



UNIVERSITÉ DE NANTES

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2021

N° 2021-137

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE D'URGENCE

Par

Hugo CREN

Présentée et soutenue publiquement le 27/09/2021

L'alcool aux urgences du CHU de Nantes : prévalence, description et évaluation des coûts.

Président : Monsieur le Professeur Éric BATARD

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE



UNIVERSITÉ DE NANTES

REMERCIEMENTS

A nos juges,

Monsieur le professeur Éric Batard, PUPH, chef du service des urgences du CHU de Nantes.

Pour avoir accepté de présider ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail, je vous adresse de sincères remerciements.

Monsieur le professeur Philippe Le Conte, MCUPH, service des urgences du CHU de Nantes.

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce projet, de m'avoir guidé dans sa réalisation et de vous être rendu disponible. Votre expérience fut précieuse, et ce travail témoignera de ma gratitude pour votre enseignement et accompagnement.

Monsieur le docteur François Javaudin, MCUPH, service des urgences du CHU de Nantes.

Vous me faites l'honneur de lire et de juger ce travail, nous vous en remercions. Soyez Assuré de ma reconnaissance sincère.

Monsieur le docteur Frédéric Vignaud, PH, service des urgences du CHU de Nantes.

Pour avoir suggéré ce travail de thèse, et pour accepter aujourd'hui de le lire et le juger, je vous assure de ma profonde gratitude.

A tous ceux qui ont rendu ce projet possible,

Au service d'information médicale et au docteur Chan Ngohou, pour leur disponibilité et l'extraction des données PMSI nécessaires.

Au service SIDOP et à monsieur Guillaume Ferrand pour l'extraction des données Millenium.

A l'équipe de liaison et de soins d'addictologie pour leurs informations précieuses.

A mes proches, qui m'ont amené jusqu'ici,

A ma famille, mon père et ma mère qui m'ont toujours soutenu dans ce parcours.

A mes amis, la « Family » avec qui j'ai commencé à la faculté de médecine et pour lesquels j'ai une pensée particulière aujourd'hui. Ophiuchus évidemment, Antoine, Guillaume, Vincent sans qui ce départ à Nantes n'aurait pas eu la même saveur, et Yves. A tous les autres, que je ne peux pas lister ici. A mes co-internes également, du premier au dernier semestre, de Nantes à Saint-Nazaire, pour avoir rendu cet internat agréable.

Et enfin à Juliette, ce travail n'aurait pas été le même sans toi. Merci de partager ma vie, de toute tes petites attentions, de ton aide et de ta patience.



UNIVERSITÉ DE NANTES

ABREVIATIONS

IEA	Intoxication Ethyliques Aiguës
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
SU	Service d'urgence
IAO	Infirmier d'accueil et d'orientation
MAO	Médecin d'accueil et d'orientation
IPM	Ivresse publique manifeste
USC	Unité de surveillance continue
USI	Unité de soins intensifs
REA	Unité de réanimation
FDO	Forces de l'ordre
SP	Sapeurs-Pompiers
AP	Ambulance privées
OH+ (illustrations)	Séjours liés à l'alcool
OH- (illustrations)	Séjours non liés à l'alcool
pOH+ (illustrations)	Proportion de séjours ou patients liés à l'alcool



SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	2
2. MATERIELS ET METHODES	5
3. RESULTATS	8
CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	8
CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES.....	8
4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES	19
5. REFERENCES.....	23
6. ANNEXES	24



1. INTRODUCTION

L'alcool comme problématique de santé publique

La consommation d'alcool se mesure en verre standard dont la valeur varie selon les pays. En France, comme dans la majorité des pays européens, le verre standard contient 10g d'alcool pur. Un avis d'experts de Santé Publique France et de l'Institut National du Cancer a établi en 2017 de nouvelles recommandations fixant une consommation maximale de 2 verres-standards par jours maximum 5 jours par semaines (1). Cet avis insiste également sur le fait qu'il n'existe pas de consommation pour laquelle le risque sanitaire est nul.

En 2017, en France, la consommation s'élevait en moyenne à 11.7 litres d'alcool pur par an et par habitant (2), soit deux à trois verres-standard par jour par habitant. Ce sont aussi 10% des personnes de dix-huit ans ou plus qui déclarent une consommation quotidienne, et près de 24% qui dépassaient les repères de consommation (3). Si ces chiffres sont globalement en baisse depuis plusieurs décennies, on note notamment une consommation moyenne qui s'affichait à 27,4 litres d'alcool pur par an et par habitant en 1960 (4), la France reste au 6^{ème} rang des pays les plus consommateurs d'alcool parmi les 34 pays de l'OCDE (3). Aussi, les conséquences de cette consommation sur la santé des Français sont nombreuses.

Une étude de l'INSEE de mars 2018, portant plus particulièrement sur les Pays de la Loire, nous révèle que les ligériens présentent une augmentation de mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool et de tabac (cancers, suicide, accidents de la route, maladie chroniques du foie). L'indice comparatif de mortalité, s'élève à 120% de la moyenne nationale chez les hommes de dix-huit à vingt-quatre ans et jusqu'à 25% des décès sont attribuables à l'alcool dans ces tranches d'âge jeunes (5). Ainsi en 2010 en France, ce sont 49 051 décès et 810 117 années de vies perdues en lien avec l'alcool, résultant en un coût social estimé à 118M€ soit sensiblement égal à celui du tabac et loin devant les drogues illicites (8,7 M€) (6). Ces chiffres font de l'alcool la deuxième cause de mortalité évitable en France.

Recommandations de prise en charge

Les recommandations émises par la SFMU concernant la prise en charge des intoxication éthyliques aiguës (IEA) sont issues de la conférence de consensus de 1992 actualisées en 2006 (7) . Elles permettent de définir les IEA simples, et les IEA pathologiques. Elles ne recommandent pas de mesure de l'alcoolémie systématique, mais seulement en cas de doute ou d'IEA compliquée, tout en relevant la mauvaise corrélation entre l'alcoolémie et l'état clinique du patient. L'alcoolémie reste le gold-standard de la mesure l'imprégnation alcoolique



cérébrale. La méthode la plus fréquente reste la mesure de l'éthylométrie qui permet de mesurer l'alcoolémie veineuse par analyse de l'air expirée (sous réserve d'une expiration profonde adéquate). Par ailleurs, aucun autre examen complémentaire n'est recommandé à titre systématique dans l'IEA.

Les recommandations de surveillance indiquent une hospitalisation en milieu spécialisé avec un niveau de soin adapté aux éventuelles détresses vitales pour les IEA compliquées, et une hospitalisation au mieux en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sinon au service d'urgence (SU) pour les IEA non compliquées. L'objectif est le rétablissement des fonctions relationnelles. La surveillance régulière de l'alcoolémie n'est donc pas recommandée et n'est pas un critère pour la sortie des patients.

En accord avec l'article 16-3 du code civil, la SFMU préconise la surveillance du patient même sans consentement. Dans le contexte d'alcoolisation, il est considéré que le patient ne peut pas consentir.

Il est recommandé également la réalisation d'une évaluation du mésusage de l'alcool via un questionnaire type DETA (*Annexe 1*) et le cas échéant d'un score en faveur d'un mésusage, un entretien standardisé par l'équipe soignante des urgences (*Annexe 2*) ou d'un entretien spécialisé par l'équipe d'addictologie en cas de facteurs aggravants : comorbidité psychiatrique ou somatique, consommations d'autres toxiques associés, problème sociaux.

Parcours du patient alcoolisé aux urgences de Nantes

Aux urgences du CHU de Nantes le patient qui se présente pour un motif de venue en lien avec l'alcool est trié par l'infirmier ou infirmière de l'accueil (IAO) et ou le ou la médecin d'accueil (MAO) vers les différents secteurs du service : psychiatrie, médecine, traumatologie, petite chirurgie, circuit debout, ou surveillance à l'accueil.

Il n'y a pas d'évaluation systématique de l'alcoolémie à l'accueil, les urgences sont équipées d'un éthylomètre et le dosage de l'alcoolémie veineuse est également possible. Il n'y a pas d'évaluation systématique d'un éventuel mésusage par l'équipe médicale ni paramédicale des urgences. La prise en charge spécialisée d'addictologie est à la discrétion du clinicien responsable du patient. Une équipe d'addictologie de liaison est présente les jours ouvrables le matin et propose une consultation spécialisée à tous les patients qui pourraient en bénéficier.

En 2013, le parcours aux urgences des IEA amené par les forces de l'ordre ou ivresses publiques manifestes (IPM) a été sujet à une évaluation et une réorganisation à travers la thèse du Dr Vivrel au CHU de Nantes (8). Sur les 2233 IPM vues au CHU de Nantes sur l'année étudiée, seules 70% ont bénéficiées d'une prise en charge adéquate aux



recommandations. La prise en charge des IPM est désormais standardisée via un parcours physique dédié et un examen clinique standardisé (*Annexe 3*).

Pourquoi cette étude ?

Quand, en 2018, une étude irlandaise prospective (9), a mis en évidence une proportion de passages aux urgences liés à l'alcool de 5,9%, une étude anglaise prospective de 2015 (10) montrait une proportion de 21%, interrogeant une différence liée en partie à des spécificités méthodologiques mais également géographiques et culturelle rendant l'extrapolation difficile. Nous nous sommes intéressés à cette problématique en France. Pour ce faire nous avons recherché dans Pubmed en terminologie MeSH « alcohol » avec « emergency medical services » en nous restreignant aux vingt dernières années. Nous avons constaté qu'à ce jour il n'existe pas d'étude récente portant sur sujet de la prévalence et des caractéristiques des venues aux urgences en lien avec l'alcool en France.

On peut cependant relever quelques travaux de thèses réalisés dans cette thématique. On note notamment le travail du docteur Reby sur l'impact de l'alcool dans les chutes chez les patients de 65 ans ou plus (11). Cette étude construite sur modèle cas-témoins retrouvait une prévalence de l'alcool allant de 9% (patients témoins, consultant pour une altération de l'état général) à 32% (patients cas, consultant pour de la traumatologie). Le CHU de Bordeaux a vu soutenir en 2019 cinq thèses sur un sujet commun ciblant la population aux urgences de 18 à 35 ans. Ces études permettaient entre autres de relever le chiffre de 18% des consultations liées à l'alcool dans la tranche d'âge d'intérêt (12). Le CH de Verdun a également été sujet d'une étude observationnelle prospective sur plus de deux mois en 2016 permettant d'inclure 206 consultations liées à une alcoolisation aiguë, soit 2.4% des passages aux urgences sur la période concernée et a permis de déterminer un coût moyen de ces passages aux urgences de 631€ (13).

Ce constat d'une grande hétérogénéité avec un manque de vision global sur la problématique de l'alcool aux urgences, associé à celui d'un coût sociétal, humain, important nous motive donc à la réalisation de cette étude.



2. MATÉRIELS et MÉTHODES

Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective. Tous les passages aux urgences adultes du CHU de Nantes (hors gynécologie-obstétrique), sur une période sélectionnée pour être représentative (02 au 08 septembre 2019 ; 07 au 13 octobre 2019 ; 04 au 10 novembre 2019), ont été extraits de la base PMSI par le service d'information médicale :

- Identifiant patient, identifiant séjour,
- Âge, genre
- Heure d'arrivée (H_A) et de sortie (H_S) des urgences
- Mode de transport vers les urgences (ambulances privées (AP), forces de l'ordre (FDO), Sapeurs-pompiers (SP), moyens personnels, SMUR).
- Décision médicale (retour à domicile ou hospitalisation, les patients rentrant dans le cadre de la « circulaire frontière » (14) et justifiant la facturation d'un GHS dit « plein » ont été classés à part et sont retrouvés notés ADHU dans la suite du texte)
- Nombres de jours de réanimation (REA), d'unité de soin continu (USC), d'unité de soin intensif (USI) associé au séjour
- Données de facturation associées au séjour.

Des données complémentaires (formulaires d'accueil, formulaires de sortie, formulaires d'addictologie) ont été extraits du logiciel utilisé aux urgences (Cerner Millennium®) par le service compétent (SIDOP)

- Dates et heures de création des formulaires d'orientation (H_{IAO}) et de décision médicale (H_D).
- Consultation d'addictologie associée au séjour ou non
- Mode de sortie des séjours (fugue, sortie avant soins, sortie avant fin des soins, retour à domicile, hospitalisation, transfert)

L'ensemble des dossiers a été revu manuellement afin de déterminer si le passage dans le service d'urgence était ou non lié à l'alcool (mention explicite de l'alcool dans l'histoire de la maladie, à l'examen clinique ou alcoolémie positive) et pour recueillir des informations supplémentaires à travers un formulaire standardisé

- Antécédents médicaux liés à l'alcool (hépatopathie, pancréatopathie, cardiopathie, épilepsie, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff, polyneuropathie, sevrage compliqué)



- Méthode diagnostique de l'IEA (clinique/supposée, déclarée, éthylométrie, alcoolémie)
- Alcoolémie mesurée ou estimée si réalisée à la prise en charge initiale
- IEA simple ou pathologique
- Motif de consultation (traumatologie hors AVP, AVP, ivresse simple, ivresse pathologique avec agitation psychomotrice, ivresse pathologique dépressive, ivresse publique manifeste, syncope ou malaise, troubles digestifs, sevrage compliqué, intoxication médicamenteuse volontaire, épilepsie, décompensation œdémato-ascitique, demande de sevrage, autre).
- Co-intoxications aiguës et chroniques d'autres toxiques regroupés par catégories : tabac ; cannabinoïdes ; stimulants (cocaïne, amphétamines et métamphétamines) ; empathogènes (MDA et MDMA) ; psychédéliques (LSD) ; dissociatifs (kétamine) ; dépressifs (benzodiazépines) ; opioïdes (méthadone, héroïne) ; Nouveaux Produits de Synthèse ; autres catégories (médicaments divers, autres)
- Présence d'un suivi addictologique avant le passage aux urgences
- Consultation de psychiatrie ou de l'équipe d'addictologie lors du passage aux urgences

Les heures d'accueil et de sortie des patients ont été estimées par les heures d'entrée et sortie administrative du service. L'heure d'entrée administrative correspond, sauf exception, à l'arrivée effective dans le service des urgences. L'heure de sortie administrative correspond à l'heure de clôture du dossier par le secrétariat ou à l'heure du transfert dans un autre service ou établissement, cette heure peut parfois être retardée par certains paramètres (délai de validation du secrétariat, sortis avant soins, sortis avant fin des soins, fugue). On a estimé cependant qu'ils sont un reflet fidèle de l'occupation des urgences.

On a ainsi calculé plusieurs durées et délais :

- Délai de prise en charge ($H_{IAO} - H_A$)
- Durée de prise en charge ($H_D - H_{IAO}$)
- Durée de présence dans les urgences ($H_S - H_A$)

Les heures de création du formulaire d'accueil et du formulaire de décision nous ont permis de calculer respectivement le délai de prise en charge, et la durée de la prise en charge médicale.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la prévalence des passages aux urgences liés à l'alcool, toutes causes confondues.

Les critères de jugements secondaires incluaient la prévalence des passages aux urgences liés à l'alcool ajustée sans les patients sortis sans soins, la description et la comparaison au



sens large des passages liés à l'alcool (âge, genre, motif de venue et devenir, moyens de transport, jours et horaires de venues, délais de prise en charge, prévalence d'un suivi addictologique, consultation addictologique de liaison ou psychiatrique, coût réel, moyen et estimé).

Analyses statistiques

L'ensemble des données ont été recueillies sur une feuille de calcul Excel®, les représentations graphiques et tableaux sont également réalisées avec Excel®, et les tests statistiques ont été réalisés sur Rstudio® et GraphPad® Prism.

Les données continues ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type, les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et intervalle de confiance.

Les données d'heure ont été exprimées en format 24h.

L'ensemble des tableaux et représentations graphiques ont été intégrées dans le texte et reportées en annexe pour une meilleure lisibilité.



3. RESULTATS

Critère de jugement principal

4629 passages aux urgences adultes du CHU de Nantes ont été identifiés sur les périodes sélectionnées, soit une moyenne de 220 passages par jours. Sur les 4629 passages, 414 ou 9% [IC95% 8-10%] ont pu être identifiés comme des passages liés à l'alcool.

Critères de jugement secondaires

Prévalence ajustée des séjours liés à l'alcool

Sur l'ensemble des séjours d'intérêt, une proportion non négligeable de 5% (217 séjours dont 6 liés à l'alcool) ont été identifiés comme « sortis avant soins », ces patients n'ont consommé aucun soin et ne sont donc pas représentatifs de la quantité de travail que l'on cherche à évaluer dans ce calcul. La prévalence des séjours liés à l'alcool ajustés sans les « sortis avant soins » était de 9% [IC95% 8-10%].

Entrées et sorties des séjours étudiés, par heures

En comptant les entrées aux urgences par heure d'arrivée (*Figure 1*), on observait une distribution d'allure normale pour les séjours non liés à l'alcool, avec un maximum à 13h et un minimum à 03h. Les séjours liés à l'alcool suivaient en revanche une distribution plus linéaire avec un minimum à 05h, qui semblait suivre une augmentation progressive jusqu'à un maximum à 19h. Les horaires de soirée et de nuit profonde (20h à 04h) correspondaient à un flux d'entrée important et continue de patients liés à l'alcool avec une chute brutale de ces entrées à partir de 05h. Le calcul de la proportion d'entrées liées à l'alcool par heure nous montre en conséquence un pourcentage croissant sur les horaires de journée pour atteindre jusqu'à 30% à 03h.

Le compte des sorties des urgences par heure (*Figure 2*), nous montrait une distribution similaire aux entrées, d'allure normale, pour les séjours non liés à l'alcool avec un maximum décalé à 17h et un minimum à 07h. Les séjours liés à l'alcool en revanche suivaient une distribution des sorties plus aléatoire avec un maximum en fin de matinée (11h) et des nombres plus importants en soirée et nuit profonde parallèlement aux entrées.

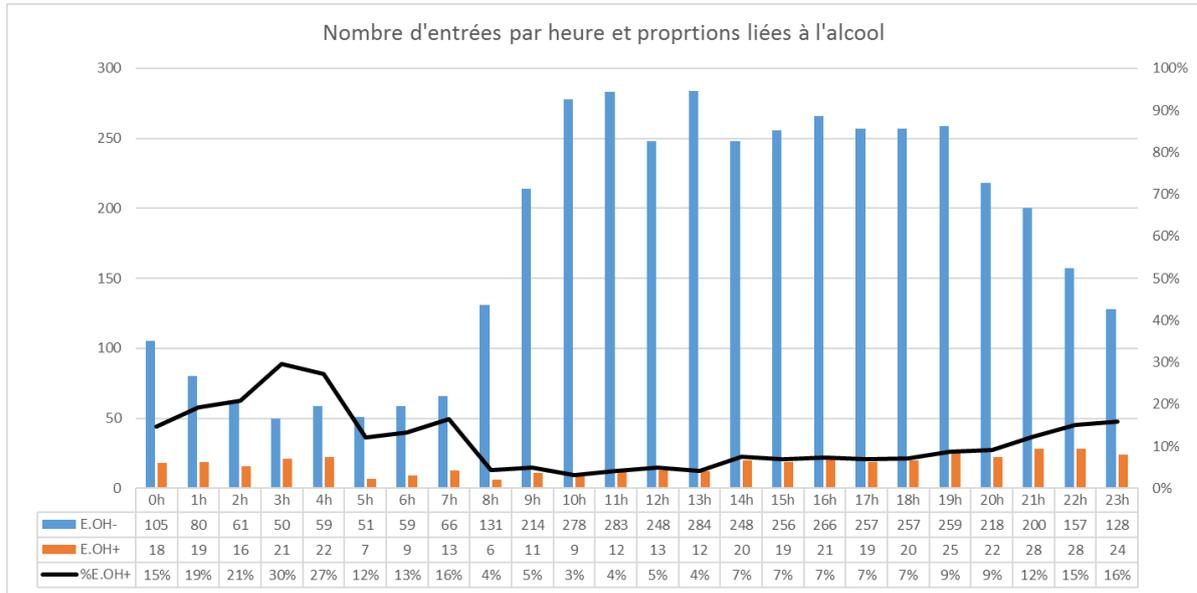


Figure 1 - répartition des séjours par heure d'arrivée

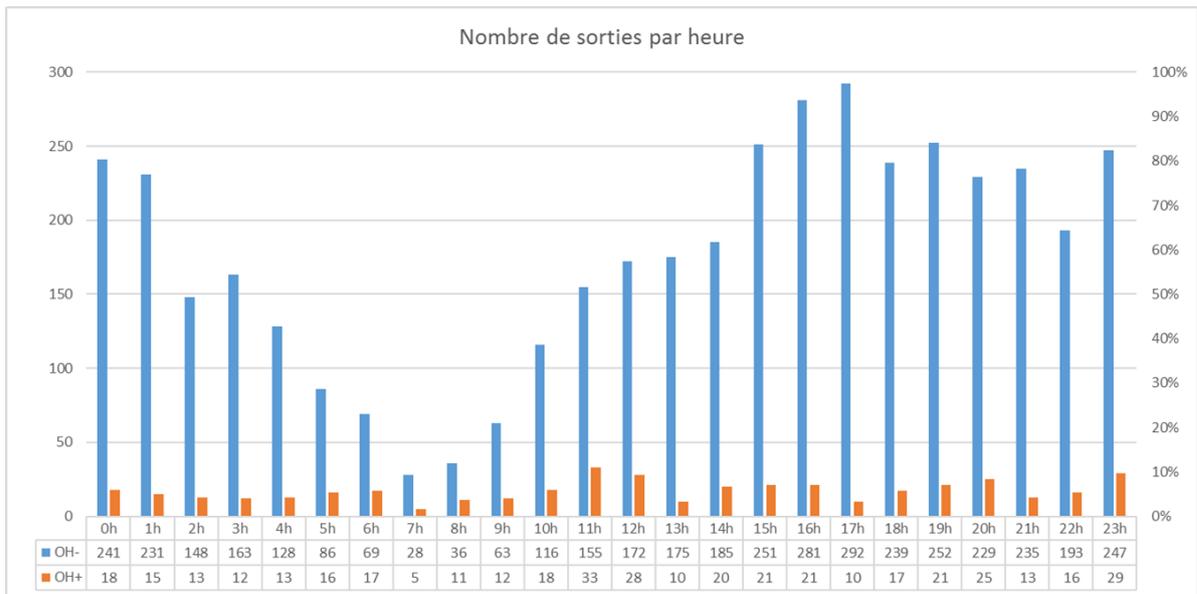


Figure 2 - répartitions des passages par heure de sortie

Répartitions des passages étudiés, par jours

Réparties par jours de la semaine (Figure 3), les données des heures d'entrée des séjours permettaient de montrer une distribution inégale, maximale le week-end (samedi et dimanche). En moyenne sur une semaine on a observé 61 entrées liées à l'alcool le week-end soit 14% [IC95 11-18%] des entrées, contre 76 entrées en semaine soit 7% [IC95 6-9%] des entrées.

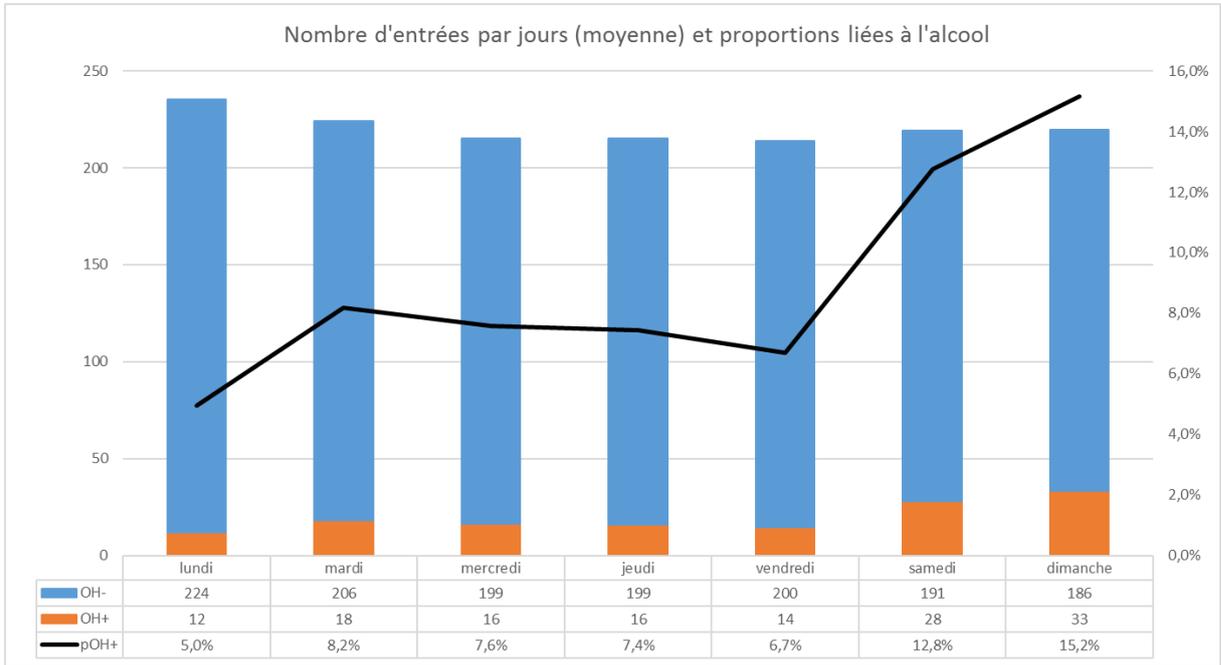


Figure 3 - répartitions des passages par jour d'entrée

Prévalence dans le temps des séjours liés à l'alcool

La soustraction des sorties aux entrées par tranche d'une heure, réparties par catégorie (liées à l'alcool ou non), nous a permis d'établir une moyenne (sur les trois semaines étudiées) du nombre de patients présents par heure tout au long de la semaine (Figure 4).

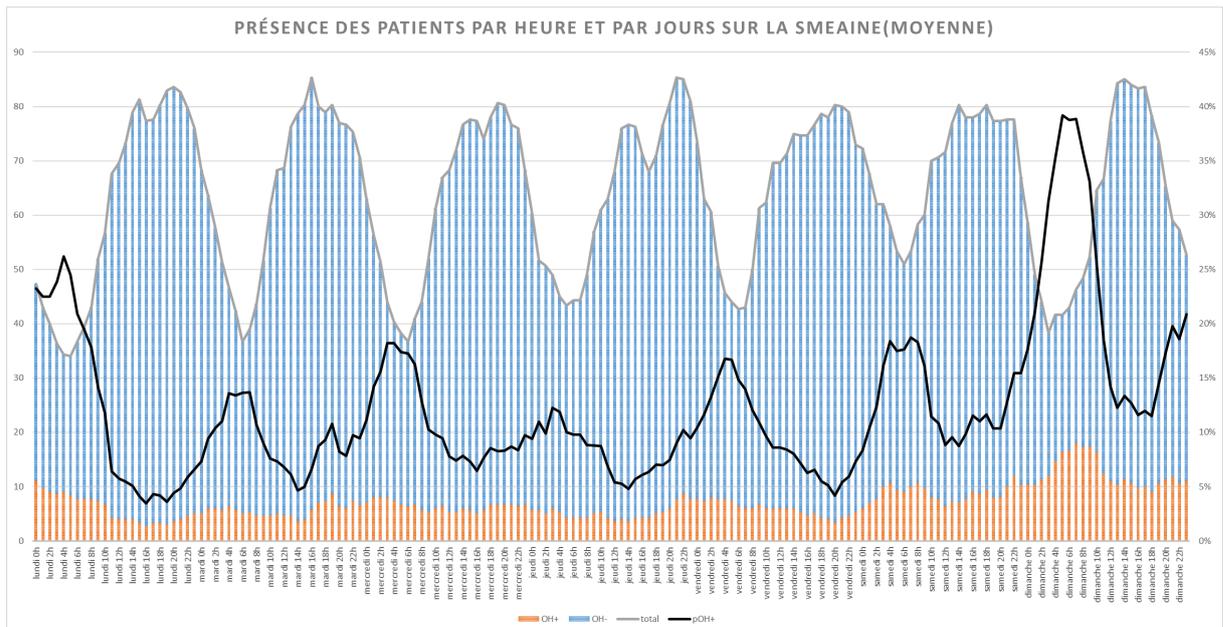


Figure 4 - présence des patients sur une semaine (moyenne)

L'observation de la représentation graphique de ces chiffres en évidence les effets « nuit » et « week-end » de l'alcool aux urgences avec un pic à 39% des patients qui consultent pour un motif lié à l'alcool dans la nuit du samedi au dimanche à 05h. Le calcul de la proportion moyenne de présence de patients liés à l'alcool retrouvait le chiffre de 11% [IC95 11-12%]. Une autre méthode permettant d'approcher la proportion moyenne de patients liés à l'alcool présents aux urgences est le calcul de patient-heure. On avait en moyenne 1540 heures-patient par jours, dont 180 heures-patient par jours liés à l'alcool, soit 12% [IC95 10-13%].

Délai et durées de prise en charge

Le calcul du délai de prise en charge retrouvait une moyenne de 25 (± 52) minutes pour les séjours liés à l'alcool, contre 19 (± 22) minutes pour les séjours non liés à l'alcool. Un test t retrouvait une différence significative ($p < 0.0001$). Les données étaient manquantes pour 402 séjours dont 89 liés à l'alcool. (*Figure 5*)

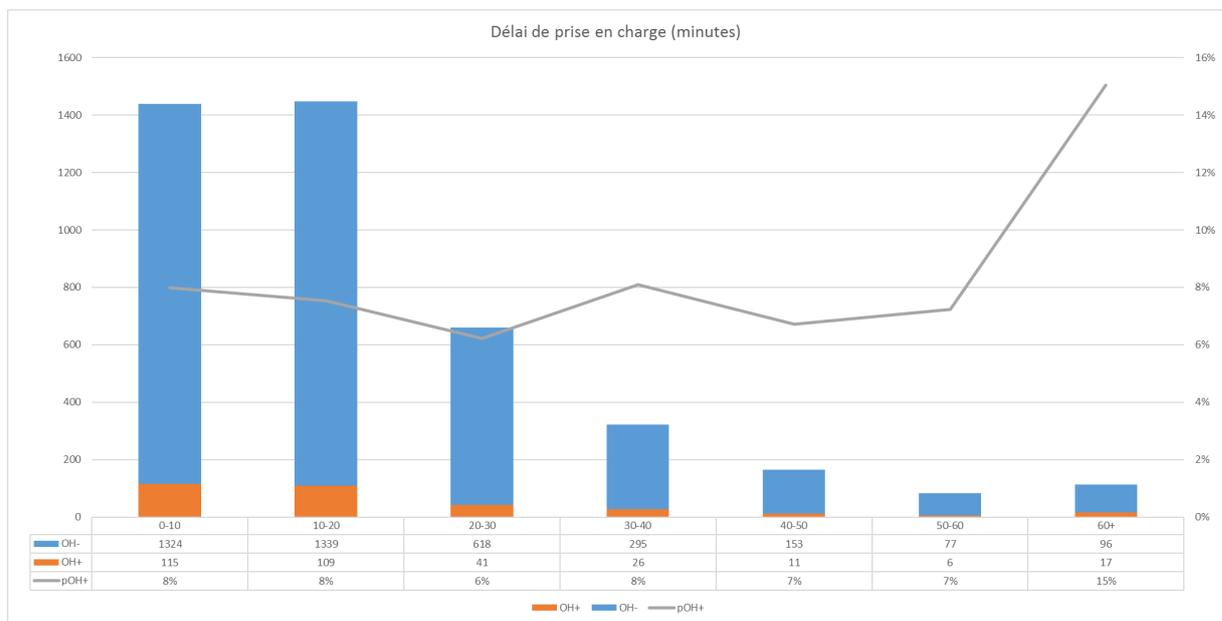


Figure 5 - délais de prise en charge

Le calcul de la durée de prise en charge (temps IAO/MAO à la décision médicale) retrouvait une moyenne de 9.4 (± 8.2) heures pour les séjours liés à l'alcool, contre 6.2 (± 22.7) heures pour les séjours non liés à l'alcool. Un test t retrouvait une différence significative ($p = 0.02$). Les données étaient manquantes pour 877 séjours dont 144 liés à l'alcool. (*Figure 6*)

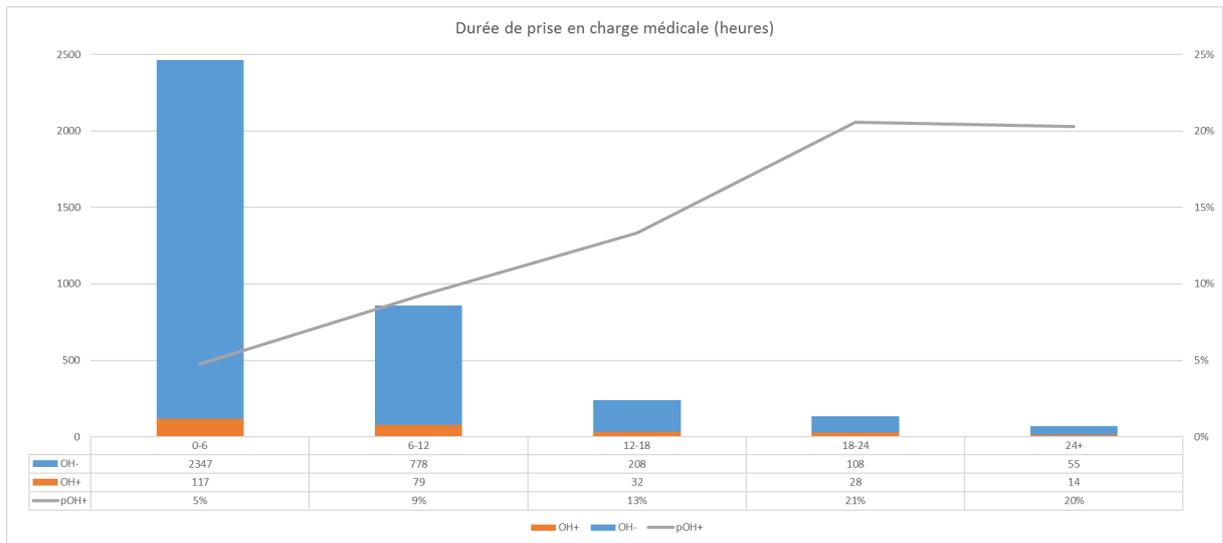


Figure 6 - durée de prise en charge médicale

Le calcul de la durée de présence aux urgences montrait une moyenne de 9.1 (± 8.8) heures pour les séjours liés à l'alcool, contre 6.8 (± 6.5) heures pour les séjours non liés à l'alcool. Un test t a été réalisé sur ces moyennes et a retrouvé une différence significative ($p < 0.0001$). Il n'y avait pas de données manquantes. (Figure 7)

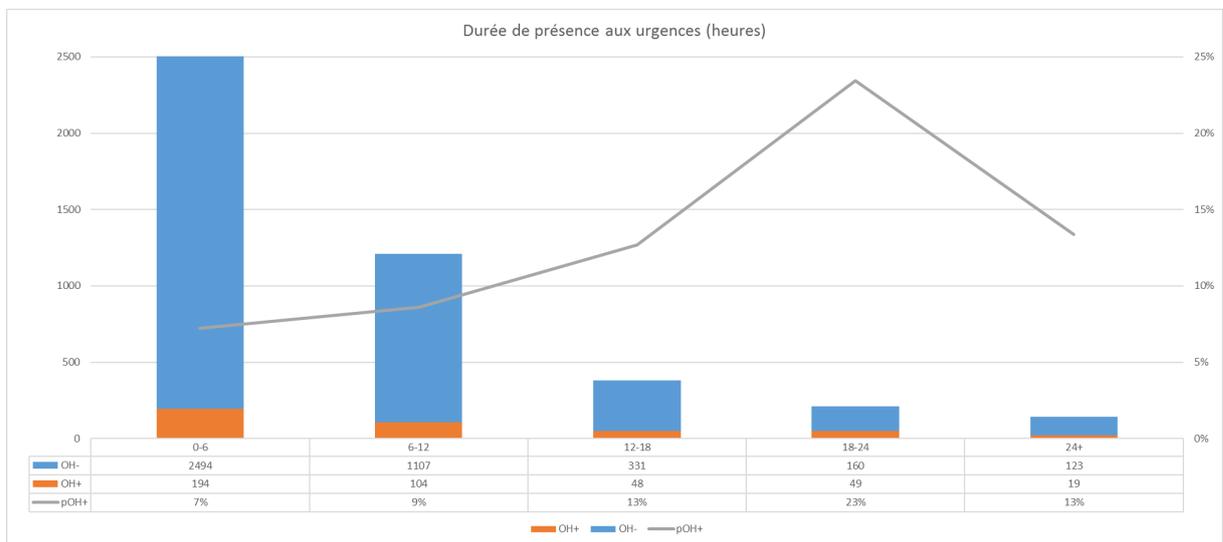


Figure 7 - durée de présence aux urgences

Description de la population étudiée

Les caractéristiques de base des séjours concernés sont résumées dans le tableau 1. On a noté une différence significative sur l'âge avec une moyenne à 39 ans pour les séjours liés à l'alcool et une moyenne à 45 ans pour les séjours non liés à l'alcool ($p < 0.0001$). Cette

différence s'explique par la très faible représentation des patients de 65 ans et plus parmi les séjours liés à l'alcool. On observe également une différence significative sur le genre puisque les hommes représentent 77% des séjours liés à l'alcool contre 53% des séjours non liés à l'alcool.

Aussi les modes de venue étaient significativement différents du fait d'une utilisation significativement plus basse des moyens personnels et des AP au détriment des SP et des FDO qui étaient significativement plus impliquées dans les passages aux urgences liés à l'alcool. Cela représentait 75% des venue par les FDO et 19% des venues par les SP.

Descriptions des séjours étudiés : orientation & devenir

Le test du Chi² réalisé pour comparer les séjours en lien ou non avec l'alcool a retrouvé une différence significative de la distribution des séjours dans les différents secteurs des urgences. Cette différence s'explique par la proportion significativement plus importante de traumatologie et de médecine contre moins de circuit debout.

Tableau 1 - caractéristiques de base

Tableau 1. Caractéristiques de base des séjours étudiés*					
	SEJOUR LIE A L'ALCOOL				p-value
	OUI		NON		
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
n	414 (9)		4215 (91)		
Âge moyen (SD)	39	(±16.7)	45	(±23,0)	<0.0001
Âge median (IQR)	39	(24-50)	40	(25-63)	
0-17	10 (2)	[1-4%]	248 (6)	[5-7%]	
18-24	99 (24)	[20-28%]	728 (17)	[16-18%]	
25-44	129 (31)	[27-36%]	1353 (32)	[31-34%]	
45-64	147 (36)	[31-40%]	886 (21)	[20-22%]	
65+	29 (7)	[5-10%]	1000 (24)	[22-25%]	
Genre (test exact de Fisher)					<0.0001
Hommes	320 (77)	[73-81%]	2250 (53)	[52-55%]	
Femmes	94 (23)	[19-27%]	1965 (47)	[45-48%]	
Mode de venue (test du χ²)					<0.0001
Moyens personnels	91 (22)	[18-26%]	2237 (53)	[52-55%]	
Sapeur pompiers	164 (40)	[35-44%]	687 (16)	[15-14%]	
SMUR	12 (3)	[2-5%]	57 (14)	[1-2%]	
Ambulance privée	64 (15)	[12-19%]	1176 (28)	[27-29%]	
Force de l'ordre	77 (19)	[15-23%]	26 (1)	[0,4-1%]	
Indéterminé	6 (1)	[0,6-3%]	32 (1)	[0,5-1%]	
Orientation (test du χ²)					< 0.0001
Circuit Debout	102 (25)	[21-29%]	1870 (44)	[43-46%]	
Médecine	193 (47)	[42-51%]	1412 (34)	[32-35%]	
Traumatologie	96 (23)	[19-28%]	687 (16)	[15-17%]	
Urgences Vitales	2 (1)	[0,01-2%]	14 (0,3)	[0,2-0,6%]	
Bloc des Urgences	5 (1)	[0,4-3%]	22 (1)	[0,3-0,8%]	
UMP	16 (4)	[2-6%]	210 (5)	[4-6%]	
Devenir (test du χ²)					0,0007
Consultation ext.	285 (69)	[64-73%]	2780 (66)	[65-67%]	
ADHU	76 (18)	[15-22%]	600 (14)	[13-15%]	
Hospitalisation	53 (13)	[10-16%]	835 (20)	[19-21%]	
Dont (parmi les consultations externes et les ADHU)					
Sorti sans soin	6 (1)	[0,5-3%]	211 (5)	[4-6%]	
Sorti avant fin	13 (3)	[2-5%]	86 (2)	[2-3%]	
Fugue	2 (1)	[0,01-2%]	6 (0,1)	[0,06-0,3%]	
Forfaits "soins critiques" n séjours (pourcentage)					0,07
USC	1 (0,2)	[0-2%]	32 (1)	[0,5-1%]	
USI	8 (2)	[1-4%]	40 (1)	[0,7-1%]	
REA	5 (1)	[0,4-3%]	26 (1)	[0,4-1%]	
Coût moyen	807,93 €	(±3207,00)	993,78 €	(±3028,00)	0,06
Consultation ext.	97,97 €	(±50,75)	101,20 €	(±57,95)	0,87
ADHU	730,74 €	(±446,70)	726,79 €	(±389,40)	0,0067
Hospitalisations	4 736,31 €	(±7884,00)	4 157,35 €	(±5745,00)	0,49

* Les données continues ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type, les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et intervalle de confiance, sauf précision contraire.



Le même test réalisé sur le devenir du patient a montré une différence significative sur les proportions d'hospitalisations, qui s'explique par une proportion plus forte d'ADHU (18% contre 14%) au dépend des hospitalisations conventionnelles.

Parmi les patients hospitalisés on peut observer une proportion plus importante du recours aux soins critiques pour les séjours en lien avec l'alcool. La différence n'est pas significative ($p=0.07$).

Descriptions des séjours étudiés : coûts

L'analyse des données de facturation a permis de donner le coût moyen du séjour d'un patient qui se présente aux urgences pour un motif lié à l'alcool : 807.93€. Ce nombre est plus faible que pour les séjours non liés à l'alcool (993.78€). Quand on décompose le coût en fonction du devenir des patients, on observe des chiffres comparables. Ces chiffres sont résumés dans le tableau 2.

Tableau 2 - analyse des coûts

	OH+				OH-				TOTAL
	EXT	ADHU	HOSPIT	total	EXT	ADHU	HOSPIT	total	
nombre (n)	285	76	53	414	2780	600	835	4215	4629
somme (Σ)	27 920,57 €	55 535,95 €	251 024,51 €	334 481,03 €	281 322,59 €	436 072,76 €	3 471 383,90 €	4 188 779,25 €	4 857 741,31 €
moyenne (Σ/n)	97,97 €	730,74 €	4 736,31 €	807,93 €	101,20 €	726,79 €	4 157,35 €	993,78 €	1 049,41 €
est. annuelle (Σ/21*365)	468 001,94 €	930 888,30 €	4 207 648,93 €	5 606 539,17 €	4 715 502,46 €	7 309 410,07 €	58 187 006,32 €	70 211 918,86 €	81 424 997,20 €

Descriptions des séjours liés à l'alcool : antécédents et fréquentations des urgences

Les données concernant la présentation clinique des séjours liés à l'alcool sont résumées dans le tableau 3. On en retient que les antécédents médicaux liés à l'alcool étaient peu fréquents sans être rares. 75% (311 séjours) des patients ne déclaraient aucun antécédent médical, et la donnée était manquante pour 14% (56 séjours). Sur les 11% (47 séjours) déclarant au moins un antécédent médical lié à l'alcool, on retrouve par ordre de fréquence les hépatopathie, l'épilepsie et la pancréatite (aigue ou chronique). Les autres antécédents n'étaient présents que dans 1% ou moins des séjours.

Le recueil du nombre de passage aux urgences du CHU de Nantes en 2019 nous montre que 209 séjours liés à l'alcool (50%) ont concerné un épisode unique sur l'année, quand les 205 séjours restants (50%) comptaient une moyenne de 5.8 passages sur l'année 2019. Et les 35 patients qui présentaient plus d'un passage lié à l'alcool sur la période étudiée comptaient pour 78 des 414 séjours liés à l'alcool. Soit 8% des patients qui étaient responsables de 19% des séjours liés à l'alcool.

Descriptions des séjours liés à l'alcool : présentation clinique

Les 414 séjours liés à l'alcool étaient très majoritairement représentés par une pathologie aiguë (98% soit 405 séjours). Les descriptions des motifs de consultation, de l'alcoolisation aux urgences et de la prise en charge sont représentés dans le tableau 4.

Les 405 séjours pour pathologie aiguë comprenaient, en grande majorité de la traumatologie (hors AVP) pour 32% et des IPM pour 19%. Les 13 séjours pour pathologie aiguë regroupant les troubles digestifs étaient liés à des vomissements (3), à des douleurs abdominales (3), à des hémorragies digestives (3), à des pancréatites aiguës (2), à des hépatites aiguës (1).

Les 9 séjours représentant une pathologie chronique comptaient 6 décompensations œdémato-ascitique d'une cirrhose alcoolique, 2 hémorragies digestives (1 œsophagite et 1 rupture de varices œsophagiennes), 1 complication de pancréatite chronique calcifiante, 1 hyponatrémie chronique).

Les patients étaient alcoolisés au moment de la consultation dans 89% des cas. Les 11% restant correspondant à des patients qui consultaient pour une complication d'une pathologie chronique liée à l'alcool, pour un sevrage compliqué ou à distance d'un traumatisme survenu dans un contexte d'alcoolisation. Parmi les 367 patients alcoolisés, 156 ou 43% ont eu une estimation de leur imprégnation alcoolique à la prise en charge initiale (alcoolémie ou éthylomètre), avec une alcoolémie moyenne à l'accueil à 1.87g/L.

Sur les 414 séjours étudiés, 122 n'ont bénéficié d'aucune prise en charge diagnostique ou thérapeutique spécifique. Ces séjours correspondaient à 51% à des IPM (62 séjours, soit 79% du total des IPM).

Tableau 3 - antécédents médicaux et nombres de séjours aux urgences

Tableau 3. Antécédents médicaux et fréquentation des urgences des séjours liés l'alcool*		
	n (%)	IC95%
total	414	
Antécédents médicaux liés à l'alcool		
hépatopathie alcoolique	26 (6)	[4-8%]
pancréatopathie alcoolique	11 (3)	[1-5%]
cardiopathie alcoolique	1 (0.2)	[0,01-1%]
épilepsie	15 (4)	[2-6%]
encéphalopathie de Gayet-Wernicke	2 (0.4)	[0,1-2%]
syndrome de Korsakoff	1 (0.2)	[0,01-1%]
polyneuropathie	2 (0.4)	[0,01-2%]
sevrage compliqué	4 (1)	[0,4-2%]
aucun	311 (75)	[68-77%]
non renseigné	56 (14)	[10-17%]
Séjours aux urgences - 2019 (CHU de Nantes)		
1	209 (50)	[46-55%]
2 à 5	159 (38)	[34-43%]
6 à 10	22 (5)	[4-8%]
10+	24 (6)	[4-8%]
Séjours aux urgences - période étudiée (CHU Nantes)		
1	339 (82)	[78-85%]
2	57 (14)	[11-17%]
3	9 (2)	[1-4%]
4	4 (1)	[0,3-2%]
5	5 (1)	[0,5-3%]

* Les données continues ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type, les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et intervalle de confiance, sauf précision contraire.



Sur les 292 séjours ayant bénéficié d'au moins une prise en charge diagnostique ou thérapeutique, 215 ont nécessité une surveillance aux urgences (dont 104 surveillances seules), 99 ont nécessité une biologie, 82 une imagerie et 60 la réalisation d'une suture ou d'un plâtre. Il y a eu 3 ponctions d'ascite et 16 contentions physiques et chimiques ont été nécessaires.

47 séjours ont pu bénéficier d'une consultation spécialisée d'addictologie et 61 d'une consultation de psychiatrie (sur les 61 consultations de psychiatrie, 19 sont en liens avec une IMV, 17 avec les IEA pathologiques dépressives, 12 avec les IEA pathologiques avec agitations et 6 pour les demandes de sevrage). Ces résultats sont reportés sur le tableau 5 ().

Descriptions des séjours liés à l'alcool : profil addictologique

Le recueil de données concernant le profil addictologique des patients était incomplet et le manque représente 30 à 82% selon la donnée quand il n'y a pas eu de consultation spécialisée et 19 à 35% quand il y a eu une consultation spécialisée. L'ensemble des résultats est reporté dans le tableau 5.

Sur les 414 séjours étudiés, les données d'habitudes de consommation d'alcool n'étaient renseignées que dans 179 cas. Parmi ces séjours, 130 avaient une consommation chronique d'alcool. 6 déclaraient une consommation d'alcool ancienne et sevrée. Les 235 séjours avec cette donnée manquante sont (à 62% représenté par un motif IPM ou de traumatologie).

Tableau 4 - caractéristiques de prise en charge

Tableau 4. caractéristiques de prise en charge des séjours liés à l'alcool*		
	n (%)	IC95%
total	414	
Pathologie aiguë ou chronique		
pathologie aiguë	405 (98)	[96-99%]
pathologie chronique	9 (2)	[1-4%]
Motif de consultation		
traumatologie (hors AVP)	132 (32)	[28-37%]
AVP	29 (7)	[5-9%]
ivresse simple (troubles de vigilance)	31 (7)	[5-10%]
ivresse pathologique (agitation)	27 (7)	[5-9%]
ivresse publique manifeste	78 (19)	[15-23%]
syncope/malaise	13 (3)	[2-5%]
troubles digestifs	16 (4)	[2-6%]
sevrage compliqué	6 (1)	[0,7-3%]
ivresse pathologique (dépressive)	24 (6)	[4-8%]
intoxication médicamenteuse volontaire	24 (6)	[4-8%]
épilepsie	4 (1)	[0,4-2%]
décompensation oedémato-ascitique	6 (1)	[0,7-3%]
demande de sevrage	12 (3)	[1-5%]
autre	11	[1-5%]
inconnu	1	[0,01-1%]
Alcoolémie aux urgences		
Non alcoolisés pendant la consultation	47 (11)	[9-15%]
Alcoolisés pendant la consultation	367 (89)	[85-91%]
dont ivresse simple	225 (54)	[50-59%]
dont ivresse pathologique	142 (34)	[30-29%]
Alcoolémie moyenne à l'accueil	1,87g/L	
Alcoolémie médiane à l'accueil	1,84g/L	
dont alcoolémie plasmatique	44 (12)	[8-14%]
dont ivresse estimée (éthylomètre)	112 (31)	[23-32%]
dont ivresse déclarée uniquement	113 (31)	[23-32%]
dont ivresse supposée uniquement	98 (27)	[20-28%]
Prise en charge spécifique		
aucune	122 (29)	[25-34%]
surveillance/dégrisement	215 (52)	[47-56%]
plâtre/suture	60 (14)	[11-18%]
biologie	99 (24)	[20-28%]
imagerie	82 (19)	[16-24%]
ponction d'ascite	3 (0,7)	[0,1-2%]
contention	16 (4)	[2-6%]

* Les données continues ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type, les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et intervalle de confiance, sauf précision contraire.

Tableau 5 - caractéristiques addictologiques

Tableau 5. caractéristiques des séjours liés à l'alcool avec consultation d'addictologie ou de psychiatrie aux urgences (CsSpe+) ou non (CsSpe-)*				
	CsSpe+ n(%)	CsSpe- n (%)	Total n (%)	IC95%
total	108 (26)	306 (74)	414	
Dont consultation addicto (dont IMV)	47 (1)	/	47 (11)	[9-15%]
Dont consultation psychiatrique seule (dont IMV)	61 (19)	/	61 (15)	[12-18%]
Suivi addictologique				
oui	31 (29)	31 (10)	62 (15)	[12-19%]
non	39 (36)	23 (8)	62 (15)	[12-19%]
non renseigné	38 (35)	252 (82)	290 (70)	[65-74%]
Habitudes de consommation				
occasionnel (< 1/semaine)	9 (8)	13 (4)	22 (5)	[4-8%]
fréquent (> 1/semaine)	15 (14)	6 (2)	21 (5)	[3-8%]
quotidien	28 (26)	29 (9)	57 (14)	[11-17%]
chronique sans précision	23 (21)	50 (16)	73 (18)	[14-22%]
sevré	0 (0)	6 (2)	6 (1)	[0,7-3%]
non renseigné	33 (31)	202 (66)	235 (57)	[52-61%]
Co-intoxication à la consultation hors IMV				
	88	302	390 (94)	[92-96%]
non renseigné	18 (20)	92 (30)	110 (28)	[24-33%]
aucun autre toxique	60 (68)	179 (59)	239 (61)	[56-66%]
1 autre toxique	7 (8)	23 (8)	30 (8)	[5-11%]
2+ autres toxiques	3 (3)	8 (3)	11 (3)	[2-5%]
cannabis	7 (8)	20 (7)	27 (7)	[4-9%]
benzodiazepines	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.2)	[0,01-1%]
stimulants (amphetamines, cocaïne, et dérivés)	2 (2)	10 (3)	12 (3)	[2-5%]
empathogènes (MDA/MDMA)	1 (1)	4 (1)	5 (1)	[0,5-3%]
psychedeliques (LSD)	1 (1)	2 (1)	3 (1)	[0,2-2%]
Dissociative (Ketamine)	2 (2)	2 (1)	4 (1)	[0,4-2%]
opioïdes (methadone)	4 (5)	2 (1)	6 (2)	[0,7-3%]
nouveaux produits de synthèses	0 (0)	0 (0)	0 (0)	[0-1%]
Co-intoxication chroniques				
			414	
non renseigné	26 (24)	217 (71)	243 (59)	[54-63%]
aucun autre toxique	41 (38)	32 (10)	73 (18)	[14-22%]
tabac	33 (31)	41 (13)	74 (18)	[14-22%]
cannabis	15 (14)	15 (5)	30 (7)	[5-10%]
benzodiazepines	3 (3)	4 (1)	7 (2)	[1-3%]
stimulants (amphetamines, cocaïne, et dérivés)	9 (8)	11 (4)	20 (5)	[3-7%]
empathogènes (MDA/MDMA)	2 (2)	2 (1)	4 (1)	[0,3-3%]
psychedeliques (LSD)	1 (1)	1 (0.3)	1 (0.2)	[0,01-1%]
Dissociative (Ketamine)	1 (1)	0 (0)	1 (0.2)	[0,01-1%]
opioïdes (methadone)	4 (4)	7 (2)	11 (3)	[1-5%]
nouveaux produits de synthèses	0 (0)	0 (0)	0 (0)	[0-1%]

* Les données continues ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type, les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et intervalle de confiance, sauf précision contraire.

En dehors des IMV les séjours étudiés (390) ne rapportaient aucune co-intoxication au moment de la consultation dans 61% des cas (239 séjours), la donnée était manquante pour 28% des cas (111 séjours), et 11% (35 séjours) déclaraient au moins 1 co-intoxication (dont



les plus représentés sont le cannabis avec 27 séjours et les psychostimulants avec 12 séjours).

Les IMV représentaient 24 séjours et déclaraient essentiellement des co-intoxications médicamenteuses avec des benzodiazépines, des neuroleptiques, et des antalgiques (paracétamol, tramadol).

Les consommations habituelles de toxiques, dont le tabac, ne sont renseignées que dans 171 séjours (41%). Parmi ces séjours, 73 déclarent un tabagisme actif, 47 déclarent une consommation habituelle d'un autre toxique ou plus.

On note que les 62 patients présentant un suivi addictologique identifié au moment de la consultation, ont une moyenne de 3.4 passages aux urgences du CHU de Nantes sur l'année 2019, contre 3.1 passages pour les patients sans suivi et 2.1 passages pour les patients avec donnée manquante.



4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Limites & forces de cette étude

Ce travail a été construit sur un modèle observationnel avec un recueil de données rétrospectif et monocentrique. A ce titre il n'échappe pas aux biais habituels à son genre. Le biais de sélection va ici apparaître dès lors que les périodes de temps choisies ne sont pas représentatives d'une année entière. Les semaines d'intérêt ont été choisies pour être hors-vacances scolaires, hors-période de fête et hors-situation exceptionnelle (avant l'épidémie du SARS-CoV-2 et les confinements de la population qui ont suivi). Ensuite, on notera un biais d'information du fait de dossiers incomplètement renseignés ou du fait de biais de classement avec la difficulté d'attribuer ou non à l'alcool le motif de consultation.

Pour limiter au maximum ces biais il a été décidé de revoir manuellement chacun des 4629 dossiers et seuls ceux faisant une mention explicite de l'alcool dans l'histoire de la maladie ont été classés comme liés à l'alcool. En conséquence les chiffres de proportion de séjours liés à l'alcool dans les urgences du CHU de Nantes sont sous-estimés dans une proportion difficile à estimer. Associé au nombre important de séjours correspondant à la période étudiée, on peut penser ces résultats robustes et représentatifs de l'activité d'urgence au CHU de Nantes.

Principaux résultats

Le principal sujet de cette étude était d'étudier la proportion ou le taux de prévalence des motifs de consultation aux urgences liés à l'alcool. 9% des entrées aux urgences étaient liées à la consommation d'alcool aiguë ou chronique. On aura pu ajuster cette proportion en fonction des différents facteurs temporels. Il en ressort que les patients consultant aux urgences pour un motif lié à l'alcool restaient significativement plus longtemps aux urgences (9.1 heures en moyenne contre 6.8 heures pour les patients consultant sans lien avec l'alcool). On note également qu'ils sont plus particulièrement présents les nuits et les week-ends. L'association de ces paramètres souligne une proportion augmentée à 11% des patients effectivement présents dans les urgences et consultant en lien avec l'alcool.

La description des patients consultant aux urgences en lien avec l'alcool a permis d'identifier une population essentiellement représentée, par des hommes (77%), jeunes (moyenne d'âge à 39 ans), amenés par les SP ou les FDO (59%) pour un motif de traumatologie ou d'IPM (51%). On a mis en évidence des différences significatives sur les parcours de ces patients, qui étaient plus facilement orientés en circuit allongé (médecine ou traumatologie). Les 25% de ces patients qui étaient orientés en circuit debout représentent essentiellement les IPM, dont le parcours physique dédié est intégré à ce circuit.



On a pu montrer également que les patients consultant aux urgences en lien avec l'alcool étaient significativement moins hospitalisés, en faveur des séjours ADHU, sans différence significative sur les consultations externes. Aussi, 29% des patients n'ont bénéficié d'aucune prise en charge spécifique, ils sont majoritairement représentés par les IPM, et 25% ont bénéficié d'une surveillance seule. L'alcoolémie était mesurée ou estimée dans 43% des cas à la prise en charge initiale.

Le profil d'addictologie des patients n'était que rarement renseigné puisque des données comme les habitudes de consommation d'alcool n'étaient présentes que dans 43% des dossiers. Les recherches de co-intoxication et d'un suivi addictologique ou non étaient fréquemment absentes des dossiers. Ces données sont donc peu fiables. On a observé une part importante de l'éthylisme chronique avec 18% et 14% des dossiers qui renseignaient respectivement une consommation chronique sans précision et une consommation quotidienne. Les toxiques consommés conjointement avec l'alcool étaient rarement renseignés et représentés en grande partie par le cannabis.

Il nous a été donné de constater pendant le recueil de ces données, que la réalisation de l'évaluation d'un mésusage de l'alcool à travers un questionnaire DETA était très rare et nous n'avons jamais relevé d'intervention brève rapportée dans les dossiers. Nous avons pu noter une proportion importante d'éthylométrie ou d'éthanolémie de contrôle ou de surveillance alors que les données actuelles de la science précisent une mauvaise corrélation entre l'alcoolémie et l'imprégnation cérébrale. Pour un motif de consultation si fréquent on doit constater que nos pratiques ne sont pas conformes aux recommandations. Seulement 26% des patients consultant pour un motif lié à l'alcool avaient bénéficié d'une consultation spécialisée alors que 50% de ces patients ont consulté ou consulteront à nouveau aux urgences dans l'année. Si ces données sont très incomplètes elles nous permettent de mettre le doigt sur une insuffisance des moyens mis en œuvre en addictologie aux urgences du CHU de Nantes et nous permettent d'imaginer des possibilités d'amélioration. La thèse du Dr Dhalluin (15), avait étudié en 2005 l'impact d'une intervention spécialisée d'addictologie sur 171 patients, et avait mis en évidence une évolution favorable des consommations d'alcool et un suivi qui était maintenu à 1 an dans 33% des cas. La publication du Dr Schwan dans l'EUSEM en 2012 (16), met en lumière le rôle des urgences dans le dépistage du mésusage de l'alcool et l'intérêt d'une intervention brève.



Comparaison aux travaux existants

Si l'on compare la prévalence trouvée dans cette étude à celle de travaux préexistants, on trouve des chiffres très différents selon les critères d'inclusion des patients, certains ne prenant compte que des intoxications éthyliques aiguës, d'autres que ceux ayant une alcoolémie positive lors du passage. On peut noter le chiffre de 21% d'admissions liées à l'alcool, retrouvé dans les travaux du Dr Vardy (10) au Royaume-Uni en 2016. Ainsi que l'étude de McNicholl B. dans le BMJ en 2018 retrouvait une proportion de 5.9% sur une période étudiée de 4x6h sur une semaine incluant l'ensemble des services d'urgences d'Irlande. (9). Cette étude ne prenait en compte que les IEA et incluait les urgences pédiatriques expliquant une plus faible proportion de passages liés à l'alcool. Ajustée sur les patients de 18 ans et plus, la proportion observée est de 8.1% dans cette étude. Ajustée sur les heures d'arrivées, les résultats montraient, en cohérence avec notre étude, une activité en lien avec l'alcool plus forte la nuit et le week-end. La proportion atteignant jusqu'à 57% des entrées dans la nuit du samedi au dimanche. L'étude du Dr Pelissier au CHU de Toulouse en 2014 (17) a étudié en rétrospectif sur 1 an l'ensemble des dossiers de 18 ans se présentant pour IEA en diagnostic principal. La proportion était de 1.13% nous laissant penser que la perte d'information était importante. On peut s'intéresser à la distribution des heures et jours de venue aux urgences de ces patients qui retrouvait des données similaires aux nôtres avec une présence plus importante la nuit et le week-ends ainsi qu'une proportion d'hommes à 73%. Enfin on pourra noter le travail Dr Vanschoenbeek en 2018 en Belgique (18), qui s'intéressaient précisément aux personnes âgées de plus de 65 ans. Une analyse rétrospective, incluant les patients ayant une alcoolémie supérieure à 0.5g/L, calculait une proportion de 16.5% de 55 à 64 ans et de 13% de patients ayant 65 ans ou plus. Ces chiffres semblent majorés en comparaison des nôtres et interrogent sur nos capacités à diagnostiquer les intoxications éthyliques aiguës et leurs conséquences chez les personnes âgées. On sait notamment que les personnes de 65 à 75ans en France sont 26% à déclarer une consommation quotidienne (3).

Les données de coût obtenues dans cette étude (en moyenne 807.93€ par passage lié à l'alcool) sont d'un ordre de grandeur comparable aux données de la littérature. On peut citer le travail de Dr Verelst en 2012 en Belgique (19) qui mesurait un coût moyen de 541.32€ par passages pour IEA. On note aussi le coût moyen de 590\$ (environ 500€) dans l'étude du Dr Lingamanaicker en 2019 au Royal Perth Hospital en Australie (20).

Conclusion

En conclusion, cette étude montre, en accord avec la littérature, et en accord avec le sentiment partagé des cliniciens des urgences du CHU de Nantes, que l'alcool représente une part



importante de la charge de travail des urgences. Pour le seul CHU de Nantes aux urgences adultes ça représente 9% des passages aux urgences, 11% des patients présents aux urgences, et un coût annuel estimé entre 5 et 6 millions d'euros. Dans le contexte d'urgences surchargées, avec des bassins de populations qui croissent plus vite que la démographie médicale, il est important de mettre en avant ces motifs de consultation qui sont souvent évitables et leur coût afin de mettre l'accent sur la prévention. Chez des patients souvent jeunes, et présentant une consommation à risque on constate que la prise en charge addictologique est insuffisante. Il faut en effet considérer une venue aux urgences pour un motif lié à l'alcool comme l'opportunité de réaliser un dépistage de mésusage de l'alcool et d'organiser un suivi si nécessaire. La mise en place d'un protocole standardisé est probablement nécessaire, l'évaluation de son efficacité devra faire l'objet de travaux ultérieurs.



5. REFERENCES

1. Santé publique France. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France [Internet]. 2017. Available from: www.santepubliquefrance.fr
2. Bertholet N, Adam A, Faouzi M, Boulat O, Yersin B, Daeppen JB, et al. Admissions of patients with alcohol intoxication in the Emergency Department: A growing phenomenon. *Swiss Med Wkly*. 2014 Aug;
3. Santé publique France. Alcool : où en sont les Français. Français & alcool. 2020;
4. Cochard A, Oparowski S. Les dépenses des ménages en boissons depuis 1960. *Insee Première*. 2020;
5. Legendre D. Des décès liés à la consommation d'alcool et de tabac plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. 2018;
6. Kopp P. Le coût social des drogues en France. *Obs français des Drog des Toxicom*. 2015;
7. Bureau C, Charpentier S, Jm P, Perrier C, a TD, Fougeras O, et al. Actualisation 2006 De La Seconde Conférence De Consensus 1992 " L ' Ivresse Éthylique Aiguë Dans Les Service D ' Accueil Des Urgences ". 2006;
8. Vivrel F. Prise en charge des patients adressés au service d'urgence de Nantes pour ivresse publique manifeste. 2013.
9. McNicholl B, Goggin D, O'Donovan D. Alcohol-related presentations to emergency departments in Ireland: A descriptive prevalence study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2020 Nov 17];8(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29794104/>
10. Vardy J, Keliher T, Fisher J, Ritchie F, Bell C, Chekroud M, et al. Quantifying alcohol-related emergency admissions in a UK tertiary referral hospital: A cross-sectional study of chronic alcohol dependency and acute alcohol intoxication. *BMJ Open*. 2016 Jun 1;
11. Reby M. Evaluation de l'impact de l'alcool dans les chutes chez les patients âgés de 65 ans et plus consultant aux urgences dans le cadre de soins primaires. 2017.
12. GIBAUD P. Consultations imputables à une alcoolisation récente chez les 18-35 ans aux urgences du CHU de Bordeaux. 2019.
13. Xelot-Mouton J. Evaluation des consultations aux urgences pour un motif lié à l' alcool en termes démographique , épidémiologique , économique et de prise en charge addictologique : exemple des urgences de Verdun . *Faculté de Médecine de Nancy*; 2016.
14. PODEUR A, Directrice générale de l'offre de soins. Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* 2014.
15. DHALLUIN A. Entretien alcoolique aux urgences, QUEL IMPACT ? [LILLE]: *Faculté de Médecine Henri Warembourg*; 2005.
16. Schwan R, Di Patritio P, Albuissou E, Malet L, Brousse G, Lerond J, et al. Usefulness of brief intervention for patients admitted to emergency services for acute alcohol intoxication. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 Nov 18];19(6):384–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22186151/>
17. Pelissier F, Lauque D, Charpentier S, Franchitto N. Blood alcohol concentration in intoxicated patients seen in the emergency department: Does it influence discharge decisions? *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2020 Nov 18];75(6):937–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25343650/>
18. Vanschoenbeek GM, Hautekiet T, Calle S, Cornelis C, François H, Hautekiet A, et al. Alcohol-related emergency department admissions in an elderly population. *Acta Clin Belgica Int J Clin Lab Med*. 2019 May 4;74(3):194–9.
19. Verelst S, Moonen P-J, Desruelles D, Gillet J-B. Emergency department visits due to alcohol intoxication: characteristics of patients and impact on the emergency room. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 2012 Jul [cited 2020 Feb 11];47(4):433–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22493048>
20. Lingamanaicker K, Geelhoed E, Fatovich DM, Egerton-Warburton D, Gosbell A, Wadsworth A, et al. Direct cost of alcohol-related presentations to Royal Perth Hospital emergency department. *EMA - Emerg Med Australas*. 2019 Dec 1;



6. ANNEXES

Annexe 1 - Questionnaire DETA

DETA = Diminuer Entourage Trop Alcool

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buvez **Trop** ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?

Interprétation : Deux réponses positives (ou plus) font suspecter un problème de santé avec l'alcool (usage nocif ou alcoolodépendance) et légitiment un entretien clinique.

Annexe 2 - Intervention brève d'après l'AAA (ex-ANPAA)

- Check-list en 8 points :
 1. Restituer les résultats du questionnaire de consommation,
 2. Expliquer le risque alcool,
 3. Expliquer le verre standard,
 4. Discuter l'intérêt personnel de la réduction,
 5. Expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation,
 6. Proposer des objectifs et laisser le choix,
 7. Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation,
 8. Remettre une brochure.
- Check-list en 4 points :
 1. Rendu des résultats d'un questionnaire concernant la consommation d'alcool,
 2. Information sur les risques liés à sa consommation,
 3. Proposition d'accompagnement ou de soutien,
 4. Conseils pour diminuer sa consommation.



Annexe 3 - Formulaire IPM

**Ivresse Publique Manifeste
IPM**

Patient Mineur Oui Non

Pouls / min /min **Pouls n°2 si pls > 125 ou < 50 :** /min

TA n°1 mmHg / mmHg **TA n°2 si TAS < 90 ou > 180 :** mmHg / mmHg

FR : /min **SA % en AA** %

Glasgow Y V M = /15

Température °C °C

Dextro n°1 : mmol/L **Dextro n°2 si <4mmol/L ou >11mmol/L** mmol/L

Pouls n°2 > 125
 TAS n°2 < 90 ou > 180
 FR < 10 ou > 25 ou Sat < 92%
 Glasgow < 14
 Temp < 36°C ou > 38,5°C
 Dextro n°2 < 4mmol/L ou > 11mmol/L

Antécédents

Marquer tout comme vu

Antécédents médicaux

+ Ajouter Modifier Afficher: Actifs et résolus

Nom du problème	Code	Âge au début	Âge à la résolution	Dernière révision

Traitements

Imprimer 0 minutes écoulée(s)

+ Ajouter

Statut de reconduction
Historique des médicaments Admission Patient externe

Afficher: Tous les médicaments actifs, Tous les médicaments inactifs il y a 24 heures

Nom de la prescription	Statut	Données
Médicaments autres		

Affiché: Toutes les prescriptions actives | Toutes les prescriptions inactives (options)
Tableau de diagnostic Prescriptions à cosigner Prescriptions à signer

admis SAU non admis SAU

Anamnèse

Segoe UI 9

Ex. Clinique

Segoe UI 9

Secteur :

SSE UA/MEDECINE UA/UHTCD
 UA/SAUV UA/MEDICOPSY
 UA/TRAUMATO UA/CIRCUIT DEBOUT

Malaise Oui Non

TC sous AVK, IIACO, AAG Oui Non

TC + Vomissements Oui Non

Anisochorie, myosis Oui Non

Ebriété sans prise d'alcool Oui Non

Prise de stupéfiants Oui Non

Conduite en état d'ivresse Oui Non

Idées suicidaires Oui Non

Convulsions Oui Non

Station debout impossible Oui Non

Plaies à suturer Oui Non

Refus examen clinique du patient Oui Non

Suspicion de fracture Oui Non

Anomalie cardio-pulmonaire Oui Non

Agitation psycho-motrice Oui Non

Délire, hallucinations Oui Non

1 case cochée => Avis senior
 ou Admission à défaut
 0 case cochée => BNA



Figure 1 - répartition des séjours par heure d'arrivée

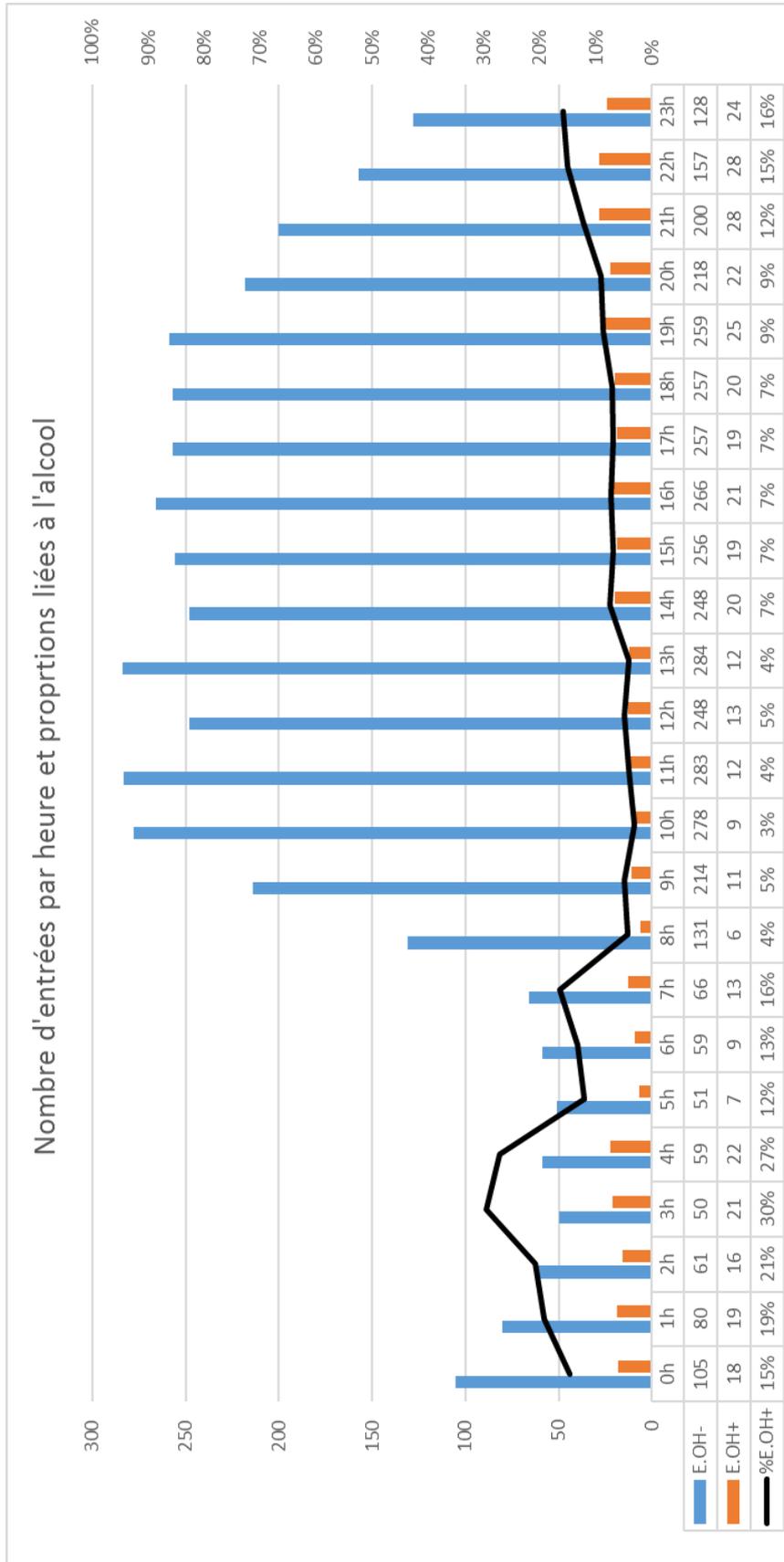




Figure 2 - répartitions des passages par heure de sortie

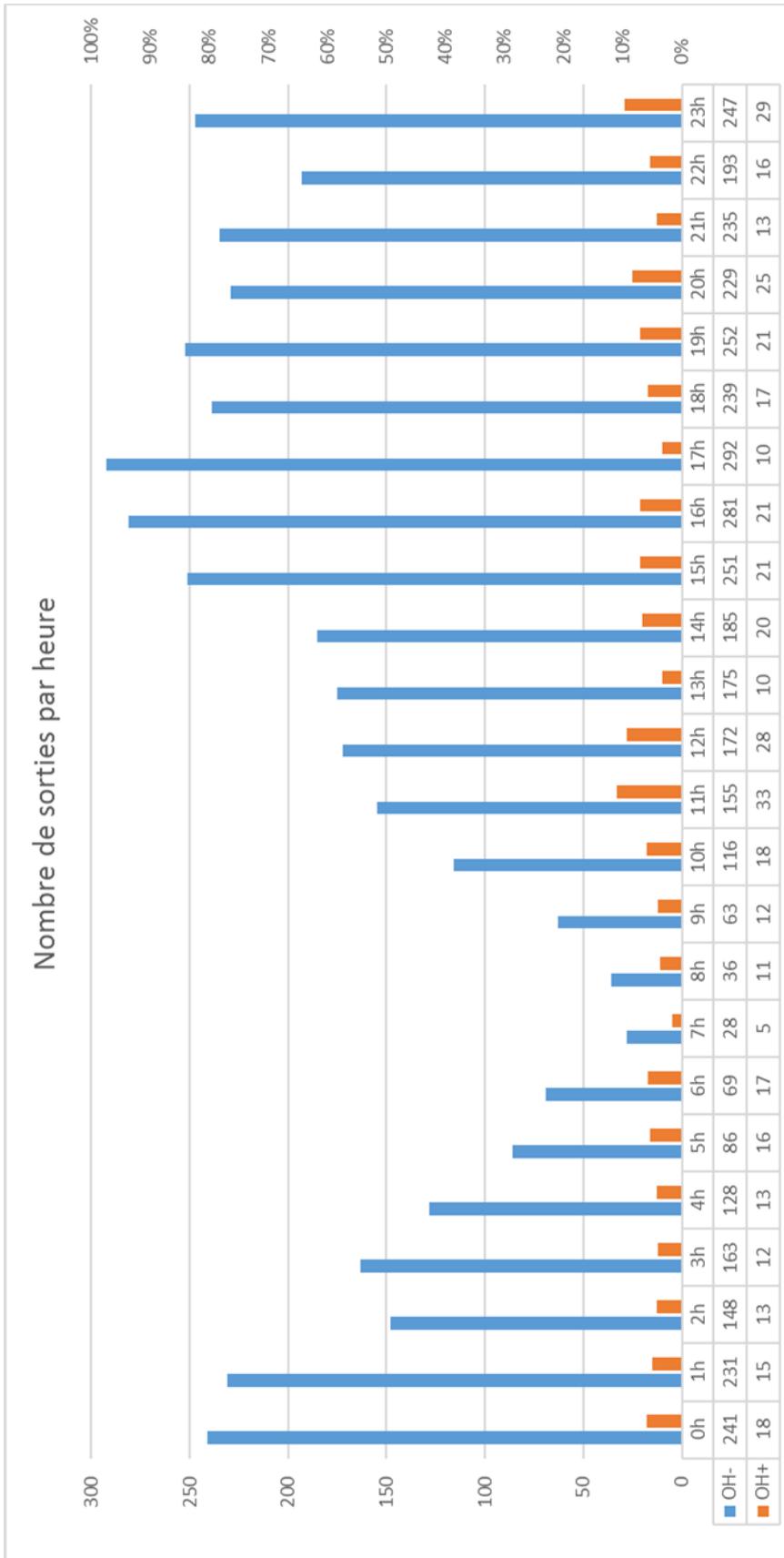




Figure 3 - répartitions des passages par jour d'entrée

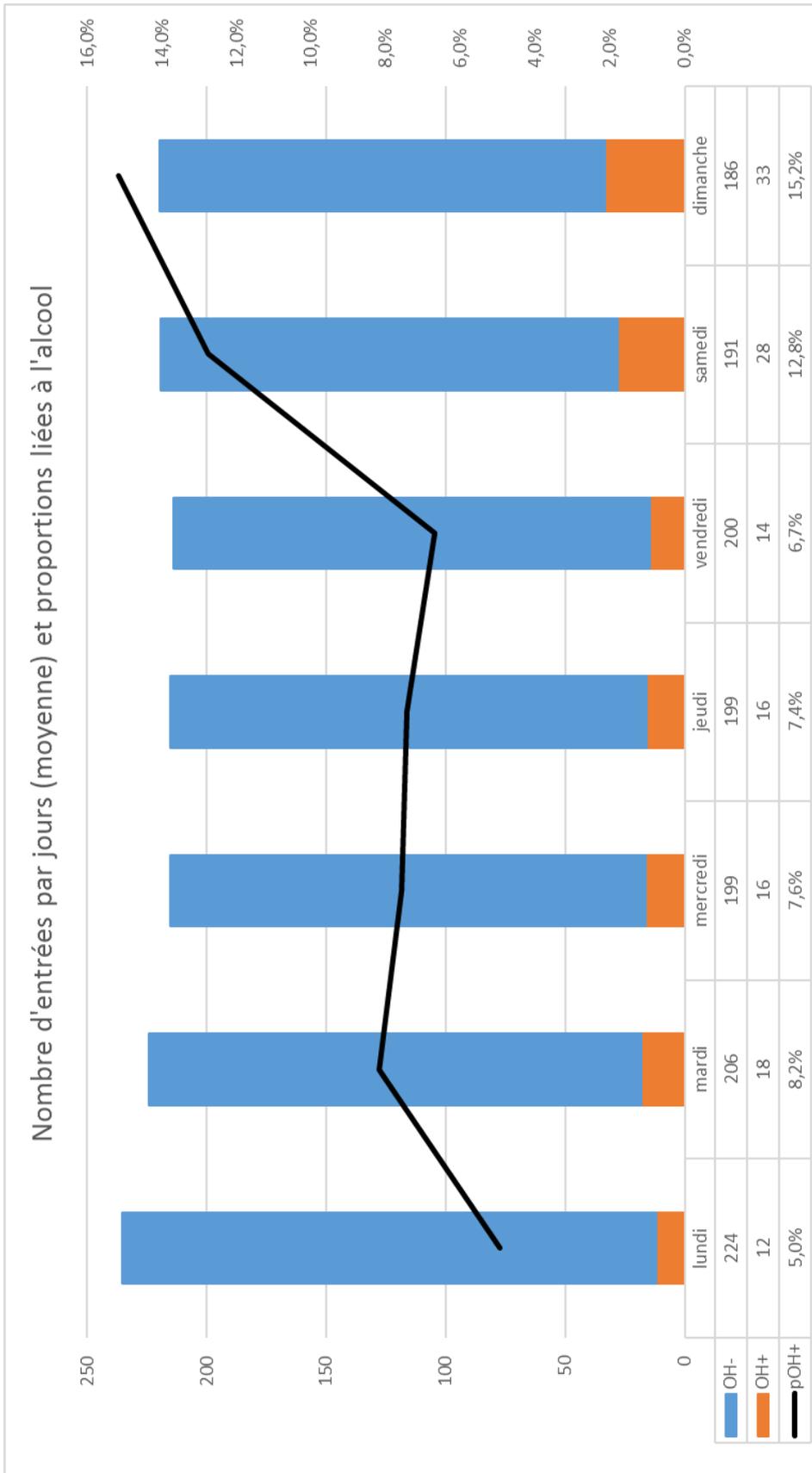




Figure 4 - présence des patients sur une semaine (moyenne)

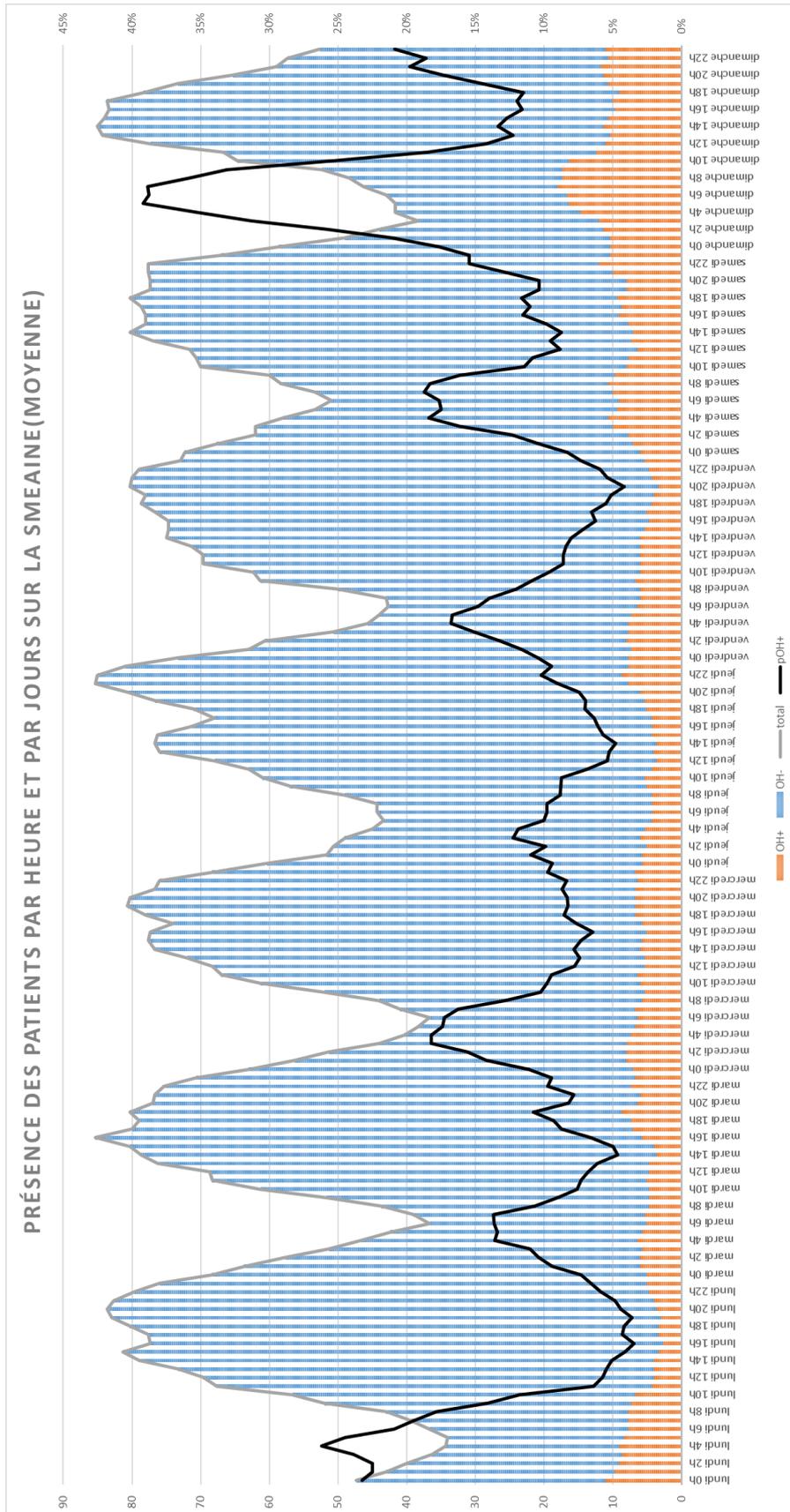


Figure 5 - délais de prise en charge

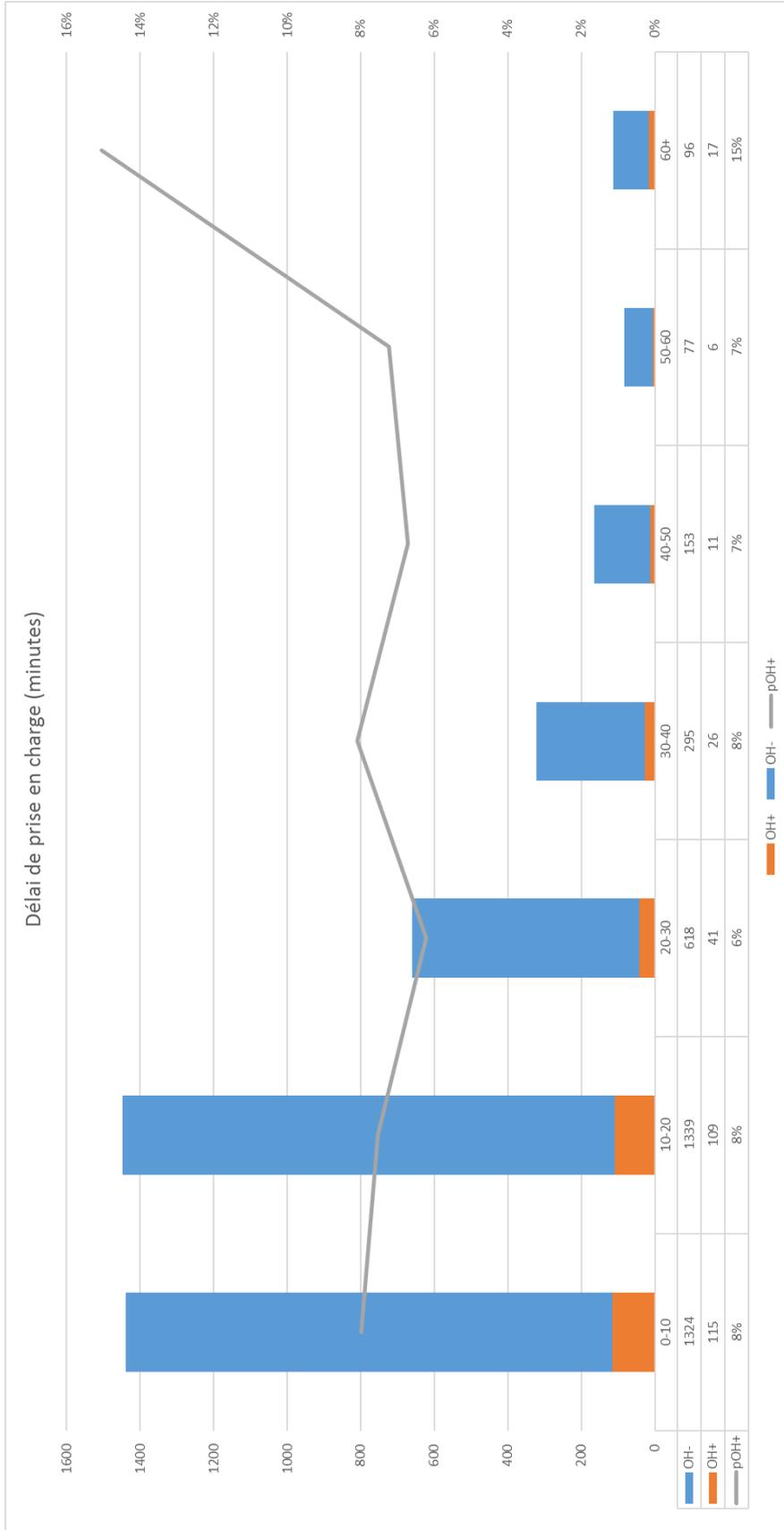




Figure 6 - durée de prise en charge médicale

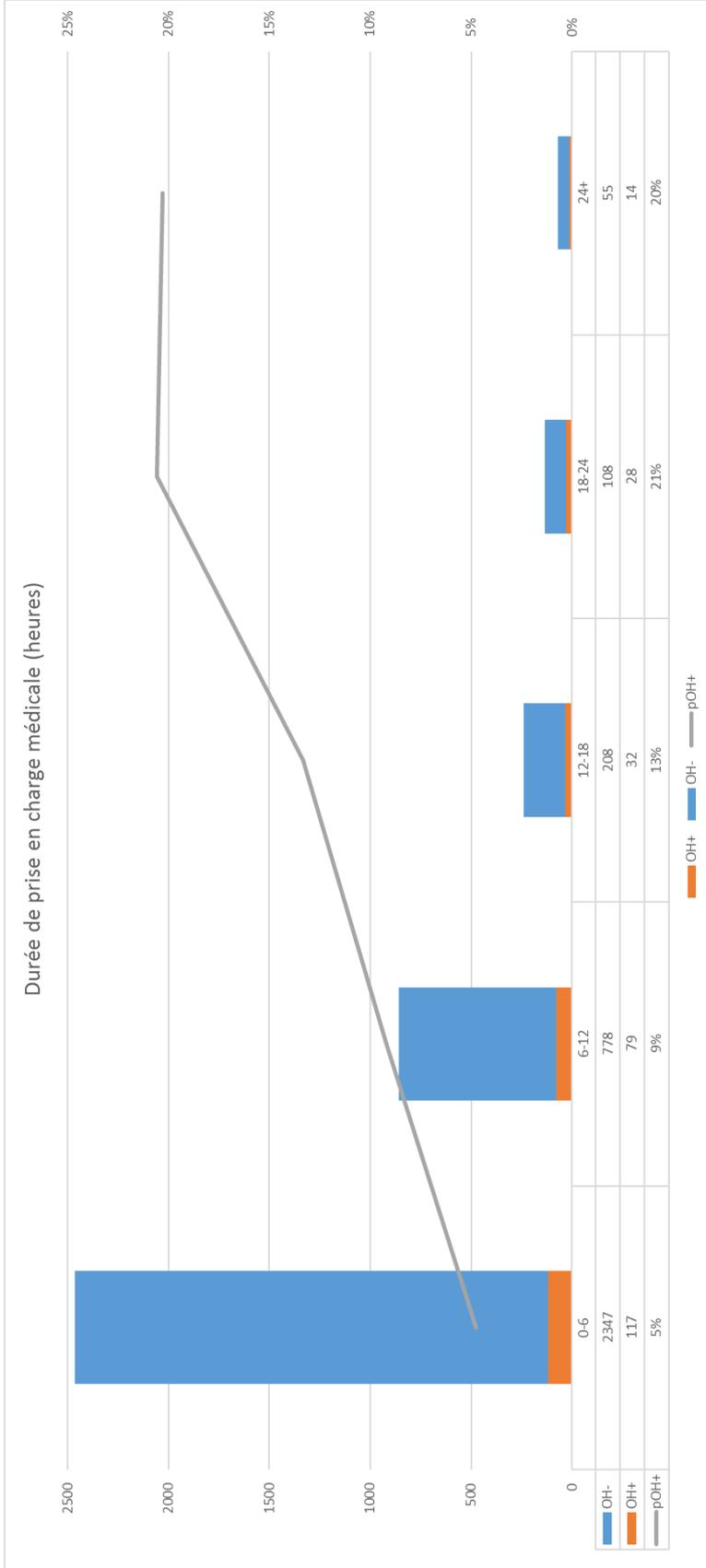




Figure 7 - durée de présence aux urgences

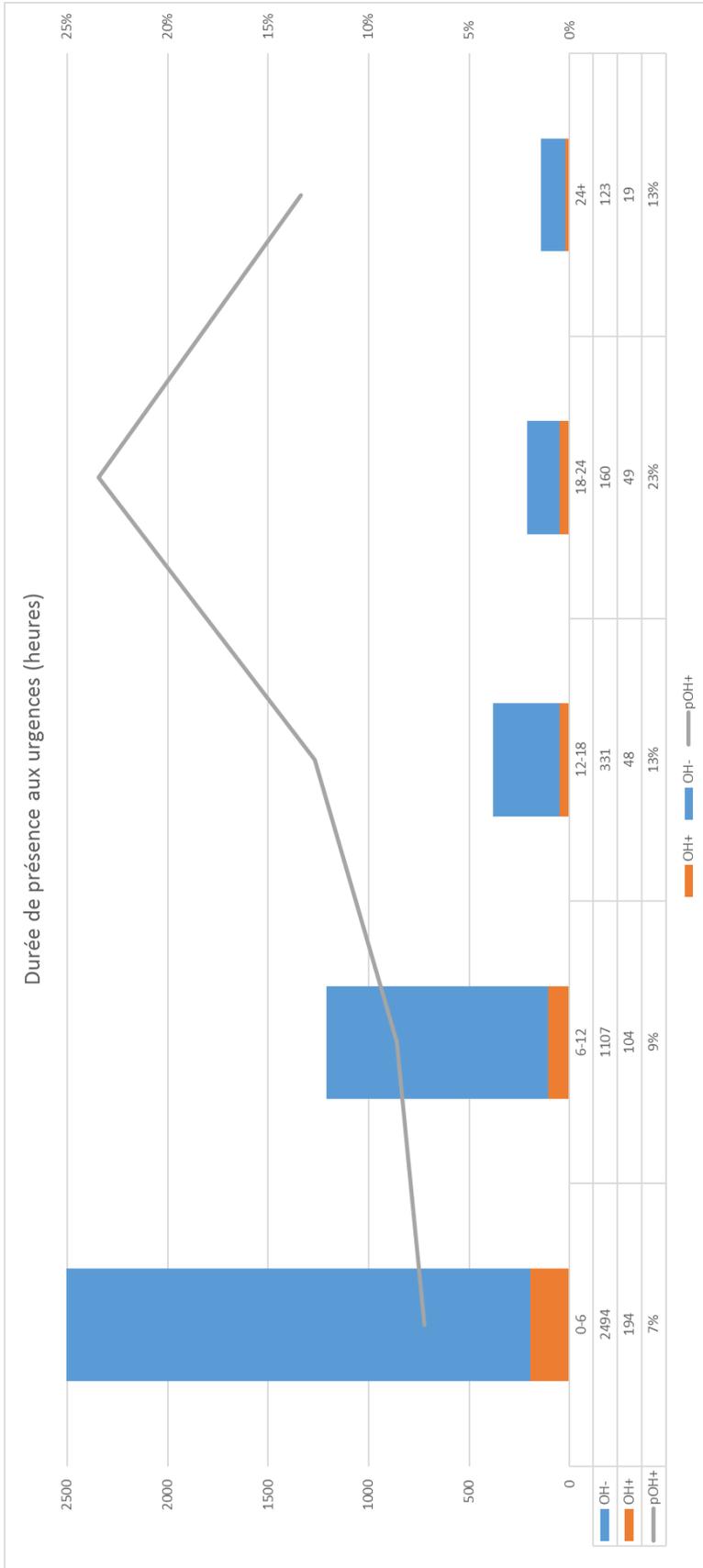




Tableau 1 - caractéristiques de base

Tableau 1. Caractéristiques de base des séjours étudiés*					
	SEJOUR LIE A L'ALCOOL				p-value
	OUI		NON		
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
n	414 (9)		4215 (91)		
Âge moyen (SD)	39	(±16.7)	45	(±23,0)	<0.0001
Âge median (IQR)	39	(24-50)	40	(25-63)	
0-17	10 (2)	[1-4%]	248 (6)	[5-7%]	
18-24	99 (24)	[20-28%]	728 (17)	[16-18%]	
25-44	129 (31)	[27-36%]	1353 (32)	[31-34%]	
45-64	147 (36)	[31-40%]	886 (21)	[20-22%]	
65+	29 (7)	[5-10%]	1000 (24)	[22-25%]	
Genre (test exact de Fisher)					<0.0001
Hommes	320 (77)	[73-81%]	2250 (53)	[52-55%]	
Femmes	94 (23)	[19-27%]	1965 (47)	[45-48%]	
Mode de venue (test du χ^2)					<0.0001
Moyens personnels	91 (22)	[18-26%]	2237 (53)	[52-55%]	
Sapeur pompiers	164 (40)	[35-44%]	687 (16)	[15-14%]	
SMUR	12 (3)	[2-5%]	57 (14)	[1-2%]	
Ambulance privée	64 (15)	[12-19%]	1176 (28)	[27-29%]	
Force de l'ordre	77 (19)	[15-23%]	26 (1)	[0,4-1%]	
Indéterminé	6 (1)	[0,6-3%]	32 (1)	[0,5-1%]	
Orientation (test du χ^2)					< 0.0001
Circuit Debout	102 (25)	[21-29%]	1870 (44)	[43-46%]	
Médecine	193 (47)	[42-51%]	1412 (34)	[32-35%]	
Traumatologie	96 (23)	[19-28%]	687 (16)	[15-17%]	
Urgences Vitales	2 (1)	[0,01-2%]	14 (0,3)	[0,2-0,6%]	
Bloc des Urgences	5 (1)	[0,4-3%]	22 (1)	[0,3-0,8%]	
UMP	16 (4)	[2-6%]	210 (5)	[4-6%]	
Devenir (test du χ^2)					0,0007
Consultation ext.	285 (69)	[64-73%]	2780 (66)	[65-67%]	
ADHU	76 (18)	[15-22%]	600 (14)	[13-15%]	
Hospitalisation	53 (13)	[10-16%]	835 (20)	[19-21%]	
Dont (parmi les consultations externes et les ADHU)					
Sorti sans soin	6 (1)	[0,5-3%]	211 (5)	[4-6%]	
Sorti avant fin	13 (3)	[2-5%]	86 (2)	[2-3%]	
Fugue	2 (1)	[0,01-2%]	6 (0,1)	[0,06-0,3%]	
Forfaits "soins critiques" n séjours (pourcentage)					0,07
USC	1 (0,2)	[0-2%]	32 (1)	[0,5-1%]	
USI	8 (2)	[1-4%]	40 (1)	[0,7-1%]	
REA	5 (1)	[0,4-3%]	26 (1)	[0,4-1%]	
Coût moyen	807,93 €	(±3207,00)	993,78 €	(±3028,00)	0,06
Consultation ext.	97,97 €	(±50,75)	101,20 €	(±57,95)	0,87
ADHU	730,74 €	(±446,70)	726,79 €	(±389,40)	0,0067
Hospitalisations	4 736,31 €	(±7884,00)	4 157,35 €	(±5745,00)	0,49

* Les données continues ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type, les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et intervalle de confiance, sauf précision contraire.



Tableau 2 - analyse des coûts

	OH+				OH-				TOTAL
	EXT	ADHU	HOSPIT	total	EXT	ADHU	HOSPIT	total	
nombre (n)	285	76	53	414	2780	600	835	4215	4629
somme (Σ)	27 920,57 €	55 535,95 €	251 024,51 €	334 481,03 €	281 322,59 €	436 072,76 €	3 471 383,90 €	4 188 779,25 €	4 857 741,31 €
moyenne (Σ/n)	97,97 €	730,74 €	4 736,31 €	807,93 €	101,20 €	726,79 €	4 157,35 €	993,78 €	1 049,41 €
est. annuelle (Σ/21*365)	468 001,94 €	930 888,30 €	4 207 648,93 €	5 606 539,17 €	4 715 502,46 €	7 309 410,07 €	58 187 006,32 €	70 211 918,86 €	81 424 997,20 €

Tableau 3 - antécédents médicaux et nombres de séjours aux urgences

Tableau 3. Antécédents médicaux et fréquentation des urgences des séjours liés l'alcool*

	n (%)	IC95%
total	414	
Antécédents médicaux liés à l'alcool		
hépatopathie alcoolique	26 (6)	[4-8%]
pancréatopathie alcoolique	11 (3)	[1-5%]
cardiopathie alcoolique	1 (0.2)	[0,01-1%]
épilepsie	15 (4)	[2-6%]
encéphalopathie de Gayet-Wernicke	2 (0.4)	[0,1-2%]
syndrome de Korsakoff	1 (0.2)	[0,01-1%]
polyneuropathie	2 (0.4)	[0,01-2%]
sevrage compliqué	4 (1)	[0,4-2%]
aucun	311 (75)	[68-77%]
non renseigné	56 (14)	[10-17%]
Séjours aux urgences - 2019 (CHU de Nantes)		
1	209 (50)	[46-55%]
2 à 5	159 (38)	[34-43%]
6 à 10	22 (5)	[4-8%]
10+	24 (6)	[4-8%]
Séjours aux urgences - période étudiée (CHU Nantes)		
1	339 (82)	[78-85%]
2	57 (14)	[11-17%]
3	9 (2)	[1-4%]
4	4 (1)	[0,3-2%]
5	5 (1)	[0,5-3%]

* Les données continues ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type, les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et intervalle de confiance, sauf précision contraire.

Tableau 4 - caractéristiques de prise en charge

Tableau 4. caractéristiques de prise en charge des séjours liés à l'alcool*

	n (%)	IC95%
total	414	
Pathologie aiguë ou chronique		
pathologie aiguë	405 (98)	[96-99%]
pathologie chronique	9 (2)	[1-4%]
Motif de consultation		
traumatologie (hors AVP)	132 (32)	[28-37%]
AVP	29 (7)	[5-9%]
ivresse simple (troubles de vigilance)	31 (7)	[5-10%]
ivresse pathologique (agitation)	27 (7)	[5-9%]
ivresse publique manifeste	78 (19)	[15-23%]
syncope/malaise	13 (3)	[2-5%]
troubles digestifs	16 (4)	[2-6%]
sevrage compliqué	6 (1)	[0,7-3%]
ivresse pathologique (dépressive)	24 (6)	[4-8%]
intoxication médicamenteuse volontaire	24 (6)	[4-8%]
épilepsie	4 (1)	[0,4-2%]
décompensation oedémato-ascitique	6 (1)	[0,7-3%]
demande de sevrage	12 (3)	[1-5%]
autre	11	[1-5%]
inconnu	1	[0,01-1%]
Alcoolémie aux urgences		
Non alcoolisés pendant la consultation	47 (11)	[9-15%]
Alcoolisés pendant la consultation	367 (89)	[85-91%]
dont ivresse simple	225 (54)	[50-59%]
dont ivresse pathologique	142 (34)	[30-29%]
Alcoolémie moyenne à l'accueil	1,87g/L	
Alcoolémie médiane à l'accueil	1,84g/L	
dont alcoolémie plasmatique	44 (12)	[8-14%]
dont ivresse estimée (éthylomètre)	112 (31)	[23-32%]
dont ivresse déclarée uniquement	113 (31)	[23-32%]
dont ivresse supposée uniquement	98 (27)	[20-28%]
Prise en charge spécifique		
aucune	122 (29)	[25-34%]
surveillance/dégrisement	215 (52)	[47-56%]
plâtre/suture	60 (14)	[11-18%]
biologie	99 (24)	[20-28%]
imagerie	82 (19)	[16-24%]
ponction d'ascite	3 (0,7)	[0,1-2%]
contention	16 (4)	[2-6%]

* Les données continues ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type, les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et intervalle de confiance, sauf précision contraire.

Tableau 5 - caractéristiques addictologiques

Tableau 5. caractéristiques des séjours liés à l'alcool avec consultation d'addictologie ou de psychiatrie aux urgences (CsSpe+) ou non (CsSpe-)*				
	CsSpe+	CsSpe-	Total	
	n(%)	n (%)	n (%)	IC95%
total	108 (26)	306 (74)	414	
Dont consultation addicto (dont IMV)	47 (1)	/	47 (11)	[9-15%]
Dont consultation psychiatrique seule (dont IMV)	61 (19)	/	61 (15)	[12-18%]
Suivi addictologique				
oui	31 (29)	31 (10)	62 (15)	[12-19%]
non	39 (36)	23 (8)	62 (15)	[12-19%]
non renseigné	38 (35)	252 (82)	290 (70)	[65-74%]
Habitudes de consommation				
occasionnel (< 1/semaine)	9 (8)	13 (4)	22 (5)	[4-8%]
fréquent (> 1/semaine)	15 (14)	6 (2)	21 (5)	[3-8%]
quotidien	28 (26)	29 (9)	57 (14)	[11-17%]
chronique sans précision	23 (21)	50 (16)	73 (18)	[14-22%]
sevré	0 (0)	6 (2)	6 (1)	[0,7-3%]
non renseigné	33 (31)	202 (66)	235 (57)	[52-61%]
Co-intoxication à la consultation hors IMV				
	88	302	390 (94)	[92-96%]
non renseigné	18 (20)	92 (30)	110 (28)	[24-33%]
aucun autre toxique	60 (68)	179 (59)	239 (61)	[56-66%]
1 autre toxique	7 (8)	23 (8)	30 (8)	[5-11%]
2+ autres toxiques	3 (3)	8 (3)	11 (3)	[2-5%]
cannabis	7 (8)	20 (7)	27 (7)	[4-9%]
benzodiazepines	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.2)	[0,01-1%]
stimulants (amphétamines, cocaïne, et dérivés)	2 (2)	10 (3)	12 (3)	[2-5%]
empathogènes (MDA/MDMA)	1 (1)	4 (1)	5 (1)	[0,5-3%]
psychedeliques (LSD)	1 (1)	2 (1)	3 (1)	[0,2-2%]
Dissociative (Ketamine)	2 (2)	2 (1)	4 (1)	[0,4-2%]
opioïdes (methadone)	4 (5)	2 (1)	6 (2)	[0,7-3%]
nouveaux produits de synthèses	0 (0)	0 (0)	0 (0)	[0-1%]
Co-intoxication chroniques				
			414	
non renseigné	26 (24)	217 (71)	243 (59)	[54-63%]
aucun autre toxique	41 (38)	32 (10)	73 (18)	[14-22%]
tabac	33 (31)	41 (13)	74 (18)	[14-22%]
cannabis	15 (14)	15 (5)	30 (7)	[5-10%]
benzodiazepines	3 (3)	4 (1)	7 (2)	[1-3%]
stimulants (amphétamines, cocaïne, et dérivés)	9 (8)	11 (4)	20 (5)	[3-7%]
empathogènes (MDA/MDMA)	2 (2)	2 (1)	4 (1)	[0,3-3%]
psychedeliques (LSD)	1 (1)	1 (0.3)	1 (0.2)	[0,01-1%]
Dissociative (Ketamine)	1 (1)	0 (0)	1 (0.2)	[0,01-1%]
opioïdes (methadone)	4 (4)	7 (2)	11 (3)	[1-5%]
nouveaux produits de synthèses	0 (0)	0 (0)	0 (0)	[0-1%]

* Les données continues ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type, les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage et intervalle de confiance, sauf précision contraire.



UNIVERSITÉ DE NANTES

NOM : CREN

PRENOM : Hugo

Titre de Thèse : L'alcool aux urgences du CHU de Nantes : prévalence, description et évaluation des coûts.

RESUME (10 lignes)

Nous avons voulu déterminer la proportion de passages aux urgences liés à une consommation d'alcool qui reste un motif fréquent de recours aux urgences, et dresser le portrait clinique de ces patients au CHU de Nantes. Nous avons établi qu'une proportion de 9% des passages aux urgences lien avec une consommation d'alcool. Nous avons observé que ces patients étaient moins fréquemment hospitalisés mais avaient des durées de séjours aux urgences prolongées. On a pu calculer le coût moyen de 807.93€ pour un passage aux urgences lié à l'alcool. Enfin on a noté une pratique médicale éloignée des recommandations de prise en charge avec un dépistage du mésusage de l'alcool trop rare et de la prise en charge de ces patients.

MOTS-CLES

ALCOOL, INTOXICATION ETHYLIQUE AIGUE
URGENCES, SERVICE D'URGENCES
ADDICTOLOGIE, ELSA
TOXICOLOGIE, DROGUES



UNIVERSITÉ DE NANTES

Vu, le Président du Jury,
(Tampon et signature)

Professeur Éric BATARD

Vu, le Directeur de Thèse,
(Tampon et signature)

Professeur Philippe LE CONTE

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET