



# Les Urgences : une opportunité d'accès à des interventions préventives en partenariat avec les médecins de premier recours ?

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 1854-8

**I. Guessous  
J. Cornuz  
O. W. Hugli  
B. Yersin**

Drs Idris Guessous, Olivier W. Hugli  
et Pr Bertrand Yersin  
Centre interdisciplinaire des urgences  
CHUV, 1011 Lausanne  
Idris.Guessous@chuv.ch  
Olivier.Hugli@chuv.ch  
Bertrand.Yersin@chuv.ch

Dr Idris Guessous et Pr Jacques Cornuz  
Unité de prévention  
PMU, 1011 Lausanne  
Idris.Guessous@chuv.ch  
Jacques.Cornuz@chuv.ch

## Preventive medicine in emergency centres: an opportunity of partnership for emergency physicians and primary care physicians

Whereas preventive interventions for primary care physicians are now well established, the preventive interventions in emergency departments have been only partially and recently evaluated. Emergency departments probably represent however an opportunity for preventive medicine. Indeed, the population, sometimes vulnerable, consulting emergency departments, frequently presents risks factors and risks behaviours. Moreover, the concept of «teachable moment» and the studies recently performed seem to confirm this hypothesis. This article review the currently preventive interventions recommended in emergency departments and discuss the rationale to implement preventive medicine in emergency departments and the limits of this process.

Alors que les recommandations de pratique concernant les interventions préventives sont désormais bien établies pour les médecins de premier recours, celles relevant de la pratique des centres d'urgences n'ont été évaluées que partiellement et récemment. Or, les urgences représentent très vraisemblablement une opportunité de médecine préventive. En effet, les populations, parfois vulnérables, qui fréquentent ces centres présentent souvent des comportements à risque. La notion de *teachable moment* et les études récemment réalisées semblent confirmer cette hypothèse. Cet article se propose de présenter les interventions préventives recommandées aux urgences et de discuter le rationnel de leur implémentation et les limites de cette démarche.

## INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, des organisations de médecine d'urgence, comme la Society for Academic Emergency Medicine (SAEM), postulent que les centres d'urgences peuvent représenter une opportunité d'initier des programmes de prévention, de dépistage et d'information.<sup>1,2</sup> Ainsi, les centres d'urgences et les médecins urgentistes pourraient potentialiser les efforts des médecins de premier recours pour qui les recommandations d'interventions préventives sont désormais bien établies.<sup>3,4</sup> Cet article se propose de discuter le rationnel d'implémenter dans l'activité des centres d'urgences des missions

de médecine préventive, de rappeler les différentes interventions brèves recommandées aux urgences, d'évoquer d'autres perspectives d'interventions brèves aux urgences, et finalement de décrire les limites de ces propositions.

## Y A-T-IL UNE RAISON D'IMPLÉMENTER DES INTERVENTIONS DE MÉDECINE PRÉVENTIVE EN MÉDECINE D'URGENCE ?

A ce sujet, cinq arguments peuvent être avancés.

### Populations à risque

L'élément fondamental motivant l'implémentation d'interventions de médecine préventive dans les centres d'urgences provient des caractéristiques mêmes des individus admis ou se présentant dans ces centres. En effet, la population consultant les urgences présente souvent des comportements à risque. Une étude multicentrique effectuée en 1998 aux Etats-Unis et portant sur une population de 923 patients des urgences, a montré que 23% de ces personnes présentaient un score de CAGE supérieur ou égal à deux (suggestif d'un abus chronique d'alcool), 48% fumaient et 4% rapportaient des comportements sexuels à risque.<sup>5</sup> De telles prévalences sont également décrites dans d'autres études et certaines ont même conclu qu'un patient sur trois aux urgences présente un score de CAGE supérieur ou égal à deux.<sup>6,7</sup> Les patients des urgences représentent donc une population à risque et ces comportements à risque sont de plus identifiables.



## Teachable moment

Ce terme décrit, chez un individu ayant vécu un problème de santé, une période de temps durant laquelle une intervention visant à réduire l'un de ses comportements à risque peut être efficace. Durant cette période, l'individu présente en effet une augmentation de sa perception des risques liés à son comportement, augmentation propice à une modification comportementale.<sup>8</sup> Un gradient semble exister entre la gravité du problème de santé et la modification comportementale. Par exemple, le taux d'arrêt du tabagisme augmente graduellement selon que les fumeurs effectuent une visite chez leur médecin traitant, reçoivent un résultat de laboratoire anormal ou sont hospitalisés.<sup>8</sup> L'admission aux urgences d'un individu fait suite à l'apparition d'un problème de santé le plus souvent significatif, et représente ainsi très clairement un *teachable moment potentiel*.

## Accès à la médecine préventive et population vulnérable

Si l'accès aux soins d'urgence pose parfois problème,<sup>9</sup> l'accès aux interventions de médecine préventive comme les programmes de dépistage de cancer, de maladies cardiovasculaires ou du diabète est encore bien plus souvent limité. Ceci est particulièrement vrai pour une fraction défavorisée de la population qui représente par ailleurs celle la plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires et des cancers.<sup>10,11</sup> Ainsi, les centres d'urgence pourraient représenter, pour cette fraction de la population, une opportunité intéressante d'accès aux mesures de médecine préventive efficaces, autrement difficiles d'accès.

## Faisabilité et efficacité

Les patients admis aux urgences semblent clairement comprendre et intégrer les messages de prévention (primaire ou secondaire) promulgués durant leur admission. Une étude a montré, par exemple, que 90% des patients admis aux urgences pour des douleurs thoraciques et qui ont bénéficié d'une intervention comprenant un programme vidéo et une information écrite sur leur maladie peuvent, trois jours après leur retour à domicile, décrire correctement les symptômes et les actions à entreprendre en cas de nouvelles douleurs thoraciques.<sup>12</sup> De plus, les effets de certains messages de prévention communiqués aux urgences ont pu être mesurés en terme de diminution de réhospitalisation et confirment ainsi, indirectement, leur bonne compréhension et leur intégration par les patients. Dans le cas de l'asthme bronchique par exemple, il a été démontré qu'une intervention d'une heure aux urgences, prodiguée aux patients admis pour une crise d'asthme aiguë, permet de diminuer par la suite le nombre d'hospitalisations par rapport aux patients n'ayant pas bénéficié d'une telle intervention.<sup>13</sup>

## Demande de la population consultant les urgences

La nécessité d'élaborer des interventions préventives aux urgences peut s'appuyer sur la demande exprimée de la population qui consulte les urgences. Une étude réalisée en 1995 et incluant 647 patients des urgences, a en effet

montré que 53% (149/281) des femmes souhaitaient recevoir une information sur l'ostéoporose, 62% (31/50) des femmes n'ayant pas eu de mammographie souhaitaient recevoir une information à ce sujet, tandis que 54% (256/470) des personnes ne connaissant pas leur taux de cholestérol souhaitaient recevoir des informations à ce sujet.<sup>14</sup> Il existe donc une demande potentielle de la part des patients consultant les urgences.

## INTERVENTIONS PRÉVENTIVES RECOMMANDÉES AUX URGENCES

La Society for Academic Emergency Medicine (SAEM) a évalué durant l'année 2000 et dans le cadre de la Public Health Education Task Force (PHTF), l'efficacité, basée sur les évidences scientifiques, d'interventions préventives appliquées aux patients dans les centres d'urgences.<sup>15</sup> Une revue systématique des interventions préventives (dont la réalisation est possible au sein des urgences) a été effectuée et les niveaux de recommandations ont été catégorisés en niveaux alpha, bêta, gamma et oméga (tableau 1).

**Tableau 1. Niveaux de recommandation utilisés par la Public Health Education Task Force (PHTF)**

Niveaux de recommandation	Signification
Alpha	Les preuves sont suffisantes pour recommander l'intervention préventive considérée aux urgences
Bêta	Les preuves ne sont pas suffisantes pour se prononcer pour ou contre la recommandation de l'intervention préventive considérée aux urgences
Gamma	Les preuves sont insuffisantes pour formuler une recommandation concernant l'intervention préventive considérée aux urgences
Oméga	L'intervention préventive considérée n'est pas recommandée aux urgences

Selon la PHTF, il existe suffisamment de preuves scientifiques pour recommander les interventions préventives suivantes aux urgences (tableau 2) :

- Aide à la désaccoutumance au tabac.
- Dépistage de l'abus d'alcool.
- Dépistage de l'infection par VIH.
- Dépistage de l'hypertension artérielle.
- Vaccination contre le pneumocoque chez les plus de 65 ans.

Les évidences sont insuffisantes pour les autres interventions pour les proposer de manière systématique (tableau 2), mais les auteurs rappellent, notamment pour le dépistage de la violence domestique, que l'absence de preuves ne signifie pas l'absence d'efficacité potentielle.

## INTERVENTION AUX URGENCES D'AIDE À LA DÉSACCOUTUMANCE AU TABAC

La prévalence de fumeurs actifs aux urgences varie de 21 à 41%.<sup>16</sup> Bernstein et coll. ont mené une revue systématique de la littérature pour évaluer l'efficacité des interven-



**Tableau 2. Catégories d'interventions préventives aux urgences et niveaux de recommandation<sup>15</sup>**

Catégories d'interventions préventives aux urgences évaluées lors de la revue systématique	Niveaux de recommandation pour les urgences
Dépistage de l'hypertension artérielle	Alpha
Dépistage du VIH	Alpha
Dépistage de l'abus d'alcool et intervention brève	Alpha
Dépistage du tabagisme et intervention brève	Alpha
Vaccination contre le pneumocoque chez l'adulte de plus de 65 ans	Alpha
Dépistage du risque de chutes chez la personne âgée	Bêta
Test de Papanicolaou chez les femmes sexuellement actives	Bêta
Dépistage de la dépression	Gamma
Dépistage de la maltraitance des enfants	Gamma
Dépistage de la violence domestique	Gamma
Dépistage du diabète	Oméga

tions d'aide à la désaccoutumance au tabac aux urgences. Sur dix-sept études, dont neuf randomisées, une seule étude randomisée contrôlée a évalué une intervention effectuée spécifiquement aux urgences.<sup>8</sup> Dans cette étude, cent cinquante-deux patients ont été randomisés en deux groupes. Le groupe contrôle recevait une brochure d'aide à la désaccoutumance au tabac, tandis que le groupe intervention recevait la même brochure, des conseils par le médecin des urgences, ainsi que les coordonnées (adresse et numéro de téléphone) d'une consultation d'aide à la désaccoutumance au tabac. A trois mois, 10% des patients dans les deux groupes disaient avoir arrêté de fumer (pas de contrôle par des marqueurs biologiques), mais aucun patient n'avait sollicité la consultation d'aide à la désaccoutumance au tabac. Une autre étude proposant aux fumeurs admis aux urgences, soit une intervention brève d'aide à la désaccoutumance au tabac, soit les références d'une consultation d'aide à la désaccoutumance au tabac, n'a pas montré non plus de différence significative entre les deux groupes.<sup>17</sup> Ainsi, contrairement à la médecine de premier recours où de nombreuses études confirment l'utilité de rechercher systématiquement un tabagisme et de proposer une intervention correspondant au stade de motivation du fumeur,<sup>4</sup> il n'existe en médecine d'urgence que deux études évaluant une intervention aux urgences d'aide à la désaccoutumance au tabac et leurs résultats sont décevants. Pourtant, et malgré ces résultats, la PHTF recommande : 1) de rechercher systématiquement le tabagisme chez les patients consultant les urgences ; 2) d'orienter les fumeurs vers des programmes de désaccoutumance et surtout 3) de poursuivre la réalisation d'études évaluant cette question. Cette décision s'appuie sur le fait que les fumeurs représentent une grande proportion des patients hospitalisés, qu'une intervention de ce type aux urgences est réalisable et, qu'au vu des résultats obtenus en médecine de premier recours où la probabilité d'arrêter de fumer

augmente significativement (OR 1,4; IC 95%: 1,1-1,8) même après une intervention brève (une à trois minutes),<sup>18</sup> ce type d'intervention doit également être réalisé aux urgences.

Dans ce sens, une étude intéressante a montré que sur 581 fumeurs admis aux urgences, 62% considèrent comme «utile» une intervention d'aide à la désaccoutumance au tabac effectuée aux urgences et près de 50% sont prêts à prolonger de quinze minutes (!) le séjour aux urgences pour en bénéficier.<sup>19</sup>

D'autres types d'interventions aux urgences sont probablement à évaluer dans l'aide à la désaccoutumance au tabac. Dans une étude de type «avant-après», l'inclusion du tabagisme comme cinquième signe vital lors du triage a permis, par exemple : 1) d'augmenter la proportion de patients ayant rapporté leur tabagisme au médecin (58% avant, 81% après) ; 2) d'augmenter la proportion de patients ayant reçu un encouragement à arrêter de fumer par le médecin (49% versus 70%), et finalement 3) d'augmenter la proportion de patients ayant reçu, par le médecin, des informations sur les méthodes de désaccoutumance au tabac (24% versus 43%).<sup>20</sup>

## INTERVENTION AUX URGENCES SUR LES PROBLÈMES LIÉS À L'ABUS D'ALCOOL

Selon deux études nord-américaines publiées en 1997 et en 2000,<sup>6,21</sup> entre 24 et 31% des patients consultant les urgences rapportent un score de CAGE supérieur ou égal à 2 (valeur seuil suggérant un abus chronique d'alcool ou une dépendance alcoolique). Alors que le rôle de l'abus d'alcool dans la survenue de traumatismes, d'accidents de la voie publique, de brûlures, de noyades et finalement de tentatives de suicide a bien été décrit,<sup>22,23</sup> son implication récente comme facteur de risque d'hypertension artérielle, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète et même de cancer du sein et de l'œsophage, démontre que les conséquences de l'abus d'alcool se vivent quotidiennement aux urgences. La survenue d'une complication liée à un abus d'alcool et la nécessité d'une admission aux urgences représentent une opportunité majeure pour corriger ce comportement, à condition qu'une intervention soit proposée.<sup>24</sup> Situation du reste similaire à celle de l'augmentation mesurée de la motivation à arrêter de fumer lors d'une brève intervention effectuée chez les patients fumeurs admis aux urgences pour une affection respiratoire aiguë.<sup>25</sup>

En 2002, D'Onofrio et coll. ont mené, à l'instigation de la PHTF, une revue systématique de la littérature rapportant les résultats d'interventions aux urgences sur les problèmes liés à l'abus d'alcool.<sup>26</sup> Vingt et une études randomisées et six études de cohortes ont été rapportées en médecine de premier recours. Deux études randomisées ont évalué les interventions effectuées spécifiquement aux urgences.<sup>27,28</sup> Plusieurs leçons peuvent être tirées de ces études. En 1962 déjà, une étude randomisée rapportait qu'à la suite de la mise en place d'un programme aux urgences visant à améliorer l'identification des patients présentant un abus d'alcool et l'organisation de leur prise en charge, la proportion de patients suivis par la suite dans les consultations spécialisées d'alcoologie augmentait considérablement (de 5 à 65%).<sup>28</sup> D'autres études, dont le projet



ASSERT, ont par la suite confirmé ce résultat.<sup>29</sup> Par ailleurs, la diminution de la morbidité et de la mortalité liées à l'abus d'alcool grâce à des programmes d'intervention aux urgences a été démontrée dans douze études, tandis qu'une diminution de la consommation d'alcool a été démontrée dans 90% des études. Finalement, ces études ont permis de conclure que l'efficacité d'une intervention sur l'abus d'alcool apparaît déjà pour des interventions brèves de cinq minutes.<sup>30</sup>

En conclusion, malgré le faible nombre d'études randomisées effectuées spécifiquement aux urgences (deux), la PHTF recommande de réaliser aux urgences des interventions brèves sur l'abus d'alcool.

### PERSPECTIVES D'AUTRES CATÉGORIES D'INTERVENTIONS BRÈVES AUX URGENCES : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SURCHARGE PONDÉRALE

Comme précédemment discuté, plusieurs catégories d'interventions préventives ont été évaluées dans le cadre des urgences. Il n'existe pourtant à ce jour aucune étude ayant évalué, dans le cadre des urgences, l'efficacité d'une intervention brève sur la sédentarité et la surcharge pondérale. Ces comportements (sédentarité, diète riche en graisses) ont pourtant été clairement définis comme des facteurs de risque pour la santé et notamment d'événements cardiovasculaires. La surcharge pondérale est du reste un facteur de risque de multiples pathologies qui motivent l'admission aux urgences.<sup>31</sup>

L'obésité représente la deuxième cause modifiable de décès aux Etats-Unis, la première cause étant le tabagisme.<sup>32</sup> Une association significative entre l'indice de masse corporelle et le nombre d'admissions aux urgences a été récemment démontrée chez les femmes.<sup>33</sup>

L'augmentation dramatique de la surcharge pondérale dans la population ces dernières années (60% des hommes et 51% des femmes aux Etats-Unis)<sup>34</sup> et les sombres perspectives en termes de conséquences de santé publique,<sup>35,36</sup> suggèrent que des interventions de prévention dans ces domaines sont hautement souhaitables. D'ailleurs, celles-ci répondraient à une demande, puisque 33 à 40% des femmes et 20 à 24% des hommes souhaitent corriger leur surcharge pondérale.<sup>37</sup>

Dans le même sens, une intervention brève sur la promotion de l'activité physique pourrait répondre à la demande exprimée par la population en général et celle consultant les urgences en particulier, comme l'a montré une étude publiée en 2003 : 51% des 878 personnes interrogées en salle d'attente des urgences étaient intéressées à recevoir une information (lors de leur temps d'attente) sur les programmes d'activité physique, tandis que 26% souhaitaient recevoir une information sur l'arrêt du tabac et 20% sur les pratiques sexuelles sans risques.<sup>38</sup>

### LIMITES DES MESURES PRÉVENTIVES AUX URGENCES

La limite principale de la place du «non urgent» aux urgences vient du manque de ressources et de temps aux

quels les centres d'urgences et leurs médecins sont confrontés. Aux Etats-Unis, la situation a même atteint, selon certains auteurs, un niveau de crise,<sup>39</sup> puisqu'en 2002 déjà, une enquête montrait que 90% des centres d'urgences de grands hôpitaux déclaraient fonctionner au niveau maximal ou au-dessus de leur capacité.<sup>40</sup> Cette tendance est très probablement retrouvée en Europe et en Suisse.<sup>41,42</sup> L'une des raisons souvent évoquée pour expliquer la surcharge des centres d'urgences est leur rôle de filet de sécurité, ou *safety net*, que jouent les centres d'urgences pour toute une partie de la population non assurée (par exemple, aux Etats-Unis) ou vulnérable (par exemple, en Europe). Singulièrement, c'est de cette même observation que peuvent émerger des arguments supplémentaires pour défendre d'une part, la poursuite des mesures préventives d'ores et déjà effectuées aux urgences (par exemple, rappel de vaccin antitétanique en cas de plaie) et, d'autre part, l'introduction d'autres interventions (par exemple, vaccination contre la grippe et le pneumocoque chez les patients à risque) pour ces populations qui autrement n'en bénéficieraient pas.

### CONCLUSIONS

Un partenariat efficace entre la médecine d'urgence et la santé publique permet d'ores et déjà de surveiller l'incidence de certaines maladies, de déterminer certains facteurs de risque et d'évaluer l'accès aux soins de la population générale et de certaines sous-populations en particulier.<sup>43</sup> Un maillon supplémentaire entre ces deux partenaires est sans aucun doute la possibilité de promouvoir des messages de prévention au sein de populations cibles. Il semble légitime de conclure que des actions de médecine préventive doivent être considérées dans les centres d'urgences. C'est une opportunité de plus s'inscrivant dans les mesures actuelles de promotion de la santé publique. C'est également une réponse à une demande des patients consultant les urgences. Comme le rappellent Rhodes et coll., la question n'est plus de savoir si les centres d'urgences doivent faire de la prévention, mais plutôt quelle prévention doit être faite aux urgences et comment.<sup>44</sup> Dès lors, il faut non seulement poursuivre la réalisation d'études permettant d'identifier plus précisément quelles catégories d'interventions aux urgences doivent être recommandées, mais également de quelle façon les effectuer (interventions brèves, questionnaires, brochures d'informations?), par qui le faire (médecins, infirmières, intervenants spécialisés?), à quel moment de la prise en charge aux urgences (triage, salle d'attente, box de consultation?). Concernant ce dernier point, le temps d'attente lors d'une admission aux urgences pourrait certainement être optimisé en promulguant des messages de prévention primaire et secondaire. C'est en tout cas ce qui ressort d'une étude qui a montré que 96% des personnes séjournant en salle d'attente des urgences souhaitaient recevoir, durant ce temps-là, de l'information sur au moins un des sujets de santé proposés (désaccoutumance au tabac, activité physique, comportement sexuel à risque).<sup>38</sup> Finalement, si la demande des patients en matière d'interventions préventives a été très clairement mise en évidence, la motivation du personnel médical des urgences concernant la participation à ces in-



terventions est, elle, très mal appréciée. Aussi faudrait-il dans un premier temps évaluer le niveau de motivation du personnel médical travaillant aux urgences, puis, le cas échéant, réfléchir sur les moyens permettant de motiver ces derniers à intégrer, dans leurs activités quotidiennes aux urgences, des actions de médecine préventive. ■

### Implications pratiques

- L'admission aux urgences d'un individu représente une période de temps durant laquelle une intervention visant à réduire l'un de ses comportements à risque peut être efficace (*teachable moment*)
- Les preuves sont suffisantes pour recommander aux urgences des interventions préventives concernant l'hypertension artérielle, l'infection par VIH, l'abus d'alcool, le tabagisme et la vaccination contre le pneumocoque chez l'adulte de plus de 65 ans
- Les preuves sont insuffisantes pour formuler une recommandation formelle concernant le dépistage systématique aux urgences de la dépression, de la maltraitance des enfants et de la violence domestique

### Bibliographie

- Bernstein E, Goldfrank LR, Kellerman AL, et al. A public health approach to emergency medicine: Preparing for the twenty-first century. *Acad Emerg Med* 1994;1:277-86.
- Gordon JA, Goldfrank LR, Andrulis DP, et al. Emergency department initiatives to improve the public health. *Acad Emerg Med* 1998;5:935-7.
- Cornuz J, Guessous I, Rodondi N. Primary prevention and screening in adults: Update 2006. *Rev Med Suisse* 2006;2:262-73.
- Babor TF, Sciamanna CN, Pronk NP. Assessing multiple risk behaviors in primary care. Screening issues and related concepts. *Am J Prev Med* 2004;27(2 Suppl.):42-53.
- Lowenstein SR, Koziol-McLain J, Thompson M, et al. Behavioral risk factors in emergency department patients: A multisite survey. *Acad Emerg Med* 1998;5:781-7.
- Whiteman PJ, Hoffman RS, Goldfrank LR. Alcoholism in the emergency department: An epidemiologic study. *Acad Emerg Med* 2000;7:14-20.
- Lowenstein SR, Tomlinson D, Koziol-McLain J, et al. Smoking habits of emergency department patients: An opportunity for disease prevention. *Acad Emerg Med* 1995;2:165-71.
- McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Educ Res* 2003;18:156-70.
- Blanchard JC, Haywood YC, Scott C. Racial and ethnic disparities in health: An emergency medicine perspective. *Acad Emerg Med* 2003;10:1289-93.
- Sambamoorthi U, McAlpine DD. Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. *Prev Med* 2003;37:475-84.
- Furler J, Young D. Prevention and socioeconomic disadvantage. *Aust Fam Physician* 2005;34:821-4.
- Blank FS, Doe S, Keyes M, et al. Development of an ED teaching program aimed at reducing prehospital delays for patients with chest pain. *J Emerg Nurs* 1998;24:316-9.
- Kelso TM, Self TH, Rumbak MJ, et al. Educational and long-term therapeutic intervention in the ED: Effect on outcomes in adult indigent minority asthmatics. *Am J Emerg Med* 1995;13:632-7.
- Rodriguez RM, Kreider WJ, Baraff LJ. Need and desire for preventive care measures in emergency department patients. *Ann Emerg Med* 1995;26:615-20.
- \*\* Babcock Irvin C, Wyer PC, Gerson LW. Preventive care in the emergency department, Part II: Clinical preventive services – an emergency medicine evidence-based review. Society for Academic Emergency Medicine Public Health and Education Task Force Preventive Services Work Group. *Acad Emerg Med* 2000;7:1042-54.
- Richman PB, Dinowitz S, Nashed AH, et al. The emergency department as a potential site for smoking cessation intervention: A randomized, controlled trial. *Acad Emerg Med* 2000;7:348-53.
- Antonacci MA, Eyck RT. Utilization and effectiveness of an emergency department initiated smoking cessation program. *Acad Emerg Med* 2000;7:1166.
- The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996;275:1270-80.
- Boudreaux ED, Baumann BM, Friedman K, et al. Smoking stage of change and interest in an emergency department-based intervention. *Acad Emerg Med* 2005;12:211-8.
- Fiore MC, Jorenby DE, Schenck AE, et al. Smoking status as the new vital sign: Effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995;70:209-13.
- Bernstein E, Tracey A, Bernstein J, et al. Emergency department detection and referral rates for patients with problem drinking. *Subst Abuse* 1996;7:69-76.
- Freedland ES, McMicken DB, D'Onofrio G. Alcohol and trauma. *Emerg Med Clin North Am* 1993;11:225-39.
- Hingson R, Howland J. Alcohol as a risk factor for injury or death resulting from accidental falls: A review of the literature. *J Stud Alcohol* 1987;48:212-9.
- Longabaugh R, Minugh PA, Nirenberg TD, et al. Injury as a motivator to reduce drinking. *Acad Emerg Med* 1995;2:817-25.
- Bock BC, Becker B, Monteiro R, et al. Physician intervention and patient risk perception among smokers with acute respiratory illness in the emergency department. *Prev Med* 2001;32:175-81.
- D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Acad Emerg Med* 2002;9:627-38.
- Monti PM, Colby SM, Barnett NP, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:989-94.
- Chafetz ME, Blane HT, Abram HS, et al. Establishing treatment relations with alcoholics. *J Nerv Ment Dis* 1962;134:395-409.
- \* Bernstein E, Bernstein J, Levenson S. Project ASSERT: An ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Ann Emerg Med* 1997;30:181-9.
- Babor TF, Grant M (eds). Project on Identification and Management of Alcohol Related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1992.
- Must A, Spadano J, Coakley EH, et al. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA* 1999;282:1523-9.
- Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. *N Engl J Med* 1999;341:1097-105.
- Reidpath DD, Crawford D, Tilgner L, et al. Relationship between body mass index and the use of health-care services in Australia. *Obes Res* 2002;10:526-31.
- Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, et al. Overweight and obesity in the United States: Prevalence and trends, 1960-1994. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998;22:39-47.
- World Health Organization. Consultation on Obesity. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997. Geneva: WHO, 1998.
- Seidell JC. Time trends in obesity: An epidemiological perspective. *Horm Metab Res* 1997;29:155-8.
- Methods for voluntary weight loss and control. NIH Technology Assessment Conference Panel. Consensus Development Conference, 30 March to 1 April 1992. *Ann Intern Med* 1993;119:764-70.
- Llovera I, Ward MF, Ryan JG, et al. A survey of the emergency department population and their interest in preventive health education. *Acad Emerg Med* 2003;10:155-60.
- Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: An emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003;20:402-5.
- Lewin Group (for the American Hospital Association). Emergency department overload: A growing crisis. The results of the American Hospital Association Survey of Emergency Department (ED) and Hospital Capacity. Falls Church, VA: American Hospital Association, 2002.
- Sanchez M, Miro O, Coll-Vinent B, et al. Emergency department overcrowding: Quantification of associated factors. *Med Clin (Barc)* 2003;121:161-72.
- Rutschmann OT, Vermeulen B. Can ambulatory networks solve emergency department overcrowding? *Rev Med Suisse Romande* 2003;123:109-12.
- \* Pollock DA, Lowery DW, O'Brien PM. Emergency medicine and public health: New steps in old directions. *Ann Emerg Med* 2001;38:675-83.
- \*\* Rhodes KV, Gordon JA, Lowe RA. Preventive care in the emergency department, Part I: Clinical preventive services – are they relevant to emergency medicine? Society for Academic Emergency Medicine Public Health and Education Task Force Preventive Services Work Group. *Acad Emerg Med* 2000;7:1036-41.

\* à lire; \*\* à lire absolument