine of the National Academies des États-Unis (Eden et al., 2011), et aux recommandations de la collaboration Cochrane (Higgins & Green, 2011). Notre étude a été inscrite auprès de PROSPERO (2013) une base de données internationale pour un enregistrement prospectif des revues de littérature systématiques dans le domaine de la santé et de l'aide sociale.

L'objectif de cette revue de littérature est de déterminer:

- Quel type d'intervention psychosociale est la plus efficace pour réduire la consommation d'alcool des patients qui avaient consommé de l'alcool peu de temps avant leur hospitalisation?
- Quelles sont les caractéristiques de l'intervention (par ex. durée, session de suivi) qui intensifie son efficacité?

Tous les articles qui permettent de répondre à ces questions et publiés les vingt dernières années dans des journaux peer-reviewed sont pris en compte. Par ailleurs, on tient compte sous "interventions psychosociales" de tous les types d'interventions au-delà d'un traitement médical, comme l'entretien motivationnel ou le feedback normatif; les traitements en lien avec d'autres diagnostics tels la dépendance ne sont pas retenus. Seules les études avec un plan de recherche qui permettent de conclure sur l'efficacité de l'intervention (p.ex. essai randomisé contrôlé, essai non-randomisé) et rapportent un effet (p.ex. différence de moyenne, odds ratio) ont été incluses. Comme une recherche de littérature préliminaire a montré qu'il n'y avait pas beaucoup d'études se focalisant exclusivement sur des personnes diagnostiquées avec une "intoxication aiguë", les études portant sur des personnes arrivant ivres à l'hôpital ou qui rapportaient avoir bu de l'alcool peu de temps avant l'hospitalisation ont également été retenues.

Pour ne pas limiter le nombre d'études à considérer, l'outcome ou indicateur de l'efficacité n'a pas été défini a priori (par exemple considérer uniquement des études qui analysent les effets sur la fréquence de binge drinking). On a considéré des outcomes primaires (p.ex. la fréquence de consommation d'alcool, la quantité moyenne consommée par semaine, la fréquence de binge drinking, AUDIT-C) et secondaires (p.ex. problèmes liés à l'alcool, conduire sous l'influence d'alcool, re-hospitalisation).

Après la recherche de littérature dans quatre banques de données, 912 abstracts ont fait l'objet d'un survol et 57 articles semblant pertinents ont été lus en détail. Huit articles étaient pertinents pour la synthèse qualitative (revue de littérature systématique). En raison de l'hétérogénéité de ces études (en particulier l'hétérogénéité des outcomes), une synthèse quantitative (méta-analyse) n'a pas été possible.



### 11.7.2. Les principaux résultats

En se basant sur la littérature scientifique actuelle, on ne peut s'exprimer clairement que sur une forme d'intervention, à savoir l'entretien motivationnel (des huit études pertinentes, sept se focalisaient sur les entretiens motivationnels, une sur des conseils, "trucs"): il existe une indication claire qu'un entretien motivationnel, comparé à un traitement standard quel qu'il soit, amène une valeur ajoutée. Toutefois émettre des comparaisons avec d'autres interventions psychosociales n'est pas possible - dire que l'entretien motivationnel est plus efficace que le feedback normatif, par exemple, reste incertain.

Cette lacune dans la littérature scientifique a probablement deux raisons principales:

- Les interventions évaluées ne s'adressent pas uniquement à des personnes qui présentent une ivresse sévère ou un diagnostic d'intoxication alcoolique aiguë, mais plus généralement à des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont consulté leur médecin traitant.
- Des interventions psychosociales sont effectuées mais elles ne sont pas évaluées.

### 11.7.3. Description des résultats

La revue de littérature montre que l'état actuel des connaissances est trop incomplet pour répondre entièrement aux questions de la présente recherche. Cela s'illustre dans les domaines suivants :

- **Les formes d'intervention**

Sur la base de la littérature scientifique actuelle, seule une conclusion sur une intervention de type entretien motivationnel peut être faite.

- **Éléments de l'intervention**

Sur la base des études existantes on ne peut pas conclure sur les éléments de l'intervention psychosociale (p.ex. « fixer des objectifs ») qui contribuent à l'efficacité de l'intervention. Cela est lié à deux facteurs: a) l'hétérogénéité des outcomes est trop grande pour le nombre limité d'études, b) les éléments utilisés dans les études individuelles sont habituellement documentés de manière trop vague pour savoir ce qui a été fait précisément.

- **Groupes d'âge**

La plupart des études ne couvrent que les groupes d'adolescents et de jeunes adultes de sorte que les conclusions doivent être étendues avec prudence aux groupes plus âgés. Dans les études qui tiennent compte d'un large éventail d'âge (par exemple Alicia Rodríguez - Martos et al, 2006; Smith et al, 2003; Sommers et al, 2006), les résultats n'ont malheureusement pas été rapportés par groupe d'âge.

- **Hétérogénéité des patients**

Il reste à savoir si les effets observés sont indépendants du degré d'intoxication des patients. A part l'étude de Barnett et al (2010) les patient-e-s ont été analysés comme groupe homogène.

- **L'implication de la famille**

Seule une étude a inclus la famille des personnes hospitalisées lors de l'intervention (Spirito et al., 2011). L'efficacité (l'effet était de courte durée et n'était plus détectable à long terme ) et l'efficacité (l'intervention avec la famille a duré 105 à 120 minutes, tandis que les autres interventions avec entretiens motivationnel ont duré 15 à 45 minutes) de cette étude ne sont pas optimales. Conclure à partir d'une seule étude n'est pas possible. Des interventions existantes qui incluent la famille (par exemple Duran et al, 2009. ) sont prometteuses, mais leur efficacité devra encore être évaluée.

- **Les outcomes**

Le plupart des études ont couvert les facettes de la consommation d'alcool (fréquence, quantité, volume, consommation excessive d'alcool, les problèmes et les blessures liés à l'alcool, la volonté de changer les comportements ) de manière incomplète.

#### **11.7.4. Implications pour la pratique**

Bien que cette revue de la littérature systématique n'ait pu répondre que partiellement aux questions de recherche, on peut en tirer quatre conclusions pour la pratique.

##### **1. L'entretien motivationnel peut être recommandé comme «bonne pratique»**

Les résultats de cette revue de la littérature suggèrent que, pour réduire la consommation d'alcool, l'entretien motivationnel est plus efficace que le traitement médical standard seul.

##### **2. Publication dans des revues internationales**

Quand un programme avec une intervention psychosociale est mis en œuvre dans un hôpital, il doit être documenté par les expert-e-s dans une publication scientifique (y compris le modèle d'impact, le protocole d'intervention ). La publication devrait être publiée si possible dans une revue internationale qui est indexée dans les bases de données pour les recherches de littérature (p.ex. PubMed, OvidSP, Web of Knowledge ). D'autres programmes peuvent ainsi tirer profit de cette expérience.

##### **3. L'évaluation des résultats**

Comme dans le cas du projet HaLT en Allemagne (Wurdak & Wolstein, 2012), plusieurs projets ont réalisé des interventions psychosociales mais leur impact n'a pas été évalué. Déjà dans la phase de planification d'un projet d'intervention les expert-e-s devraient envisager une évaluation de l'impact de l'intervention et une collaboration avec des chercheurs. Une évaluation permettrait d'améliorer le projet lui-même et permettrait aux projets futurs, d'appliquer des interventions basées sur l'évidence. L'évaluation devrait être publiée dans un journal international.

##### **4. Le moment optimal pour une intervention**

Entre l'hospitalisation et la première enquête de suivi (généralement au bout de trois mois) la consommation d'alcool avait également diminué en l'absence d'intervention psychosociale. Compte tenu de ce résultat, la question se pose s'il serait plus efficace d'effectuer l'intervention psychosociale, non seulement au moment de l'hospitalisation, mais, par exemple, trois mois après l'hospitalisation. Ceci dans le but d'obtenir une réduction de la consommation d'alcool et de prévenir une nouvelle augmentation de la consommation.

#### **11.7.5. Implications pour la recherche**

Des évaluations de l'efficacité des interventions psychosociales peuvent bénéficier de l'expérience acquise lors cette revue de littérature.

##### **1. Assurance de la qualité**

Pour l'assurance qualité, les études qui examinent l'efficacité des interventions psychosociales devraient être consignées dans un registre des processus cliniques (clinical trial registry).

##### **2. Echantillon**

Aucune des études considérées dans cette revue de littérature n'avait un échantillon de 200 participants ou plus. Cela pose un problème de puissance statistique et la possibilité de faire des analyses par sexe, groupe d'âge, ampleur de l'intoxication au moment de l'hospitalisation.

### **3. Documentation de l'intervention psychosociale**

L'intervention psychosociale devrait être documentée plus clairement, pour que l'intervention soit compréhensible et reproductible.

### **4. Documentation du traitement standard**

Le "traitement standard" devrait être documenté plus clairement. La conception de ce qui est "standard" varie d'un hôpital à l'autre et change selon les années.

### **5. Sélection des outcomes**

Les différentes facettes de la consommation d'alcool (fréquence, quantité, volume, consommation excessive d'alcool, les problèmes et les blessures liés à l'alcool) devraient être prises en compte de manière plus exhaustive dans l'évaluation.

### **6. Documentation des analyses et des résultats**

L'analyse statistique doit être clairement décrite et les résultats devraient être présentés de manière suffisamment détaillée pour qu'ils puissent être résumés quantitativement dans une méta-analyse. Si possible, les résultats devraient être séparés par sous-groupes (p.ex. sexe, groupe d'âge).

### **7. Moment optimal pour une intervention**

Comme déjà mentionné, le moment optimal pour l'intervention ou booster-session devrait être exploré.