

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Rebecca Ruiz intitulée "une prise en charge adaptée des alcoolisations ne soulagerait-elle pas les urgences du CHUV" ?

Rappel de l'interpellation

L'évolution du traitement des alcoolémies positives au sein du service des Urgences du CHUVentre 2000 et 2010 indique une augmentation de 176 %. En moyenne actuelle, les Urgences admettent une dizaine de patients pour alcoolisation aiguë durant les nuits de fin de semaine (vendredis et samedis soirs).

De 2000 à 2011, le nombre de personnes entre 18 et 30 ans hospitalisées avec une alcoolémie positive (plus grand ou égal à 0.5 pour mille) a quintuplé au CHUV (125 situations en 2000, 544 en 2011). En 2011, 30 % de toutes les alcoolémies positives réalisées aux urgences concernaient les 18-30 ans (sur un total de 1823 alcoolémies positives répertoriées). Cette population jeune, présente, par ailleurs, des caractéristiques propres dont il convient tout particulièrement de tenir compte. Ces patients, en effet, présentent des risques médicaux élevés, leur intoxication étant associée à d'autres problèmes (risque vital, blessures et/ou fractures suite à des bagarres). Leur présence au CHUV provoque en outre une forte consommation de ressources (séjour de plusieurs heures aux Urgences, examens fréquents, suivi par personnel médical, infirmier, personnel de sécurité). Aussi, ces patients présentent souvent des troubles de comportement (insultes, agitation, agressions, refus de soins) nécessitant une prise en charge particulière. Enfin, les jeunes admis pour alcoolisation aiguë sont davantage susceptibles de développer une dépendance ultérieure à l'alcool en raison de la présence de facteurs de risques particuliers. A noter également que la tranche d'âge des 20-30 ans est la plus touchée par les alcoolémies inférieures à 2‰, alors que celle des 40- 50 ans est la plus touchée par les alcoolémies supérieures ou égales à 2‰(Sources : données chiffrées fournies par le CHUV et Neves, P., Neuffer, N., Yersin, B. (2011). Intoxications alcooliques massives aux urgences : combien, qui, quoi et comment ? Revue médicale suisse ; 7 : 1445-9).

Alcoololo-dépendant ou jeune, chaque patient nécessite des soins adaptés. De plus, face aux difficultés rencontrées par le Service des urgences du CHUV pour prendre en charge des personnes sous l'emprise de l'alcool (celles-ci pouvant péjorer l'accueil des autres patients ou le traitement des urgences, voire mettre la sécurité du personnel médical en danger), il convient de s'interroger sur la nécessité de développer une prise en charge particulière des alcoolisations massives des jeunes comme des adultes.

Par conséquent, j'ai l'honneur de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat:

- 1. Face à cette situation critique, qu'entend entreprendre le Conseil d'Etat pour décharger les Urgences et adapter la prise en charge médicale des alcoolisations massives ?*

2. *Quel suivi de jeunes admis aux Urgences pour alcoolisation aiguë en fin de semaine le Conseil d'Etat compte-t-il développer ?*

Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation de la Députée Rebecca Ruiz intitulée " Une prise en charge adaptée des alcoolisations ne soulagerait-elle pas les Urgences du CHUV ? "

Rappel du contexte actuel:

Avec près de 37'000 entrées annuelles, les urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) souffrent d'un engorgement chronique. 5% des entrées représentent une alcoolisation aiguë. Les admissions pour ce motif ont plus que triplé en dix ans et elles ont quadruplé chez les personnes de 18 à 30 ans.

L'analyse des patients alcoolisés admis aux urgences a permis d'identifier 2 groupes principaux se distinguant par la gravité de leur alcoolisation :

- 30% (500 personnes par an, alcoolémie moyenne 2.2g/l) sont des personnes (de jeunes adultes en majorité) ayant un faible risque de présenter des complications liées à l'alcoolisation aiguë. Pour une partie de celles-ci, la prise en charge (surveillance neurologique, paramètres vitaux, etc.) ne justifie pas le plateau technique des urgences, dont le plus souvent, les complications médicales et/ou traumatologiques peuvent rapidement être exclues ou traitées. Néanmoins, ces patients ne peuvent pas être renvoyés à leur domicile et restent aux urgences où ils occupent des lits pendant 10 à 48 heures et doivent quitter le service alors que leur dégrisement n'est que partiel.
- Les 70% restant sont des patients (approximativement 1'200/an) présentant un risque élevé de complications médicales nécessitant une prise en charge aux urgences. Ces patients sont en majorité des personnes alcoolo-dépendantes qui, au cours de leur dégrisement, présentent des symptômes de sevrage. Dans la moitié des cas, leur traitement nécessiterait une hospitalisation de 3-4 jours en moyenne dans un lit de l'Unité hospitalière du Service d'alcoologie. Or, le délai d'attente d'admission dans cette unité est trop élevé (de 3 à 4 semaines). En outre, environ 2 patients alcoolo-dépendants se présentent chaque semaine aux urgences pour une demande de sevrage.

Environ la moitié des jeunes patients alcoolisés accueillis aux urgences présentent des éléments de vulnérabilité médicale et sociale (maladies psychiques, difficultés dans le parcours de formation, conflits familiaux, etc.) et ils risquent de développer des problèmes d'alcool. Selon le rapport 2011 sur l'alcool et la santé de l'OMS, la principale cause de mortalité dans le monde chez les jeunes de 15 à 29 ans est liée à la consommation d'alcool, se traduisant principalement par la survenue d'accidents et d'actes de violence.

Or, les données scientifiques disponibles indiquent qu'une minorité de personnes présentant un problème lié à la consommation d'alcool va demander de l'aide auprès de professionnels (médecine générale/spécialiste). Eu égard aux risques immédiats liés à l'alcoolisation et aux risques d'évolution vers la dépendance, cette population doit faire l'objet d'une attention particulière à un moment où il est encore possible d'éviter toutes ces conséquences médicales et sociales. L'admission au CHUV représente donc, dans ce sens, une porte d'entrée opportune pour offrir une prise en charge adaptée.

Compte-tenu de ce qui précède, le Conseil d'Etat apporte les réponses suivantes aux questions de l'interpellation :

1) Face à cette situation critique, qu'entend entreprendre le Conseil d'Etat pour décharger les Urgences et adapter la prise en charge médicale des alcoolisations massives ?

Création d'une filière de prise en charge des alcoolisations aiguës

Sur la base de l'analyse des 220 cas d'alcoolisation aiguë admis aux urgences en novembre 2012 et en février 2013, ainsi que des expériences d'autres villes, le Conseil d'Etat envisage la prise en charge de l'alcoolisation aiguë au travers d'une filière, dans le but de désengorger les urgences et de prendre en charge ces personnes de manière plus efficace et adaptée.

Concept

Les professionnels au contact des personnes alcoolisées (ambulanciers, policiers, infirmiers de tri du CHUV, médecins de garde, équipe mobile urgences sociales (EMUS), etc.) seront formés à une nouvelle procédure d'orientation, sur la base d'une liste de critères d'évaluation, pour les orienter vers:

- le domicile ou,
- le centre de dégrisement pour les alcoolisations dites simples ou,
- le centre de sevrage pour les alcoolisations nécessitant un traitement hospitalier alcoologique ou,
- les urgences.

Cette filière entraîne la mise sur pied de 2 nouvelles structures au sein de l'Unité hospitalière du Service d'alcoologie, qui serait ainsi composée de :

- un centre de dégrisement à créer, d'une capacité de 5 lits
- un centre de sevrage à créer, d'une capacité de 5 lits ;
- un centre de réhabilitation déjà existant et d'une capacité de 12 lits.

Centre de dégrisement

Il évite le transfert systématique aux urgences. Il offre une surveillance infirmière visant à identifier les complications présentes ou potentielles et un encadrement (cadre sécurisé, prévention des chutes, des accidents de la voie publique, des agressions, de l'hypothermie et interruption de la consommation d'alcool). Pour les moins de 18 ans, les parents sont informés.

Il permet d'initier des mesures de prévention secondaire (bilan de la consommation et de ses répercussions, suivi en fonction des besoins, etc) et d'orienter dans le réseau (médecin traitant, psychiatre, service social) si nécessaire.

Le centre de dégrisement devrait se situer sur la cité hospitalière, pour être à proximité des urgences.

Centre de sevrage

Il permet d'assurer la prise en charge des patients alcoolisés admis aux urgences et nécessitant une suite de traitement alcoologique hospitalier (3-4 jours) : sevrage, prise en charge de crise et transition entre l'hospitalisation et le réseau ambulatoire.

Il décharge les urgences en réduisant la durée du séjour et en transférant ces patients dans une unité adaptée, avec un plateau technique plus modeste et à moindre coût.

Le lieu du centre de sevrage est encore à l'étude, car une alternative se présente : le scénario privilégié est de le réaliser sur la cité hospitalière, et le second scénario serait l'agrandissement du pavillon Tamaris à Cery.

Projections financières

Elles concernent l'ouverture de 10 lits (5 pour le dégrisement et 5 pour le sevrage) pour permettre d'admettre des patients la nuit et le week-end, ainsi que le suivi ambulatoire pour les jeunes admis au centre de dégrisement.

Le budget de charges est estimé à CHF 2'000'000.-, comprenant 12.8 EPT (Emploi Plein Temps, principalement des infirmières). Les revenus d'exploitation sont estimés à CHF 1'700'000.-. La subvention annuelle demandée serait donc de CHF 300'000.- toutefois en tenant compte des gains mentionnés ci-après, elle pourra globalement être revue à la baisse.

Les coûts d'investissement pour la construction sont de l'ordre de 5 à 6 millions de francs pour ces 2 unités de 10 lits au total.

Gains

La mise en place de ces solutions responsabilisera les usagers en leur demandant de participer aux coûts engendrés (transport, franchise d'assurance, frais d'hébergement non médicaux non couverts par la LAMal) et permettra d'économiser des ressources (ces centres étant plus faiblement médicalisés que les urgences).

Grâce à ce projet de filière, les urgences bénéficieraient d'un allègement de la prise en charge estimé à 70% des 1'700 patients alcoolisés admis annuellement, par une double diminution :

- du flux entrant aux urgences (diminution de 200 patients par an en majorité des jeunes de moins de 30 ans) : orientation à domicile ou vers le centre de dégrisement selon la procédure d'orientation utilisée par les professionnels au contact des personnes alcoolisées.
- de la durée de séjour aux urgences : une fois les soins effectués, orientation vers le centre de dégrisement pour les alcoolisations simples (environ 350 patients) et vers le centre de sevrage (600 patients) pour les alcoolisations nécessitant un traitement hospitalier alcoologique.

Phase pilote de 6 mois

Une phase pilote de 6 mois est prévue, pendant laquelle le concept de filière sera mis en œuvre, les professionnels concernés (ambulanciers, policiers, infirmiers de tri du CHUV, médecins de garde, équipe mobile urgences sociales (EMUS), etc.) se verront formés sur la nouvelle procédure d'orientation, et les connaissances en alcoologie des équipes EMUS seront également renforcées. Son financement est assuré dans le cadre du budget du CHUV.

Pendant ce temps, seuls 5 lits de dégrisement seront provisoirement installés sur la cité hospitalière. A l'issue de la phase pilote, les résultats et les coûts du dispositif seront analysés de manière approfondie afin de préciser les conséquences financières dans la durée.

2) Quel suivi de jeunes admis aux Urgences pour alcoolisation aiguë en fin de semaine le Conseil d'Etat compte-t-il développer

Prévention

L'intoxication aiguë à l'alcool chez les jeunes constitue une problématique extrêmement préoccupante. Le CHUV recommande de limiter les facilités d'accès au produit (alcool).

En effet les mesures considérées comme efficaces sont majoritairement des mesures structurelles (comme l'existence d'un âge seuil pour la vente d'alcool, l'imposition de l'alcool, la limitation de la publicité ou des heures d'ouverture des points de vente) centrées sur la société avec diminution de l'offre. Elles sont peu populaires mais extrêmement efficaces et bien documentées dans la littérature scientifique (une méta-analyse récente menée en Angleterre démontre qu'en associant les résultats d'un grand nombre d'études, la force de la relation est très robuste et scientifiquement solide entre augmentation du prix de l'alcool et baisse significative du niveau de consommation, diminution des coûts de santé induits par les excès d'alcool et une diminution de la perte de qualité de vie dans tous les groupes d'âges et pour les deux sexes (RC Purshouse et al, Lancet2010 ;375 :1355-649)).

En ce sens, le Conseil d'Etat proposera prochainement un projet de révision de la LADB pour répondre aux interventions parlementaires soumises par le Grand Conseil dans ce domaine et adapter le dispositif de la protection de la jeunesse en regard du résultat des achats tests.(Tschopp "Interpellation Jean Tschopp et consorts - Alcoolisation des mineurs : mettre les exploitants d'établissements et de commerces face à leurs responsabilités").

Etude sur une prise en charge ambulatoire

Approximativement 20-30% des jeunes présentant une alcoolisation aiguë justifiant une admission dans un service hospitalier sont susceptibles de développer une dépendance à l'alcool.

Le développement d'une prise en charge ambulatoire spécifique pour les jeunes s'appuiera sur les résultats d'un projet de recherche en cours qui vise une meilleure caractérisation des jeunes adultes de 18 à 30 ans alcoolisés et admis aux urgences, en termes d'évolution de leur santé, des problèmes d'alcool et du parcours dans les soins (financement obtenu notamment de la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions).

Mesures de suivi

Dans l'intervalle et pour tenter d'éviter l'évolution de l'alcoolisation aiguë des jeunes, des mesures de suivi seront proposées à chacun en fonction de ses besoins. Il s'agira d'un suivi léger (entretiens brefs, entretiens téléphoniques, entretien de motivation, courriers), mais prolongé (jusqu'à 24-36 mois après l'épisode d'alcoolisation aiguë). L'objectif est de prévenir l'aggravation des comportements de consommation souvent constatés dans cette tranche d'âge et la survenue ultérieure de dépendance.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 4 décembre 2013.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean