



HAL
open science

Évaluation 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

Justine Xelot-Mouton

► To cite this version:

Justine Xelot-Mouton. Évaluation 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. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932335

HAL Id: hal-01932335

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932335v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de
Médecine Générale

par

Justine XELOT-MOUTON

Le 12 Octobre 2016

**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.**

Etude prospective de 206 cas

Examineurs de la thèse :

M. François PAILLE	Professeur	Président
M. Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur	Juge
M. Nicolas JAY	Professeur	Juge
M. Valéry COLIN	Docteur en médecine	Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGÉ - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
 Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
 Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
 Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
 Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
 Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
 Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
 Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
 Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
 Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A Monsieur le Professeur François PAILLE,

Chef du service d'addictologie du CHRU de Nancy.

Je suis très honorée que vous présidiez ce Jury, et que vous portiez votre jugement d'addictologue passionné et reconnu sur mon travail. Je vous remercie de votre accompagnement tout au long de ce travail.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT,

*Chef du service de réanimation médicale de l'Hôpital Central
du CHRU de Nancy.*

*Je vous remercie vivement de
participer à ce jury de thèse, vous qui
m'avez accompagnée et vue évoluer
durant un semestre au sein de votre
service. Merci pour votre confiance et
votre patience. Soyez assuré de toute
ma reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur Nicolas JAY,

Professeur de biostatistiques et informatique médicale.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous en remercie vivement. Votre regard d'expert en santé publique est très important pour moi.

Au Docteur Valéry COLIN,

*Praticien hospitalier au Service d'Accueil des Urgences du
Centre Hospitalier de Verdun.*

*Reçois tous mes remerciements et ma
gratitude pour m'avoir guidée depuis
mon externat, puis pendant mon
internat, non seulement dans ce travail
de thèse mais pour devenir un médecin
curieux, précis et humain. Tu connais
tout le respect et l'admiration que j'ai
à ton égard.*

A toute l'équipe du SAU-SAMU-SMUR du Centre Hospitalier de Verdun pour leur large participation à ce travail, pour leur enthousiasme, leur accueil chaleureux, leur humanité, leurs encouragements, leur professionnalisme, et leur efficacité. Merci de m'accorder votre confiance. Merci au Dr Jacqueline Deleau pour ses précieux conseils, sa disponibilité, et son pragmatisme. Merci au Dr Romain Dufour pour ses compétences informatiques.

A l'équipe d'addictologie de liaison du Centre Hospitalier de Verdun, et en particulier au Dr Vallet, pour leur collaboration, leur travail de longue haleine auprès des patients en difficultés notamment avec l'alcool et leur expertise.

Aux infirmiers de liaison en psychiatrie pour leur travail au quotidien auprès des patients des urgences.

Au service facturation de Centre Hospitalier de Verdun, et en particulier à M. Hilaire pour leur contribution.

A ma famille :

- A Maximilien, mon mari, mon soutien indéfectible, toi qui es aussi passé par cette étape de thèse, tu as toujours été patient, apaisant et de précieux conseils.
- A mes parents sans qui je n'aurais jamais pu mener ces études, qui m'ont donné envie de donner aux autres, qui m'ont aidée à franchir les obstacles de la vie. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises.
- A ma sœur, Agathe, ma complice, qui m'a suivie pas à pas dans toutes les étapes de la vie. Merci de t'être autant impliquée dans mes études comme dans ma vie en général et d'avoir réussi à me changer les idées quand j'en avais besoin.
- A Michel, Juliette et leurs deux prunelles, vous aurez toujours cette importance toute particulière à mes yeux, et vous connaissez tout le sens du serment que je vais prononcer.
- A Claude, ma « grande-cousine », pour tes longues séances d'écoute, ta bonne humeur et tes encouragements depuis le début de mes études.
- A Bernadette et Roger, mes grands-parents de cœur, votre profonde affection me touche tellement.
- A mes grands-parents pour vos encouragements, vos pensées et votre présence.

A mes amis :

- A Estelle, Anne, Laura, Pauline, Jonathan, Rudy, Pierre, Elsa et Florie, mes précieux amis, qui me suivent depuis de longues années, merci pour votre soutien inconditionnel et votre joie de vivre.
- A Lauriane, Thibaut, Lisa, Dorian, Guillaume, Alice, Camille, Clotilde, Edouard, mes co-internes qui ont partagé les mêmes hésitations, tribulations, doutes et satisfactions que moi.

Au Dr Michel Fauvé, merci de m'avoir guidée sur la bonne voie, merci pour vos enseignements à la fois médicaux et tout simplement humains. Vous m'avez appris à me questionner sans cesse pour devenir chaque jour un meilleur médecin.

A Cathy, merci de m'avoir ouvert les portes de ton château et de m'avoir dorlotée.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Table des matières

Sommaire des illustrations	16
LISTE DES ABREVIATIONS	17
I. Introduction	18
A. Propriétés chimiques et histoire	18
B. Physiologie : métabolisme de l'alcool.....	18
1. Absorption.....	18
2. Distribution.....	19
3. Elimination	20
4. Métabolisme	20
C. Intoxication éthylique aiguë	21
D. Intoxication éthylique chronique.....	23
1. Généralités.....	23
2. Complications somatiques de l'éthylisme chronique	24
F. Epidémiologie	30
1. Données européennes	30
2. Données françaises	30
3. Hospitalisations liées à l'alcool.....	32
4. Consultations aux urgences pour des motifs liés à l'alcool.....	32
II. Matériel et méthodes	35
III. Résultats	39
A. Données démographiques et sociales	39
B. Données épidémiologiques.....	42
C. Données thérapeutiques.....	47
D. Données financières	50
IV. Discussion	52
A. Analyse des résultats	52
B. Perspectives thérapeutiques.....	59
V. Conclusion.....	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	67
Annexe 1 : liste des diagnostics (avec leur code CIM 10) des patients incluables dans l'étude	67
Annexe 2 : questionnaire Résurgence®	69
Annexe 3 : questionnaire Audit-C.....	71

Sommaire des illustrations

Figure 1 Evolution de l'alcoolémie avec le temps après la consommation de différentes boissons alcoolisées. (2).....	19
Figure 2 Morbidité en terme d'années de vie corrigées par l'incapacité (AVCI) (18)	30
Figure 3 Distribution des décès attribuables à l'alcool par sexe et causes de décès, en France (27)	31
Figure 4 Distribution des sexes (n=206)	39
Figure 5 Pyramide des âges (n=206).....	40
Figure 6 Catégorie socio-professionnelle (n=134).....	41
Figure 7 Motif de consultation aux urgences lié à l'alcool (n=206).....	42
Figure 8 Moyen d'arrivée aux urgences (n=206)	43
Figure 9 Prise en charge de l'agitation (n=206)	45
Figure 10 Distribution de l'alcoolémie des patients (n=206)	45
Figure 11 Répartition des patients selon leur alcoolémie mesurée (n=127)	46
Figure 12 Consultation d'addictologie chez les patients consultant en dehors du régime de la garde-à-vue (n=155).....	47
Figure 13 Cause de l'absence de consultation d'addictologie (n=173).....	49
Figure 14 Production d'un courrier au médecin traitant à l'issue de la consultation aux urgences (n= 206).....	50
Figure 15 Risque d'expérimenter au moins une conséquence sociale négative au cours de l'année en fonction de la consommation éthylique annuelle chez les femmes et les hommes (UK = Grande Bretagne, Sw = Suède, It = Italie, Ge = Allemagne, Fr = France, Fl = Finlande) (52)	56
Figure 16 Répartition régionale des troubles liés à l'alcool en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : intoxication aiguë vs. syndrome de dépendance (28).....	57
Tableau 1 Orientation initiale des patients après leur consultation aux urgences (n=206).....	44
Tableau 2 Orientation finale des patients après leur consultation aux urgences ou leur séjour en UHCD (n=206).....	44

LISTE DES ABREVIATIONS

ADH : Alcool Deshydrogénase

ALDH : Aldéhyde Deshydrogénase

CH : Centre Hospitalier

CHV : Centre Hospitalier de Verdun

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : 10ème version de la Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNH : Certificat de Non Hospitalisation

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

IEA : Intoxication éthylique aiguë

IEC : Intoxication éthylique chronique

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

NAD : Nicotinamide Adénine Dinucléotide (NAD⁺ : forme réduite, NADH : forme oxydée)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

UAL : Unité d'Addictologie de Liaison

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

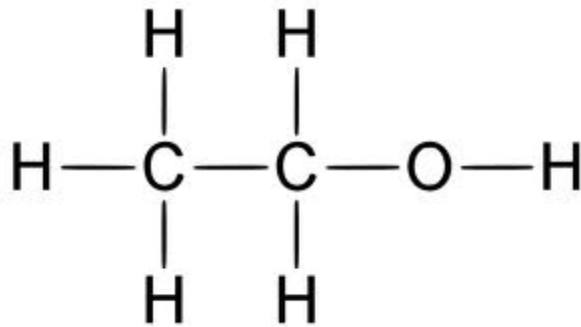
VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

I. Introduction

A. Propriétés chimiques et histoire

L'éthanol, ou alcool éthylique est un alcool primaire à deux carbones de formule brute C_2H_6O (ou CH_3-CH_2-OH selon la formule semi-développée).



C'est un liquide incolore, volatil, inflammable et miscible à l'eau lorsqu'il est consommé sous la forme de boisson alcoolisée. La formule chimique de l'éthanol a été découverte en 1808 par Nicolas Théodore de Saussure après des travaux préalables d'Antoine Lavoisier, et publiée cinquante ans plus tard par Archibald Scott Couper. Par la suite, des industriels ont réussi à le synthétiser.

Il est obtenu par fermentation des sucres. Ce procédé est utilisé par l'Homme depuis la Préhistoire afin d'obtenir des boissons alcoolisées. En effet, l'alcool, tel qu'on l'appelle dans le langage courant, est un psychotrope utilisé comme une substance récréative, et notoirement addictive. On retrouve également de l'éthanol dans les fruits murs, et dans certaines plantes du fait de l'anaérobiose naturelle intervenant dans le processus de germination.

B. Physiologie : métabolisme de l'alcool

1. Absorption

L'éthanol a un impact sur tous les tissus de l'organisme et donc sur toutes les fonctions vitales. L'absorption digestive de l'éthanol s'effectue rapidement - en deux heures environ - de manière aisée (simple diffusion) et totale. Ce procédé s'effectue pour 80% environ au niveau du duodénum et du jéjunum proximal, et pour le reste au niveau de l'estomac. (1)

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'accélérer l'absorption de l'éthanol par l'organisme : la vacuité gastrique, l'accélération de la motilité gastro-intestinale, mais également l'élévation

du degré alcoolique de la boisson, ainsi que la présence de gaz carbonique. En effet, le pic d'alcoolémie est plus précoce et l'alcoolémie maximale est significativement plus élevée avec des alcools forts type vodka qu'avec du vin ou de la bière, et ce pour la même quantité d'éthanol ingérée. (2)

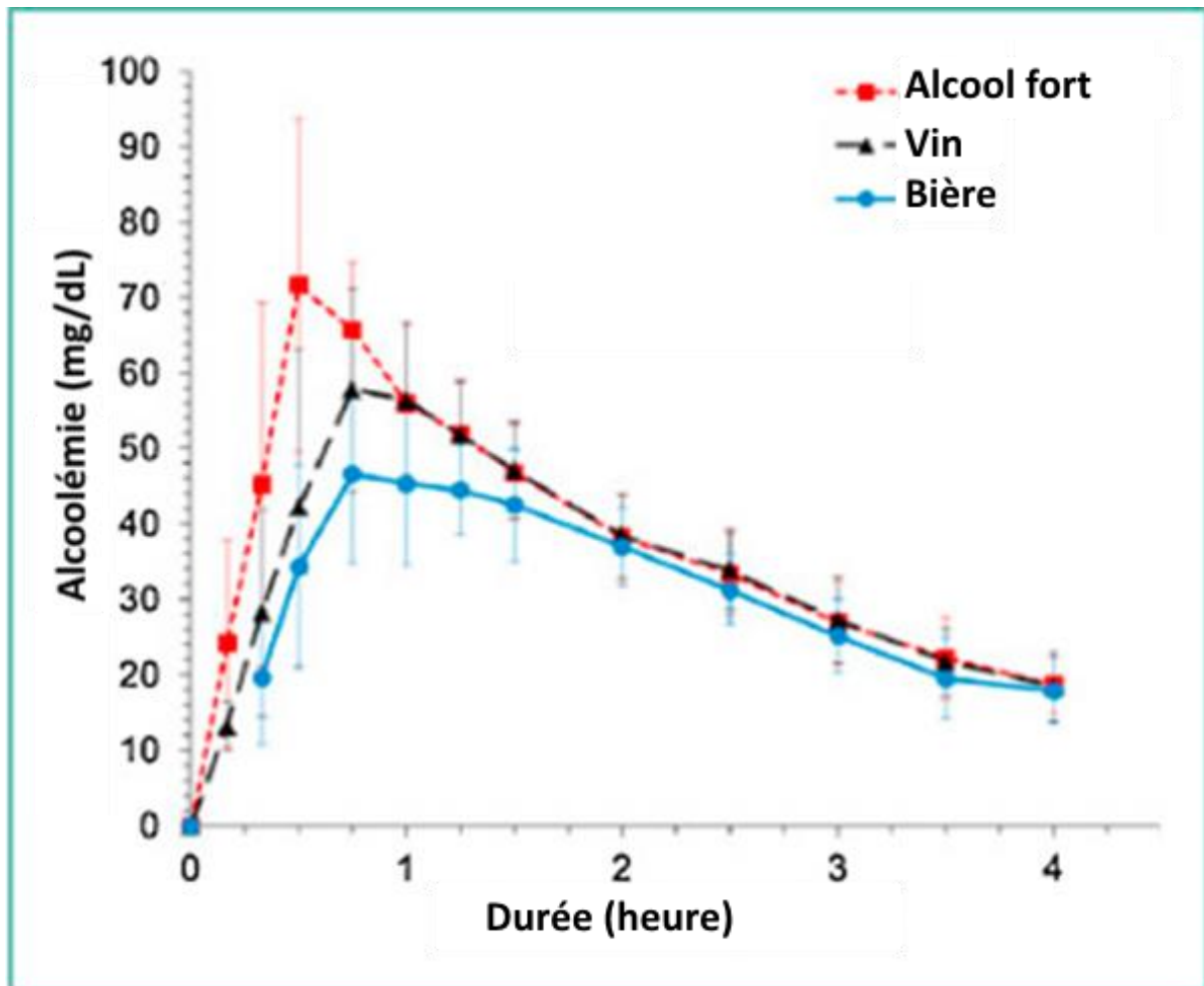


Figure 1 Evolution de l'alcoolémie avec le temps après la consommation de différentes boissons alcoolisées. (2)

2. Distribution

La faible masse molaire de l'éthanol conduit à une diffusion très facile dans tous les tissus de l'organisme, en dehors des os et des tissus adipeux. En effet, il suit les mouvements de l'eau de par son caractère particulièrement hydrosoluble. Son volume de distribution est donc faible : en moyenne 0.7L/kg chez l'homme et 0.55L/kg chez la femme. A partir du volume de distribution (Vd), il est possible de calculer l'alcoolémie maximale moyenne (A) en fonction de la quantité d'éthanol consommée (Q) et du poids du sujet (P) : $A = Q/(P \times Vd)$. (3)

Par ailleurs, il est important de noter que cette substance franchit les barrières hémato-encéphalique et placentaire.

3. Elimination

Moins de 10% de l'éthanol absorbé sont éliminés par voie rénale et pulmonaire. Cette dernière fraction est retrouvée dans l'air expiré et permet d'estimer l'imprégnation alcoolique d'un patient via le rapport moyen de concentration dans l'air expiré et dans le sang qui est de l'ordre de 1/2100 (3).

4. Métabolisme

Une fois dans le sang, cette substance gagne le foie via le système porte. Lors de ce premier passage hépatique, une faible fraction est métabolisée et la majorité passe dans la circulation générale pour se répartir ensuite dans l'ensemble des liquides et des tissus de l'organisme.

Il n'existe pas de forme de stockage de l'alcool. L'alcool doit donc impérativement être catabolisé. Les trois quarts de la dose ingérée sont ainsi oxydés au niveau hépatique, tandis que 15 à 20 % le sont dans les tissus extrahépatiques. La voie d'oxydation hépatique prépondérante lors d'alcoolisations modérées comporte l'action successive de deux déshydrogénases : l'alcool déshydrogénase (ADH) et l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH). Elles ont toutes deux le nicotinamide adénine dinucléotide (NAD⁺) pour coenzyme. La première oxyde la fonction alcool en fonction aldéhyde. Cette première étape aboutit donc à la formation d'acétaldéhyde, métabolite toxique de l'alcool. En cas d'accumulation de celui-ci, une symptomatologie invalidante à type de nausées, vomissements, céphalées et asthénie peut survenir. L'ADH est également présente dans tout le tube digestif (oropharynx, estomac, duodenum, rectum), dans une moindre mesure, ce qui contribue à l'accumulation d'acétaldéhyde au niveau des muqueuses digestives et donc à la toxicité locale et éventuellement à une co-carcinogénèse. A noter que l'activité de l'ADH gastrique est modulée par plusieurs facteurs (consommation chronique d'alcool, infection par *helicobacter pylori*, traitement par cimétidine...etc), ce qui modifie le premier passage gastrique de l'éthanol et donc l'alcoolémie. (3)

Quant à l'ALDH, elle oxyde la fonction aldéhyde en fonction acide. Cette enzyme est responsable de variations de susceptibilité individuelle et donc d'une métabolisation moins efficace de l'acétaldéhyde (dont la résultante est son accumulation), notamment au sein des populations asiatiques, à l'origine du flushing syndrome (congestion faciale, tachycardie et pyrosis). L'accumulation d'acétaldéhyde est également utilisée dans le traitement de l'éthylisme chronique. L'administration de disulfirame, qui inhibe l'ALDH et donc conduit à l'accumulation de ce métabolite, entraîne des symptômes comparables au syndrome de flushing. Ce phénomène est appelé effet antabuse.

Lors d'alcoolisations plus importantes et répétées (et donc quand les capacités de l'ADH sont dépassées), l'oxydation microsomale de l'éthanol prend une part importante dans son catabolisme. D'autres voies apparaissent quantitativement minoritaires (comme celle de la catalase), mais peuvent contribuer aux atteintes cellulaires liées à l'alcoolisation.

Il existe une grande variabilité interindividuelle concernant la vitesse du catabolisme de l'éthanol. Le polymorphisme génétique de certaines des enzymes impliquées dans son métabolisme pourrait contribuer à cette inégalité des individus face à l'alcool. (1)

C. Intoxication éthylique aiguë

Classiquement, l'intoxication éthylique aiguë s'accompagne de trois cortèges symptomatiques successifs que sont :

- l'excitation motrice, survenant pour des taux d'alcoolémie classiquement entre 0.5 et 2 grammes par litre de sang chez les sujets consommateurs occasionnels : euphorie, perte des capacités de jugement, augmentation du délai de réponse aux stimuli sensoriels, troubles de la coordination motrice, troubles de l'attention, désinhibition.
- puis, l'incoordination motrice, survenant classiquement pour une alcoolémie entre 1.5 et 4 grammes par litre de sang pour les sujets consommateurs occasionnels : désorientation, syndrome confusionnel, labilité et exacerbation émotionnelle, diplopie, mydriase, distorsions sensorielles, incontinence, vomissements, démarche ébrieuse, diminution de la réponse aux stimuli sensoriels, voire troubles de la conscience (sommolence, stupeur, ...).
- et enfin, la phase comateuse, survenant pour une alcoolémie supérieure à trois grammes par litre de sang (3g/L) en général : coma plus ou moins profond, diminution

ou abolition des réflexes ostéo-tendineux, hypotension artérielle (collapsus cardiovasculaire), dépression respiratoire, hypothermie, incontinence, pouvant se compliquer d'un décès (notamment du fait des complications respiratoires notamment à type d'arrêt respiratoire consécutif à une inhalation du contenu gastrique).(4)

Une intoxication aiguë peut également conduire à des complications psychiatriques : troubles du comportement (agitation psychomotrice notamment), troubles psychosensoriels à type notamment d'hallucinations, troubles de la perception à type de délire (jalousie, persécution, mégalomanie,...), troubles de l'humeur. Ces troubles disparaissent en général avec la baisse de l'alcoolémie. Ils peuvent cependant pour certains s'installer véritablement en cas de consommation chronique (et de dépendance) ou aller jusqu'au suicide. L'alcoolisation excessive aiguë constitue en effet un facteur de risque majeur de suicide et de comportement suicidaire dans toute la population. (5)

Au-delà des complications psychiatriques, il peut exister des complications somatiques à l'intoxication éthylique aiguë:

- cardiovasculaires : collapsus cardiovasculaire, troubles du rythme (fibrillation atriale essentiellement), angor chez les coronariens (imputable à l'acétaldéhyde).
- immuno-allergiques : urticaire, bronchospasme chez l'asthmatique, rhinites paroxystiques, œdème laryngé, voire choc anaphylactique (du fait du caractère histaminolibérateur des substances contenues dans les boissons alcoolisées et de l'acétaldéhyde).
- respiratoires : pneumopathie d'inhalation, hypoventilation alvéolaire.
- neurologiques : crises comitiales (ne survient que chez l'épileptique dans le cadre de l'ivresse aiguë).

Les seuils d'alcoolémie sus-cités sont indicatifs et non valables pour des patients ayant une consommation régulière et excessive d'alcool. Il existe en effet un phénomène d'accoutumance, conduisant à une meilleure tolérance apparente, notamment digestive et neurologique, à de grandes consommations d'alcool.

D. Intoxication éthylique chronique

1. Généralités

De tous temps, l'Homme a abusé de l'alcool. L'alcoolisme est reconnu comme une maladie par l'OMS depuis 1978. Il est défini comme des « troubles mentaux et troubles du comportement » liés à l'ingestion fréquente d'alcool. Cette perte de contrôle s'accompagne le plus souvent d'une dépendance physique, psychique et d'une tolérance (nécessité d'augmenter les doses consommées pour obtenir le même effet).(6)

Selon la CIM-10, l'usage d'alcool est défini comme toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS, et prise en dehors de toute situation à risque ou d'un risque individuel.

L'usage à risque regroupe toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils proposés par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel.

Enfin, l'usage nocif est défini par toute conduite d'alcoolisation caractérisée par :

- l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool,
- et l'absence de dépendance à l'alcool.

Cette définition fait référence aux conséquences et non pas aux seuils de consommation qui peuvent être inférieurs aux seuils de l'usage à risque dès lors que certains dommages sont constitués.

Les seuils proposés par la Société Française d'Alcoologie sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne).(7)

Le terme « verre » désigne ici le « verre standard » ou « unité internationale d'alcool », qui correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque, mais sont un compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et, d'autre part, la place de l'alcool dans la société et les effets considérés comme positifs de sa consommation modérée.

2. Complications somatiques de l'éthylisme chronique

L'intoxication éthylique chronique entraîne des conséquences au niveau de tous les organes du corps humain.

a. Conséquences hépatiques

Tout d'abord, le foie qui participe au métabolisme de l'éthanol peut être le siège d'une stéatose qui est le premier marqueur hépatique de consommation éthylique chronique et correspond à une accumulation hépatique de triglycérides. Elle est secondaire à une augmentation de la synthèse des acides gras à partir des glucides et des acides aminés, une diminution de l'oxydation des acides gras, de la formation de phospholipides et de cholestérol, et de la synthèse des apoprotéines nécessaires à l'exportation des lipoprotéines.

La complication hépatique la plus étudiée est la cirrhose, qui peut aller jusqu'à l'hépatocarcinome en passant par l'hépatite aiguë alcoolique. La cirrhose est une fibrose hépatique associée à des nodules de régénération liés à la destruction diffuse irréversible des hépatocytes. Elle peut évoluer vers l'hépatocarcinome : la probabilité de développer ce type de cancer est de 15 à 20% à 5 ans pour un cirrhotique.(8) La cirrhose peut également évoluer vers une insuffisance hépato-cellulaire pouvant se compliquer notamment d'une encéphalopathie hépatique liée entre autres à l'accumulation de substance neurotoxiques dont l'ammoniac, à une augmentation de la perméabilité capillaire permettant le passage dans le système nerveux central de ces substances et à la modification de la neurotransmission (hyperactivité GABA). Le pronostic de cette complication est sombre et il n'existe pas de traitement spécifique et efficace en dehors de la transplantation hépatique.(9)

b. Conséquences oncologiques

D'autres cancers peuvent être induits par une consommation abusive et chronique d'alcool : les cancers des voies aéro-digestives supérieures (œsophage, bouche, pharynx, larynx) et dans une moindre mesure le cancer du sein ainsi que le cancer colo-rectal.

c. Conséquences neuro-psychiatriques

L'intoxication éthylique chronique peut entraîner des troubles cognitifs de degrés très variés allant de simples troubles mnésiques (impliquant essentiellement la mémoire à court terme) à d'authentiques démences. Notons particulièrement l'encéphalopathie de Gayet Wernicke et son pendant définitif le syndrome de Korsakoff, tous deux induits en majeure partie par la carence en thiamine. L'alcool a également une toxicité directe sur le cortex cérébral et cérébelleux, ce qui conduit à une atrophie de ces derniers et se traduit cliniquement par une démence pour le premier et un syndrome cérébelleux pour le second.

Par ailleurs, l'alcool abaisse le seuil épiléptogène. Une intoxication éthylique aiguë massive peut donc être à l'origine de crises épileptiques (généralisées tonico-cloniques) soit dans le cadre d'une maladie épileptique soit le plus souvent chez des patients éthyliques chroniques présentant une atrophie cérébrale qui fragilise le cortex cérébral et prédispose à ces crises. Ces crises peuvent également survenir lors d'un sevrage éthylique brutal du fait d'une part de perturbations du fonctionnement des membranes biologiques et d'autre part de modifications de l'activité GABA-ergique et du glutamate. (10)

Enfin, l'éthylisme prédispose à la survenue d'hématomes intracrâniens qu'ils soient extraduraux, sous-duraux ou intra-parenchymateux. Pour les deux premiers, ils sont généralement d'origine traumatique, après un traumatisme crânien même mineur qui peut tout à fait passer inaperçu.

Concernant le système nerveux périphérique, l'alcool et son métabolite, l'acétaldéhyde, sont responsables par leur toxicité directe de neuropathies sensitivomotrices chroniques périphériques. Elles sont caractérisées par des troubles sensitivomoteurs ainsi qu'une atteinte des réflexes ostéo-tendineux et des troubles trophiques cutanés. Ces troubles siègent de manière symétrique au niveau de la partie distale des membres inférieurs. (11)

d. Conséquences pancréatiques

L'intoxication éthylique chronique peut conduire à des tableaux de pancréatite aiguë et chronique. La physiopathologie de celles-ci est incertaine mais semble être liée à la toxicité pancréatique directe de l'alcool qui augmente la viscosité du suc pancréatique du fait d'une sécrétion accrue de protéines et engendre une précipitation intra-canaulaire anormale et une formation de « bouchons » qui ont tendance à se calcifier, d'où la pancréatite chronique calcifiante.(12)

e. Conséquences cardio-vasculaires

Une conviction selon laquelle une consommation quotidienne « modérée » d'alcool (et plus spécifiquement de vin rouge) aurait un effet protecteur sur notre système cardiovasculaire est largement répandue dans les esprits. Une méta-analyse de 26 cohortes a en effet montré que le risque relatif concernant les événements coronaires mortels diminuait jusqu'à une consommation de 16 grammes quotidiens (RR= 0,77 IC 95% [0,75-0,80]). De même pour les événements coronaires non mortels, le risque relatif diminue jusqu'à une consommation journalière de 32 grammes d'alcool (RR=0,77, IC95% [0,75-0,80]). Au-delà de ces seuils le risque relatif d'évènement cardiovasculaire ischémique augmente. Ces résultats ne diffèrent pas significativement selon le type de boisson alcoolisée consommée. L'hypothèse avancée pour expliquer cet effet est celle d'une part de l'augmentation de la production d'HDL cholestérol et d'autre part des propriétés anti-athéromateuses et anti-agrégantes (par augmentation de la production de prostacyclines) des flavonoïdes contenus dans les boissons alcoolisées. (13) En revanche, très peu d'études ont pris en considération des facteurs potentiellement associés à ces consommations modérées comme les facteurs psycho-sociaux et le mode de vie de ces patients, qui pourraient peut-être expliquer en partie ces résultats. Cet effet protecteur disparaît dès lors que cette consommation faible et modérée est associée à des épisodes rares d'importantes ivresses. Par « importantes ivresses », on entend la consommation 5 verres ou plus à une périodicité au moins mensuelle. (14) Ce seuil correspond à la définition d'alcoolisations ponctuelles importantes selon l'observatoire français des drogues et des toxicomanies. (15)

D'autre part, l'intoxication éthylique aiguë favorise la survenue de troubles du rythme qu'ils soient supra-ventriculaires (flutter, fibrillation atriale, tachycardie supraventriculaire) ou ventriculaires et augmente donc la probabilité de mort subite.

Par ailleurs, le risque d'hypertension artérielle augmente avec la consommation d'alcool à partir d'une consommation quotidienne de 20g, du fait probablement de l'augmentation de production des catécholamines et de la diminution du sodium intracellulaire liée à la consommation de boissons alcoolisées. (15)

Enfin, l'alcool est impliqué dans la survenue de cardiopathies dites « dilatées » ou « hypokinétiques » conférant à l'insuffisance cardiaque. La physiopathologie de cette entité est incertaine mais on s'oriente dernièrement vers une toxicité directe de l'alcool sur les cardiomyocytes plutôt que vers une hypothèse carencielle (thiamine), incluant perte des myocytes, dysfonction intracellulaire, altération des protéines contractiles et modification de l'homéostasie du calcium (entraînant un effet inotrope négatif sur le muscle cardiaque).(16)

f. Conséquences durant la période périnatale

Concernant la grossesse, la consommation d'alcool chez la femme enceinte augmente le risque d'avortements spontanés avec une relation dose-dépendante, dès les premiers grammes d'alcools ingérés.

Mais la conséquence la plus fréquente (et démontrée depuis les années 1990) de ce type de consommation est le retard de développement psychomoteur du jeune enfant, touchant notamment l'apprentissage du langage, de l'écriture puis de la lecture, et impactant non seulement les capacités intellectuelles (baisse de 7 point du quotient intellectuel chez des enfants nés de mères ayant consommé 20 à 30g d'alcool quotidiennement) mais aussi le comportement de ces enfants à tous les âges. (17)

Des consommations d'alcool au-delà de 20g par jour chez la femme comme chez l'homme prédisposent à une hypotrophie fœtale ainsi qu'à un retard de croissance intra-utérin et à une prématurité. (18) Ces anomalies peuvent s'intégrer au sein d'une entité appelée syndrome d'alcoolisation fœtale associant retard de croissance, dysmorphie crânio-faciale, malformations congénitales neurologiques, squelettiques voire cardiaques, et atteintes neurocomportementales. (17)

g. Conséquences métaboliques et nutritionnelles

L'intoxication éthylique peut induire une hypoglycémie (par inhibition de la néoglucogénèse hépatique du fait de l'augmentation du rapport NADH/NAD⁺) non dose-dépendante

Elle peut également induire une hyponatrémie en cas de consommation excessive et chronique de bière notamment, pouvant aller jusqu'à la myélinolyse centropontine.(19) En effet cette boisson est hypo-osmolaire et dépasse donc le pouvoir de dilution des urines. Le risque d'hyponatrémie est d'autant plus important que le patient ne s'alimente pas ou peu parallèlement à son intoxication éthylique (et donc n'a que peu d'apports d'osmoles par son alimentation). En effet, les patients éthyliques chroniques sont volontiers dénutris.

L'éthylisme chronique induit enfin, des carences vitaminiques portant sur les vitamines B1 (thiamine), B6 (pyridoxine) et B9 (acide folique). Ces carences vitaminiques sont probablement dues en partie à une carence d'apport de chacune d'entre elles, à une malabsorption de celles-ci et à une perturbation de leur métabolisme par atteinte hépatique le plus souvent. Elles ont pour conséquences les troubles neurologiques, et des troubles hématologiques pour les folates à type de macrocytose. Elles concernent 20 à 60% des patients éthyliques chroniques. (8)

E. Données économiques

Les croyances autour de l'alcool sont nombreuses et certaines restent bien ancrées dans les esprits. Au début du vingtième siècle, les publicités vantant les mérites de la consommation d'alcool étaient légion. Plusieurs décennies et de nombreuses études épidémiologiques ont été nécessaires pour faire changer les mœurs concernant la consommation éthylique. La France étant un pays de tradition viticole, il existe une dimension économique pouvant constituer un frein à l'ampleur des politiques d'information sur les dangers de la consommation alcoolique excessive. En effet l'alcool est un bien de consommation. A ce titre, il est à l'origine de recettes fiscales pour l'Etat et la Sécurité Sociale, par le biais de la TVA et des droits sur les volumes consommés. Sur les 16,7 milliards d'euros de dépenses des ménages pour les boissons alcoolisées en 2011, le montant des taxations sur l'alcool s'élève à 3,2 milliards d'euros auxquels on peut ajouter 1.7 milliard d'euros d'économie de retraites (pour les personnes décédées prématurément de l'alcool) afin d'estimer les recettes publiques de l'alcool. (20,21) Cependant, comme le souligne le Pr Kopp dans le rapport de l'observatoire

français des drogues et toxicomanies en 2015, ces recettes sont largement contrebalancées par les dépenses liées aux soins qui s'élèvent à 7.7 milliards d'euros annuels, la perte de production entraînée par la morbidité liée à l'alcool dont la facture est de 9 milliards d'euros annuels, ainsi que les dépenses liées à la prévention et la répression qui sont de 283 millions d'euros. (21)

En France, une politique de santé publique visant à diminuer l'impact de la consommation excessive d'alcool est mise en place de longue date. L'élément historique de cette politique est constitué par la loi Evin, adoptée en 1991 et visant à réglementer la publicité sur les boissons alcoolisées. Celle-ci n'est pas interdite mais n'est autorisée que sur certains supports et son contenu est réglementé. Il doit notamment comporter un message rappelant les dangers de l'abus d'alcool. Cette politique de santé publique passe également par une politique de sécurité routière. Depuis 1970, l'ivresse au volant est passible de sanction. Le seuil d'alcoolémie au volant constituant un délit a progressivement été abaissé de 1.20g/L en 1970 à 0.5g/L en 1995 puis 0.2g/L en 2015 pour les conducteurs titulaires d'un permis probatoire.

Vingt ans après la loi Evin, la consommation éthylique a diminué de 20% dans notre pays qui reste toutefois le premier producteur de vin mondial. En 2009, la consommation par adulte et par jour était de 27 grammes d'alcool pur, soit 2.7 verres. Toutefois, 8.8 millions de français se déclarent consommateurs « réguliers » (10 usages de l'alcool ou plus au cours des 30 derniers jours).(22) Par ailleurs, les Français sont les premiers consommateurs de vin au monde (un peu moins de 47 litres par habitant et par an). La consommation de vin en France représente 58 % des quantités totales d'alcool pur contenues dans les boissons alcoolisées. Les spiritueux en représentent 22 % et la bière un peu plus de 17 %. (23)

Si la loi Evin a beaucoup apporté à la prévention vis-à-vis des conduites d'alcoolisation en France, elle a été assouplie par la loi santé 2016 concernant notamment la publicité pour les boissons alcoolisées, au nom de l'œnotourisme, mais surtout suite aux attaques des producteurs d'alcool de manière générale. (24)

La consommation excessive d'alcool, qu'elle soit aiguë ou chronique, génère de nombreuses hospitalisations et de fréquentes consultations aux urgences. Il s'agit d'une véritable problématique de santé publique qui génère des dépenses de santé considérables. Ces dépenses sont financières mais s'expriment également en termes de coût humain – pour les patients et leur entourage – et d'investissement de temps médical et paramédical.

F. Epidémiologie

1. Données européennes

L'OMS a évalué en 2004 la contribution de différents facteurs de risque dont l'alcool sur la morbidité et la mortalité prématurée. L'étude du poids global de la maladie au sein de l'Union Européenne révèle que l'alcool se situe en troisième position concernant les pourvoyeurs de morbidité et mortalité prématurée, derrière le tabac et l'hypertension artérielle. (20,21) La mesure de la morbi-mortalité a été effectuée au moyen de l'AVCI (Année de Vie Corrigée par l'Incapacité) correspondant à la mesure d'une année de morbidité ou de vie perdue en cas de décès prématuré. Ce calcul est pondéré par les effets bénéfiques de l'alcool.

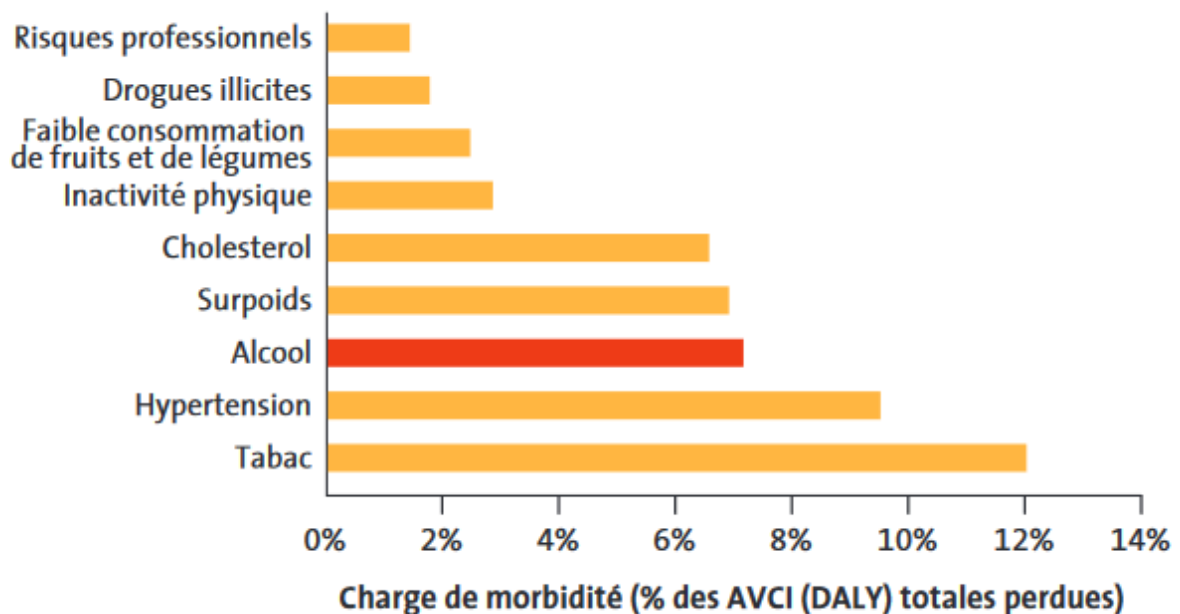


Figure 2 Morbidité en terme d'années de vie corrigées par l'incapacité (AVCI) (18)

2. Données françaises

En 2009, 49 000 décès sont imputables à l'alcool : 36 500 hommes soit 13% de la mortalité totale, et 12 500 femmes soit 5% de la mortalité totale. Ces décès incluent 15 000 cancers, 12 000 de maladies cardio-vasculaires, 8 000 de pathologies digestives, 8 000 de causes extérieures, 3 000 de désordres psychiatriques. Ces causes sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 Nombre de décès total, fraction et nombre attribuable à l'alcool par sexe et cause de décès, France / Table 1 Total number of deaths, alcohol-attributable fraction and number of deaths due to alcohol by gender and cause of death, France

Cause de décès	Hommes			Femmes			Total		
	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool
Cancer^a	89 824	12%	11 197	62 941	6%	4 003	152 765	10%	15 200
Cavité buccale	1 270	75%	951	491	36%	178	1 761	64%	1 129
Pharynx	2 139	86%	1 842	352	49%	172	2 492	81%	2 014
Œsophage	3 402	84%	2 860	882	53%	467	4 284	78%	3 327
Colon-rectum	9 792	30%	2 949	8 523	9%	750	18 314	20%	3 699
Foie	6 203	30%	1 850	2 215	9%	201	8 418	24%	2 051
Larynx	1 240	60%	745	150	24%	35	1 390	56%	781
Sein	220	0%	0	12 547	18%	2 199	12 767	17%	2 199
Maladie cardiovasculaire	66 833	14%	9 523	77 510	3%	2 710	144 343	8%	12 233
Maladie hypertensive	3 099	46%	1 420	5 834	15%	866	8 933	9%	2 286
Cardiopathie ischémique	20 774	5%	938	15 765	-3%	-529	36 539	0%	409
Cardiomyopathie alcoolique	74	100%	74	10	100%	10	84	100%	84
Arrythmie cardiaque	4 236	53%	2 250	6 277	22%	1 366	10 513	34%	3 615
Accident vasculaire cérébral hémorragique	7 734	48%	3 704	10 139	8%	827	17 874	25%	4 531
Accident vasculaire cérébral ischémique	5 532	19%	1 050	8 581	2%	150	14 112	9%	1 200
Varices œsophagiennes	88	100%	88	20	100%	20	108	100%	108
Maladie digestive	12 543	45%	5 627	10 888	20%	2 145	23 431	33%	7 772
Gastrite alcoolique	0	100%	0	0	100%	0	0	100%	0
Maladie alcoolique du foie	3 543	100%	3 543	1 317	100%	1 317	4 860	100%	4 860
Hépatite chronique sans précision	15	100%	15	10	100%	10	25	100%	25
Fibrose et cirrhose du foie	1 684	100%	1 684	767	100%	767	2 451	100%	2 451
Cholélithiase	109	-47%	-51	201	-10%	-19	310	-23%	-70
Pancréatite	596	74%	438	428	17%	71	1 024	50%	509
Autres maladies	95 382	13%	3 441	104 926	5%	634	200 308	9%	4 075
Diabète de type 2	3 048	21%	638	3 311	-4%	-143	6 359	8%	494
Encéphalopathie de Wernicke	6	100%	6	4	100%	4	10	100%	10
Maladie mentale due à l'alcool	2 251	100%	2 251	608	100%	608	2 859	100%	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	75	100%	75	26	100%	26	101	100%	101
Épilepsie et mal épileptique	859	53%	459	752	18%	137	1 611	37%	596
Polynévrite alcoolique	12	100%	12	4	100%	4	16	100%	16
Cause externe	22 620	25%	5 545	14 748	18%	2 609	37 368	22%	8 154
Inconnue, mal spécifiée^b	7 671	16%	1 250	6 848	5%	363	14 519	11%	1 613
Total	272 253	13%	36 584	263 113	5%	12 465	535 366	9%	49 048

^a Les cancers de localisation mal précisée ou non précisée (CIM : C76-C80) ont été répartis entre les localisations spécifiées au prorata des localisations spécifiées, par sexe et par âge.

^b Une fraction des décès par cause inconnue ou mal spécifiée (CIM : R96-R99) égale à la fraction des causes spécifiées attribuables à l'alcool a été attribuée à l'alcool, par sexe et classe d'âge.

Figure 3 Distribution des décès attribuables à l'alcool par sexe et causes de décès, en France (27)

L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac.

C'est également une cause de mortalité prématurée. En effet, plus d'un décès sur cinq (22%) chez les 15-34 ans est imputable à l'alcool. Cette proportion décroît avec l'âge (18% des 35-64 ans, 7% des plus de 65 ans). Chez les hommes, ces chiffres sont majorés : un décès sur quatre est attribuable à l'alcool entre 15 et 34 ans, et un décès sur cinq est entre 35 et 64 ans.(27)

3. Hospitalisations liées à l'alcool

On sait que 2.2% de l'ensemble des séjours et séances en médecine-chirurgie-obstétrique étaient induits par l'alcool en 2012. Pour ce qui est de la psychiatrie, 10.4% des journées d'hospitalisations sont dues à l'alcool. Le coût de l'ensemble de ces hospitalisations est estimé à 3.6% des dépenses hospitalières (2.6 milliards d'euros annuels) (28). En effet, en France, 5 millions de personnes sont en difficulté avec l'alcool. (29)

4. Consultations aux urgences pour des motifs liés à l'alcool

La consommation d'alcool augmente le risque de fréquentation des services d'urgences de manière dose-dépendante (30–32).

Les consultations aux urgences pour un motif lié de près ou de loin à l'alcool, surtout lorsqu'elles se répètent, relèvent d'une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire à la fois médicale, sociale, psychologique voire psychiatrique, individuelle et souvent familiale. C'est tout naturellement que l'un des objectifs du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 était de renforcer le rôle des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), notamment dans les centres hospitaliers dotés d'une compétence de médecine d'urgence (22). Les ELSA ont pour but d'initier la prise en charge en addictologie en assurant les premières consultations pour organiser la continuité des soins. Elles interviennent également auprès des professionnels de santé pour les former au repérage des conduites addictives. Les ELSA permettent d'orienter les patients à la sortie de l'hôpital vers les structures ambulatoires que sont les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Ces centres ont été créés en 2007 et permettent de simplifier la prise en charge en ayant une structure principale regroupant les différents acteurs et moyens de prise en charge en addictologie.

La lutte contre les addictions est donc toujours une priorité nationale grâce aux plans gouvernementaux successifs qui lui ont été dédiés. Ceci a aussi permis de développer la recherche en addictologie.

Les services d'urgence accueillent largement les patients ayant une consommation éthylique à risque, qu'elle soit ponctuelle ou répétitive, qu'elle ait pour conséquences des pathologies médicales ou traumatologiques, voire un retentissement socio-économique à l'échelle individuelle ou familiale. Le médecin urgentiste a pour mission de prendre en charge ces

patients dans leur globalité. Il pallie à l'urgence quand il y en existe une, mais tente aussi de prévenir les complications à court et moyen terme en orientant le patient vers les structures adaptées, en articulant sa pratique avec celle des médecins de ville, en se mettant à l'écoute des familles et en faisant appel à toutes les ressources de l'hôpital.

A titre d'exemple, le service d'accueil des urgences du CHRU de Nancy accueille près de 3000 patients chaque année pour un motif lié à l'alcool. (33) Cela représente 10% des consultations aux urgences. A ce titre, il est nécessaire de mettre en œuvre tous les moyens pour prendre en charge ces patients, et d'optimiser l'utilisation de ce réseau de compétences.

Quatre-vingt-quinze pour cent des services d'urgences disposent d'une ELSA. Or, cette équipe n'est pas contactée pour un grand nombre de patients ayant un problème d'addiction. Il existe plusieurs raisons à ceci. Premièrement, l'organisation des services d'urgence n'est pas toujours adaptée pour répondre aux problématiques d'addictologie. Il n'y a pas toujours de protocole de prise en charge clairement établi ou bien l'équipe médicale se sent impuissante ou peu concernée par la reconnaissance de situations à risque relevant peu de l'urgence. Ensuite, les ELSA ne sont en général disponibles qu'en semaine et aux heures ouvrables. Or, les patients consultant dans le cadre d'une intoxication éthylique le font souvent au cours d'une intoxication aiguë et donc le soir et le week-end. Dans ce cas, l'alternative à l'intervention de l'ELSA peut être le recours à un autre professionnel comme un membre de l'équipe de psychiatrie de liaison (le plus souvent un infirmier), ou bien une intervention brève auprès qui peut être réalisée par les urgentistes eux-mêmes ou bien les infirmières des urgences. L'utilité de ces interventions brèves dans la prise en charge en addictologie a été prouvée à l'occasion de plusieurs études, en particulier en soins primaires (34) (35) (36) (37). Toutefois, si ces interventions bénéficient d'un niveau de preuve élevé pour diminuer la mortalité liée à l'alcool, elles ne semblent curieusement avoir que peu d'effet sur la consommation d'alcool elle-même.(7) Enfin, les ELSA sont peu sollicitées pour les jeunes. Les concernant, l'abus d'alcool est plutôt considéré comme une erreur de parcours voire comme un « passage obligé » - « il faut bien que jeunesse se fasse » - que comme un authentique problème de santé. Or, les dernières données (datant de 2014) concernant l'abus d'alcool chez les jeunes donnent le vertige :

- l'usage régulier d'alcool (au moins 10 consommations au cours du dernier mois) concerne 12.3% des jeunes de 17 ans (2 points de hausse par rapport à 2011)

- la moitié des jeunes de 17 ans (48.8%) tous sexes confondus (42.9% des filles et 54.6% des garçons) avoue au moins une consommation ponctuelle importante (5 verres ou plus lors de la même occasion) par mois. Même si ce chiffre est en baisse de presque 4 points depuis 2011, le mode d'alcoolisation massive et rapide autrement appelé « binge drinking » est répandu chez les adolescents. (38)

La prise en charge de ces adolescents est peu codifiée : faut-il les prendre en charge comme les adultes ? Qui doit les prendre en charge ? Quel est la juste mesure entre prise en charge éducative, psychologique voire pédopsychiatrique, somatique, sociale, individuelle et familiale ?

Plus généralement, la littérature est riche concernant les hospitalisations engendrées par les consommations éthyliques excessives. En revanche, elle l'est moins concernant les caractéristiques des consultations au sein des services d'accueil des urgences pour des motifs liés à l'alcool, et la prise en charge de ces patients. Or, ces patients sont à risque de complications pouvant pour certaines entraîner leur décès ou bien laisser des séquelles impactant leur vie quotidienne.

Une étude menée dans le service d'accueil des urgences du CHU de Strasbourg en 2014 rapporte que 38% des intoxications admises aux urgences sont des intoxications éthyliques aiguës (39). La durée d'hospitalisation liée à ces intoxications est le plus souvent courte, et les conséquences sont le plus souvent bénignes mais elles engendrent un coût non négligeable du fait de leur nombre. De plus, on ne parle ici que des intoxications aiguës et non des consultations liées à une consommation éthylique excessive au sens large (traumatismes liés à une alcoolisation aiguë ou chronique, complications de cirrhose, troubles psychiatriques liés à l'alcool...etc). Cependant, les patients hospitalisés pour intoxication éthylique aiguë le sont aussi parfois du fait d'une intoxication éthylique chronique concomitante. En effet, leur état est en règle générale plus préoccupant que celui des patients présentant une intoxication éthylique aiguë isolé. Si l'on prend en compte également les consultations dont le motif est lié à une consommation chronique abusive, on obtient une vision plus globale de cette problématique et il est possible de toucher un plus grand nombre de patients dans notre prise en charge addictologique spécialisée.

II. Matériel et méthodes

Nous avons donc élaboré un projet, au sein du service d'accueil des urgences du CH de Verdun, visant à recueillir des données épidémiologiques, démographiques et sociales sur les patients consultant pour un motif lié à une alcoolisation aiguë ou chronique au sens large. Ces consultations semblaient fréquentes et donc mobilisatrices d'un temps médical et soignant assez conséquent.

L'un des objectifs de cette étude épidémiologique prospective observationnelle était donc de déterminer le coût de ces consultations. Parallèlement, elle a permis de se pencher sur la prise en charge en terme d'addictologie de ces patients.

En effet, à Verdun, le recours à l'ELSA est ancré de longue date dans les pratiques puisqu'une telle structure existe depuis 1998. Elle a été créée dans la logique de la circulaire du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison. (40) Cette équipe baptisée UAL pour Unité d'Addictologie de Liaison regroupe trois pôles : l'alcoologie, la tabacologie et la prise en charge des toxicomanies. Elle est composée de deux médecins (l'un responsable du pôle alcoologie et toxicomanie et l'autre du pôle tabacologie), deux infirmières, une psychologue, une assistance sociale et une secrétaire médicale. Elle assure des consultations ambulatoires, ainsi que des consultations au sein des différents services hospitaliers et la prise en charge des patients hospitalisés pour sevrage ou mise en place d'un traitement de substitution. Parallèlement, certains membres de l'UAL assurent des consultations au CSAPA. L'offre de soins est large : consultations ambulatoires, groupes d'information, groupes de parole, séances de relaxation, ateliers écriture. Chaque matin du lundi au vendredi, l'un de ses membres se rend à l'UHCD pour s'enquérir des éventuels besoins en terme de soins en addictologie. Le week-end, en l'absence de l'UAL, c'est l'infirmier de liaison psychiatrique qui remplit ce rôle, voit les patients en entretien, planifie la suite du suivi, et adresse un compte-rendu à l'UAL. L'objectif est que tous les patients hospitalisés à l'UHCD pour un motif lié à une addiction (le plus souvent à l'alcool) soient vus en entretien, après avoir donné leur accord. L'UAL au même titre que l'équipe de psychiatrie de liaison est ainsi intégrée au fonctionnement quotidien des urgences. Ces deux structures facilitent par leurs interventions l'émergence d'une demande de soins chez les patients ayant une problématique d'addiction dans un même objectif de prise en charge globale médico-

psycho-sociale. Pourtant, des progrès sont encore à faire, notamment pour la prise en charge des patients non hospitalisés.

L'UAL a réalisé 1290 consultations d'alcoologie en 2015 auprès de 342 patients (dont trois quarts d'hommes) parmi lesquels on observait un peu moins de la moitié de nouveaux patients. Un quart de ces entretiens est représentée par des consultations interservices, pour la majorité à l'UHCD (186 consultations en 2015).

L'addictologie ne se conçoit pas à travers une prise en charge hospitalière majoritaire. Il est nécessaire de s'articuler avec tous les acteurs ambulatoires : médecin traitant, CSAPA, CMP, structures d'hébergement, associations de patients. Quelle proportion de ces patients a été alertée de sa consommation à risque et quelle proportion débute un suivi en addictologie après un (ou plusieurs) passage aux urgences ?

Nous avons donc inclus via un questionnaire rempli de manière prospective par les urgentistes, tous les patients consultant pour un motif lié à l'alcool entre le premier mai 2016 et le premier août 2016. Il pouvait s'agir de consultations pour une intoxication éthylique aiguë, pour un traumatisme lié à l'alcool, pour une complication somatique d'une consommation chronique (complication de cirrhose, épilepsie, syndrome de sevrage, encéphalopathie carentielle de type Gayet Wernicke...etc), pour un syndrome de sevrage ou pour un certificat de non hospitalisation dans le cadre d'une garde à vue.

Le design de l'étude ainsi que la liste des diagnostics des patients incluables ainsi que leurs codes CIM-10 (annexe 1) a été expliqué à l'ensemble de l'équipe médicale du SAU du CH de Verdun lors d'une réunion de service et une seconde fois par mail. Ces diagnostics pouvaient figurer en tant que diagnostic principal ou diagnostic complémentaire. Par exemple, un patient admis pour traumatisme crânien sous l'emprise de l'alcool pouvait avoir pour diagnostic principal « commotion cérébrale sans plaie intracrânienne » et comme diagnostic associé « ivresse aiguë ».

Il a bien été spécifié à l'ensemble de l'équipe de ne rien changer à ses pratiques en terme de prise en charge et notamment de soins en addictologie.

Un questionnaire (annexe 2) a été établi au sein du logiciel utilisé pour la prise en charge médicale et paramédicale des patients aux urgences (Résurgences®). Les médecins du service remplissaient le questionnaire pour chaque patient correspondant aux critères d'inclusion. Les

dossiers qui contenaient un questionnaire ont été inclus. Lors de mes déplacements hebdomadaires à Verdun, je vérifiais que les patients correspondaient bien aux critères d'inclusion et collectais les données des patients ainsi inclus. Seize dossiers concernant un patient avec une alcoolémie positive, sans questionnaire rempli ont dû être exclus de l'étude.

Le questionnaire rempli par les médecins spécifiait plusieurs éléments :

- le motif de consultation : intoxication éthylique aiguë, conséquence somatique d'une intoxication chronique, traumatisme lié à l'alcool, syndrome de sevrage, CNH (certificat de non hospitalisation).
- l'alcoolémie (sous forme de données qualitatives) : 0 à 0.5g/L, 0.5 à 1g/L, 1 à 2g/L, 2 à 3g/L, supérieur à 3g/L ou clinique (lorsque l'alcoolisation était manifeste mais qu'aucune alcoolémie n'a été dosée).
- la nécessité d'utilisation d'une contention (physique ou chimique).
- le fait que le patient ait été vu en entretien par l'unité d'addictologie de liaison (UAL), et si ce n'était pas le cas, la cause de l'absence de consultation (heure ou jour non ouvrable, patient vu par un autre professionnel notamment l'infirmier de liaison psychiatrique, refus du patient, consultation jugée non nécessaire par l'urgentiste).
- en cas d'absence de consultation auprès de l'UAL, la remise ou non d'un document d'information contenant les coordonnées des structures d'addictologie de secteur.
- l'envoi d'un courrier au médecin traitant du patient.
- le devenir du patient : sortie, fugue, hospitalisation en UHCD, hospitalisation en médecine, hospitalisation en psychiatrie, hospitalisation en chirurgie, hospitalisation en réanimation ou en unité de soins intensifs, transfert hors du CH de Verdun, décès.

Une fois les patients inclus identifiés, j'ai pu extraire d'autres données nécessaires au calcul de l'un des objectifs de cette étude : le coût des consultations aux urgences pour un motif lié à l'alcool. Ces données étaient :

- le moyen d'arrivée (moyens personnels, SMUR, VSAV pompiers, ambulance privée, Police) ;
- la durée du séjour aux urgences ;
- la nécessité ou non d'une hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ;
- les examens complémentaires réalisés aux urgences ;

- les actes effectués aux urgences (sutures, pose de voie veineuse, ...etc) ;
- le recours à un spécialiste.

III. Résultats

206 consultations ont été incluses dans l'étude entre le 1^{er} mai 2016 et le 10 août 2016. Cela représente 2.4% du total des consultations aux urgences sur cette période.

Ces consultations concernaient 169 patients différents. Durant cette période 15 patients ont consultés à plusieurs reprises : 11 patients sont venus à 2 reprises, 1 patient est venu 4 fois, 1 patient 5 fois, 1 patient 9 fois et un autre 12 fois. Les autres n'ont eu qu'une seule consultation pour ce motif. Ceux qui consultent donc « régulièrement » représentent moins de 10% des patients (8.9%).

A. Données démographiques et sociales

Le sex ratio était de 3 hommes pour 1 femme (155 hommes pour 51 femmes, soit 75.2% d'hommes et 24.8% de femmes).

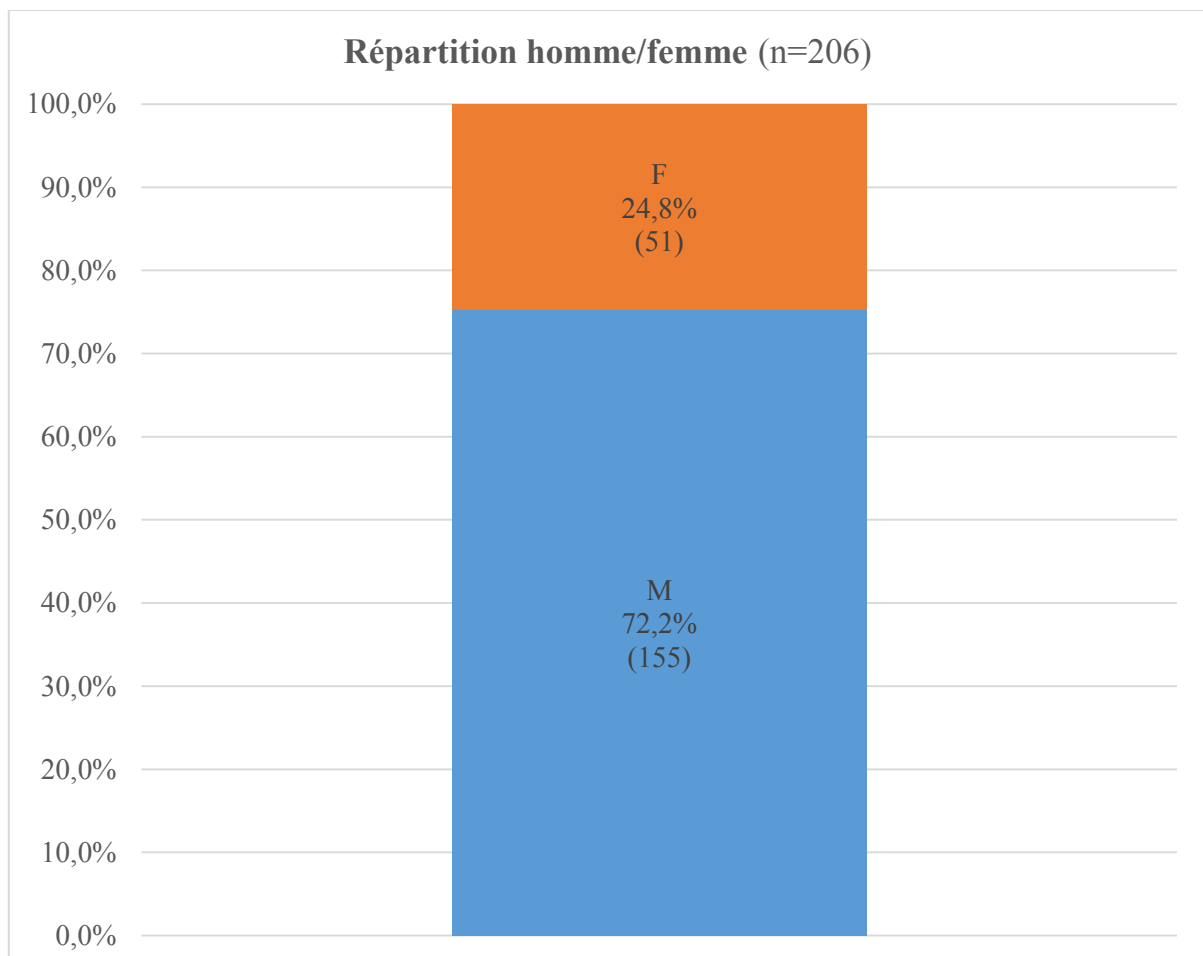


Figure 4 Distribution des sexes (n=206)

L'âge moyen était de 41.5 ans (médiane à 42 ans). Le patient le plus jeune avait 14 ans, et le plus âgé 85 ans.

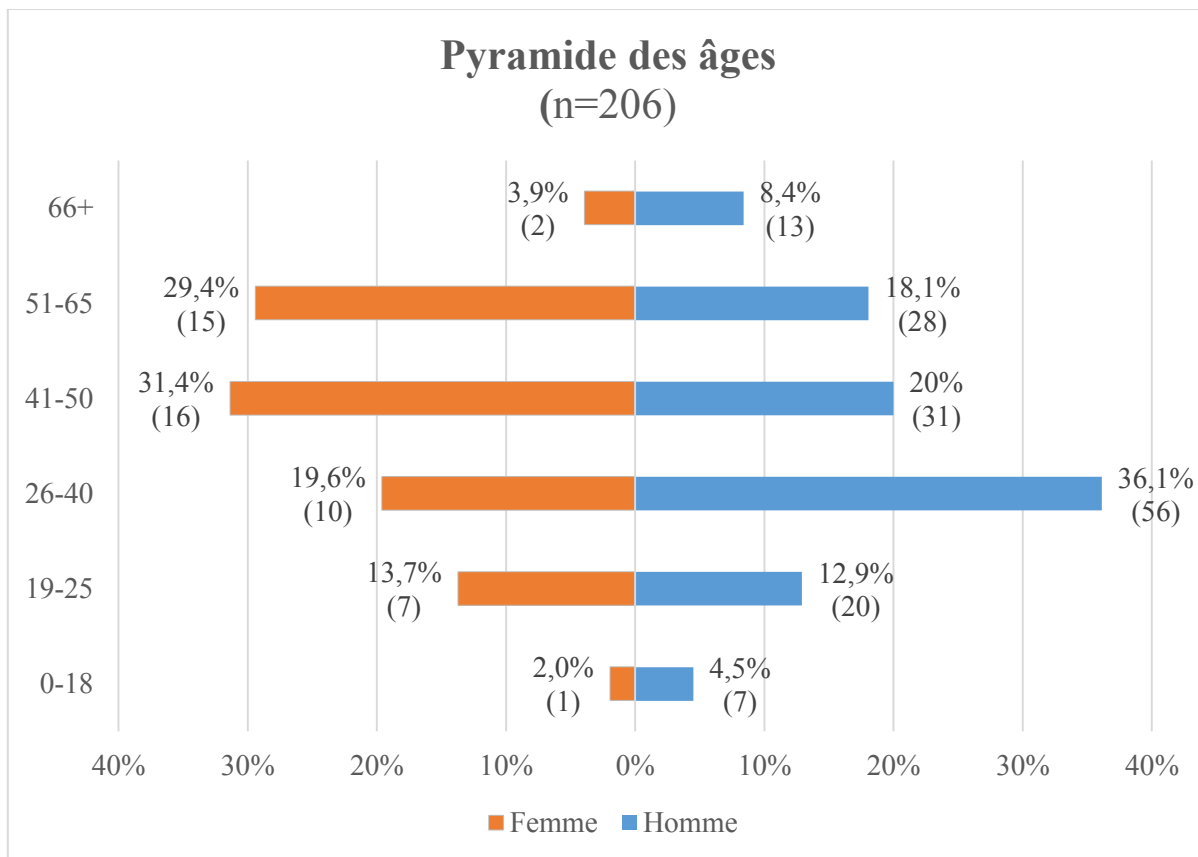


Figure 5 Pyramide des âges (n=206)

Concernant la catégorie socioprofessionnelle de ces patients, pour 72 consultations, elle n'était pas renseignée. Parmi les 134 autres consultations, on recensait 102 patients différents parmi lesquels :

- 27 (26.5%) chômeurs ;
- 20 (19,6%) ouvriers ;
- 18 (17.6%) employés ;
- 14 (13.7%) étudiants ;
- 12 (11.8%) retraités
- 3 (2.9%) chefs d'entreprise ;
- 3 (2.9%) artisans ;
- 3 (2.9%) fonctionnaires ;
- 2 (2%) patients exerçant une profession intermédiaire.

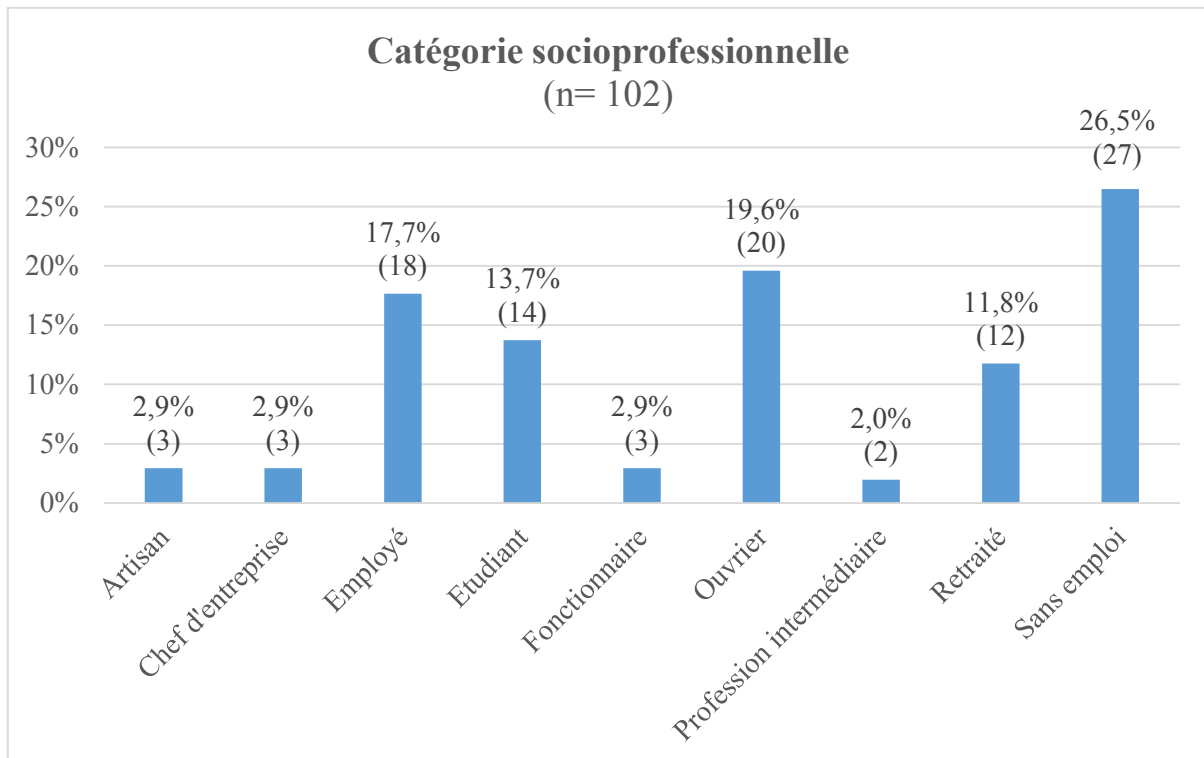


Figure 6 Catégorie socio-professionnelle (n=134)

B. Données épidémiologiques

136 patients (66%) ont consulté pour une intoxication éthylique aiguë (y compris dans le cadre d'un CNH), 47 (22.8%) pour un traumatisme lié à l'alcool, 21 (10.2%) pour une conséquence somatique d'une intoxication éthylique chronique (IEC), et 2 (1%) pour un syndrome de sevrage.

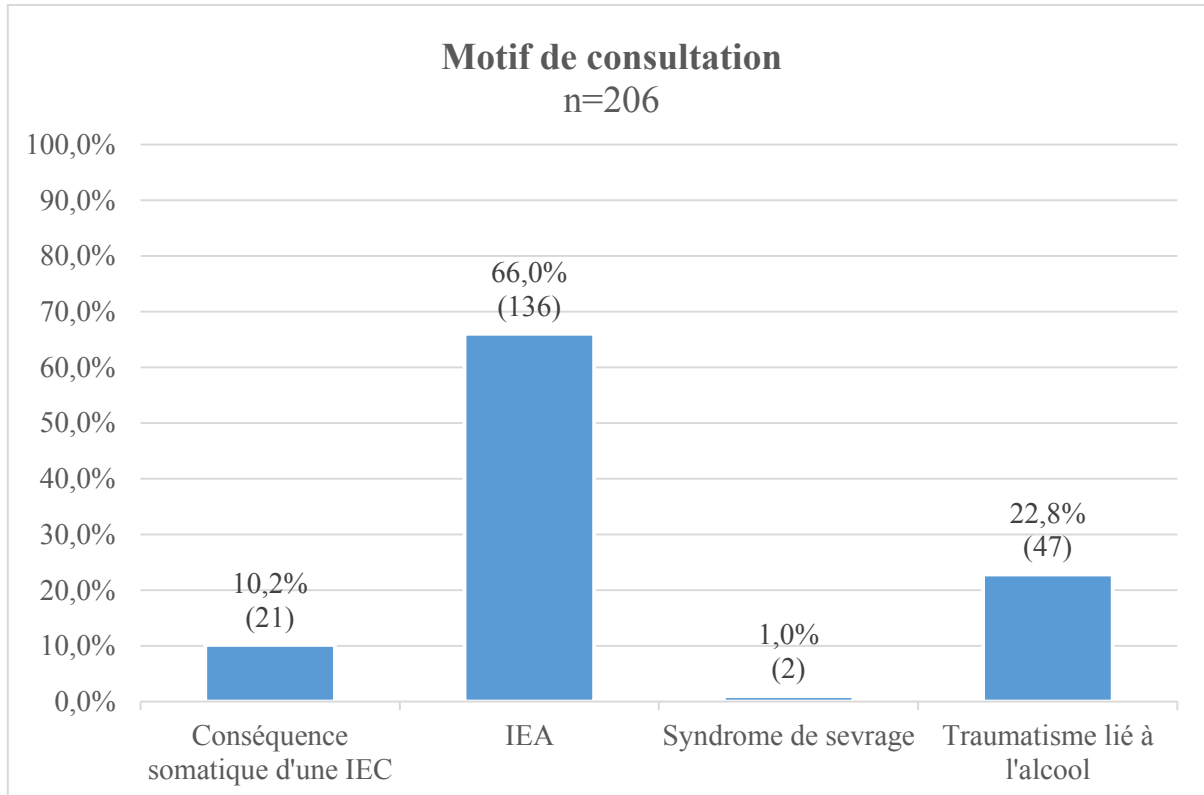


Figure 7 Motif de consultation aux urgences lié à l'alcool (n=206)

Concernant les intoxications éthyliques aiguës, on recense 8% (12 consultations) d'intoxications médicamenteuses volontaires associées à cette prise d'alcool, et 37.5% (51 consultations) de consultations dans le cadre d'une ivresse publique manifeste.

Concernant les consultations de traumatologie, il s'agissait pour 17 % d'accidents la voie publique sous l'emprise de l'alcool.

Huit consultations concernaient des patients également toxicomanes.

Le moyen le plus utilisé pour arriver aux urgences était le transport par les sapeurs-pompiers (75 patients soit 36.4% du total), puis la Police (51 consultations pour établir un CNH dans le cadre d'une ivresse publique manifeste, soit près d'un quart des patients), ensuite le véhicule personnel (33 patients soit 18.4% du total), l'ambulance privée (33 patients soit 16% du total). L'état de 8 (3.9%) patients a nécessité un transport médicalisé (SMUR). Enfin, un seul patient est venu en transport assis professionnalisé.

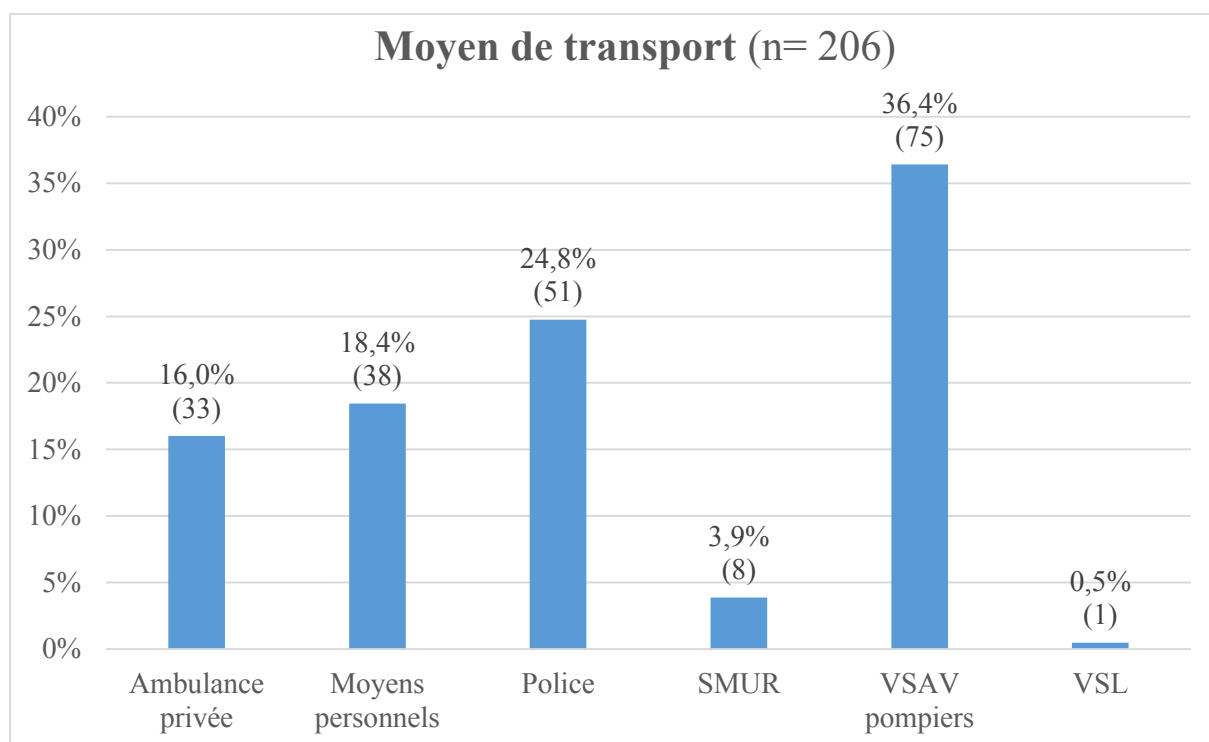


Figure 8 Moyen d'arrivée aux urgences (n=206)

Concernant leur orientation, 155 patients (75%) sont sortis dont 51 (32.9%) confiés à la Police et 72 après un séjour à l'UHCD (près de la moitié d'entre eux).

Orientation	Nombre de patients (n=206)	Proportion du total (%)
Fugue	4	1,9%
Confié à la Police	51	24,8%
Hospitalisation en chirurgie	3	1,5%
Hospitalisation en médecine	12	5,8%
Hospitalisation en psychiatrie	7	3,4%
Hospitalisation en réanimation	3	1,5%
Sortie	32	15,5%
Transfert hors CHV	2	1,0%
UHCD	92	44,7%

Tableau 1 Orientation initiale des patients après leur consultation aux urgences (n=206)

Orientation finale	Nombre de patients (n=206)	Proportion du total (%)
Fugue	7	3.4%
Hospitalisation en chirurgie	5	2.4%
Hospitalisation en médecine	17	8.2%
Hospitalisation en psychiatrie	17	8.2%
Hospitalisation en réanimation	3	1.5%
Sortie	112	54.4%
Transfert hors CHV	2	1%
Confié à la Police	43	20.9%

Tableau 2 Orientation finale des patients après leur consultation aux urgences ou leur séjour en UHCD (n=206)

Concernant les autres, nous avons recensé :

- 17 hospitalisations en médecine (8% des patients), dont 5 via l'UHCD ;
- 17 hospitalisations en psychiatrie (8%) dont 10 via l'UHCD ;
- 5 hospitalisations en chirurgie (2%) dont 2 via l'UHCD ;
- 3 hospitalisations en réanimation (3%) ;
- 2 transferts hors CHV (1%) : il s'agissait de patients transférés en neurochirurgie au CHU de Nancy du fait d'une hémorragie intracrânienne ou tétraplégie d'origine traumatique ;
- 7 fugues (3% des patients).

Pour près de 10% d'entre eux, il a fallu recourir à une contention mécanique. Et pour 2.4% à une contention pharmacologique en plus des entraves.

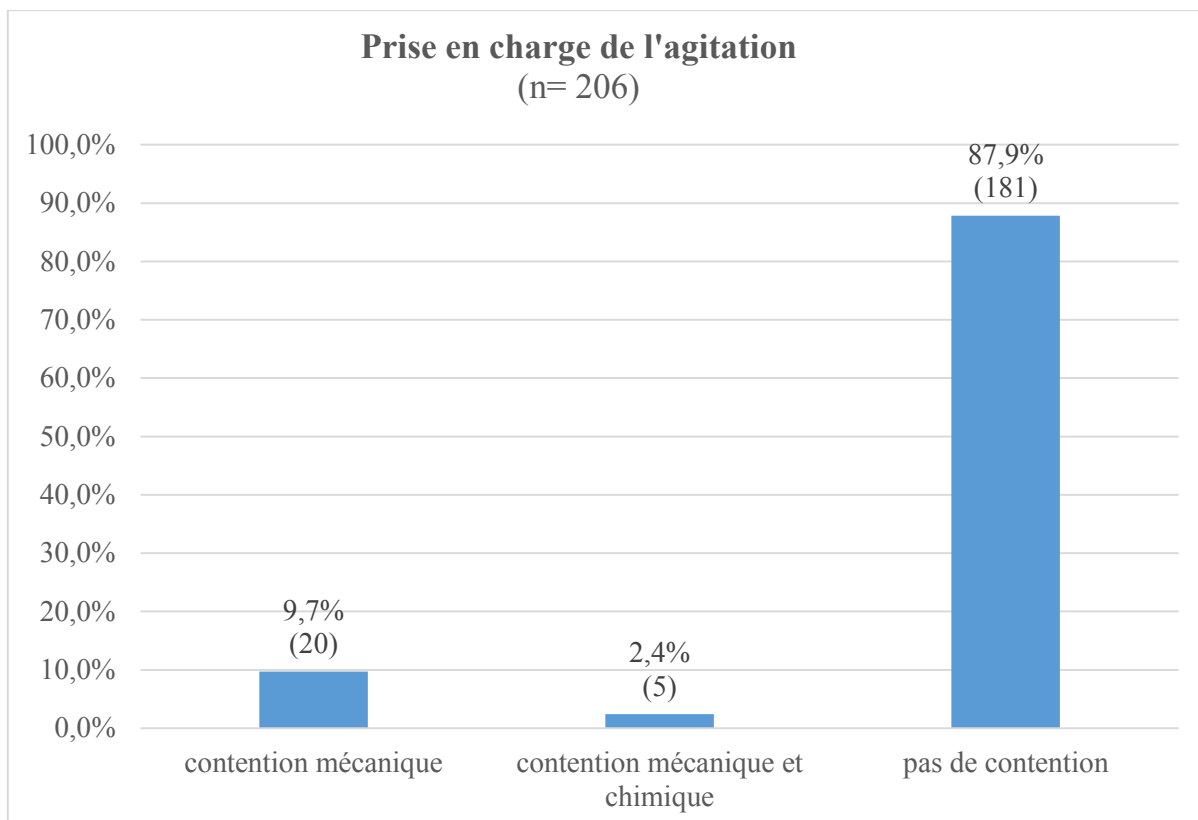


Figure 9 Prise en charge de l'agitation (n=206)

Un peu moins de deux tiers des patients (61.7%) ont eu une mesure d'alcoolémie.

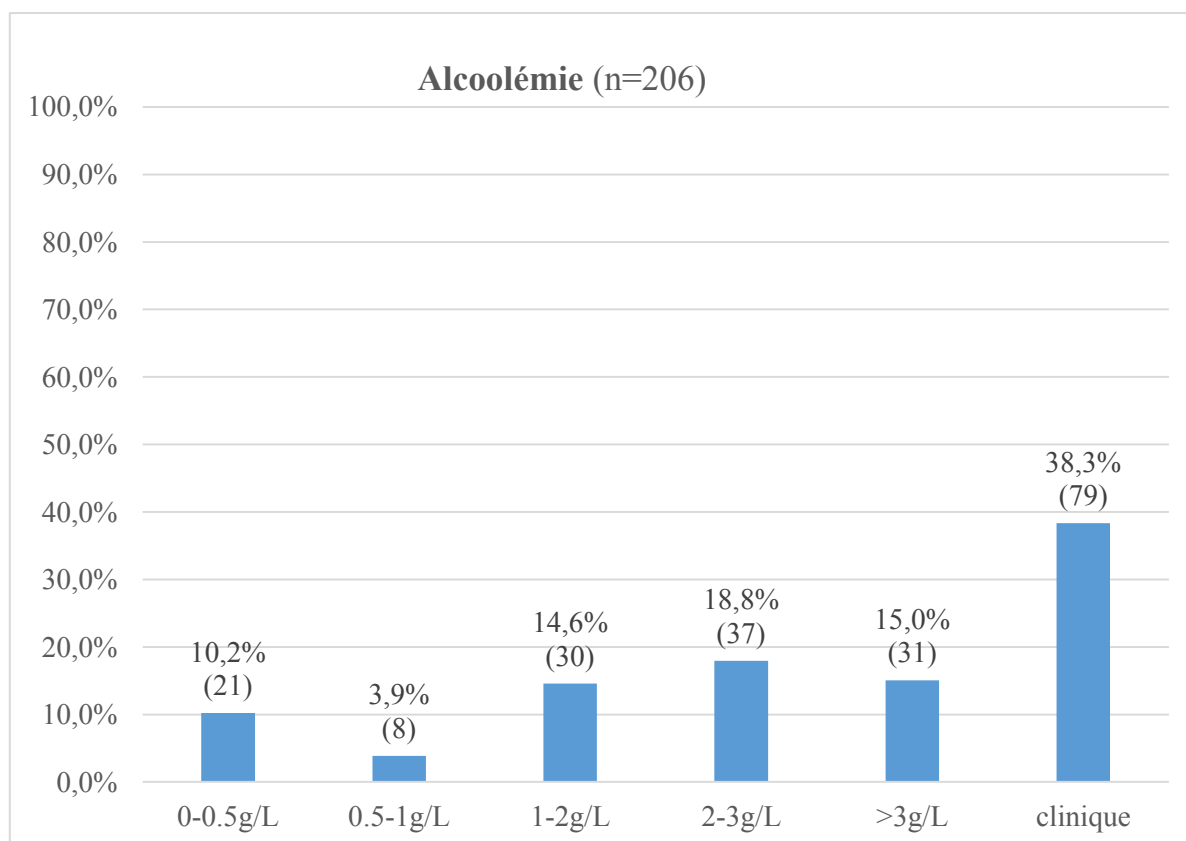


Figure 10 Distribution de l'alcoolémie des patients (n=206)

Les signes cliniques ayant permis le plus fréquemment de suspecter l'intoxication éthylique aiguë étaient :

- l'haleine œnolique,
- des troubles du comportement comprenant notamment exaltation, désinhibition, voire agressivité, confusion et agitation psychomotrice,
- les troubles de l'équilibre et notamment la démarche ébrieuse, ainsi que des troubles de la coordination.

Ces signes cliniques s'intégraient dans un contexte général qui pouvait être une alcoolodépendance connue (notée dans les antécédents du patient, ou bien plusieurs dossiers aux urgences pour des troubles liés à l'alcool), un traumatisme ou des troubles psychiatriques.

Certains patients le déclaraient spontanément ou à l'interrogatoire, ce qui confortait le diagnostic clinique d'intoxication éthylique aiguë.

Parmi ceux à qui l'alcoolémie a été mesurée, on retrouvait :

- 29% (37) des patients avec une alcoolémie entre 2 et 3g/L ;
- 24,4% (31) des patients avec une alcoolémie de plus de 3g/L ;
- 23,6% (30) des patients avec une alcoolémie entre 1 et 2g/L ;
- 16,6% (21) des patients avec une alcoolémie entre 0.5 et 1g/L ;
- 6,3% (8) des patients avec une alcoolémie entre 0 et 0.5g/L.

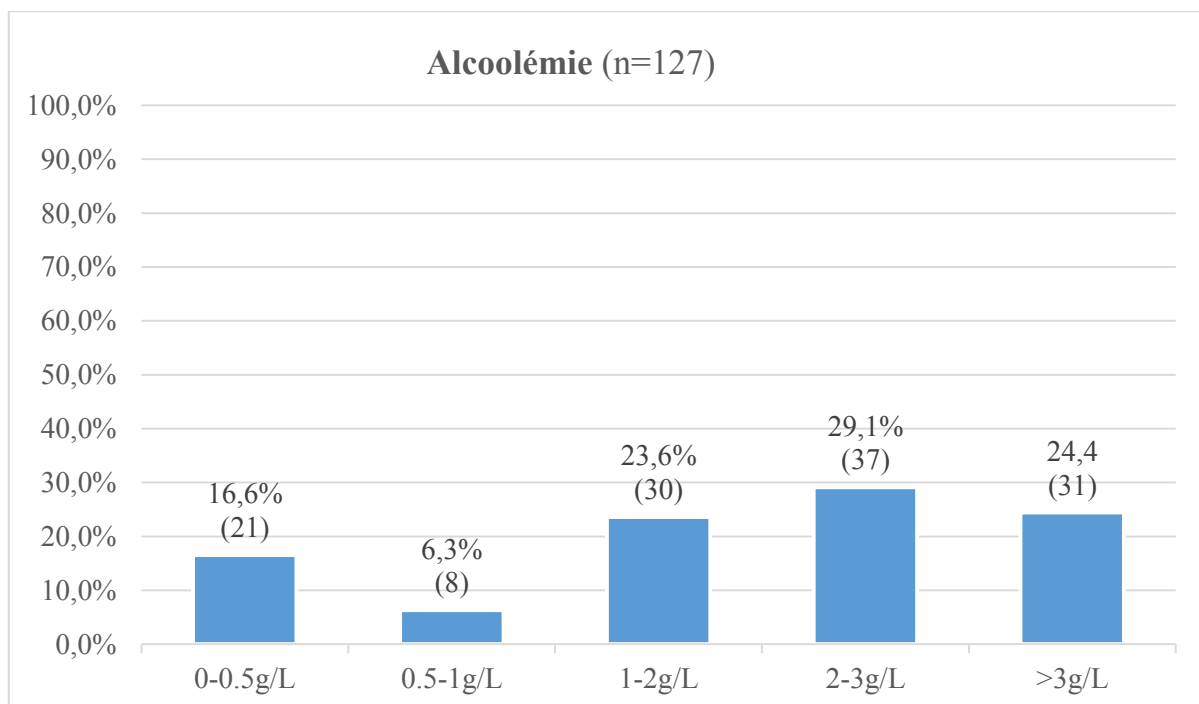


Figure 11 Répartition des patients selon leur alcoolémie mesurée (n=127)

C. Données thérapeutiques

Concernant la prise en charge en addictologie, 16% des patients inclus ont été vus en consultation par l'UAL. Si on ajuste ce résultat en excluant les CNH, 21.3% des patients ont été vus en consultation par l'UAL.

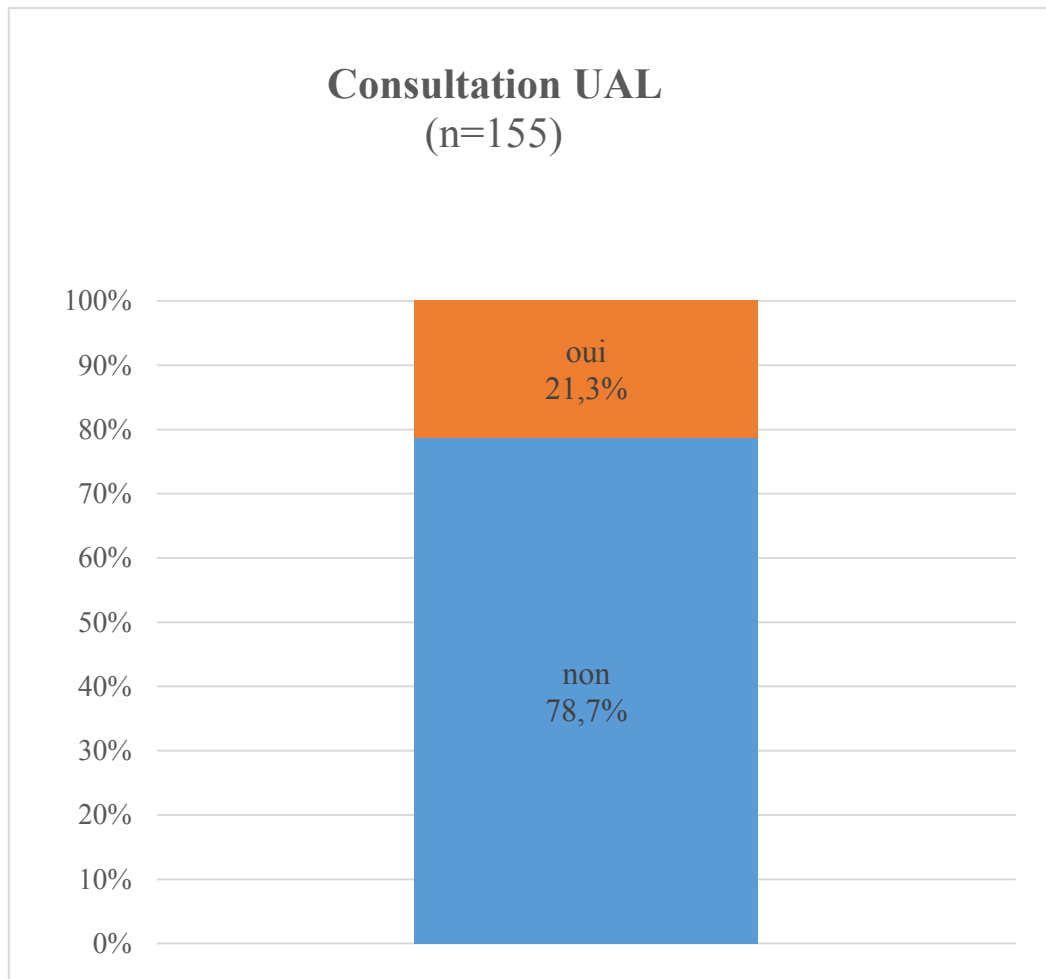


Figure 12 Consultation d'addictologie chez les patients consultant en dehors du régime de la garde-à-vue (n=155)

Les consultations pour certificat de non hospitalisation dans le cadre d'une ivresse publique manifeste ont été exclues de ce calcul car une consultation avec l'UAL ou même une intervention brève n'ont pas vraiment lieu d'être dans de telles circonstances.

La proportion de patients vus par l'UAL est faible, mais plus d'un tiers des patients (36%, 44 patients sur 122 non vus par l'UAL) consultant pour un autre motif qu'un CNH a été vu par l'infirmier de liaison psychiatrique, notamment lors des horaires non ouvrés.

Très peu de patients vu uniquement par les urgentistes ont reçu un document d'information contenant notamment les coordonnées des structures locales de prise en charge en addictologie (et notamment du service d'addictologie).

Le moment de la consultation (heure ou jour non ouvré), l'entretien avec un autre intervenant comme l'infirmier de psychiatrie, le refus du patient, le fait que la consultation aux urgences débouche sur une hospitalisation, l'état clinique du patient, le fait que le patient sorte des urgences avec la Police ou fugue amènent certains patients à ne pas être vus en consultation par l'UAL.

Cent soixante-treize patients n'ont pas été vus en entretien par un membre de l'UAL. Pour 25% d'entre eux (44 patients), la consultation est intervenue durant un moment où aucun membre de l'UAL ne pouvait les voir en entretien (la nuit, ou bien le week-end). Autant de patients ont bénéficié d'un entretien auprès d'un autre intervenant comme l'infirmier de psychiatrie en l'absence de l'UAL. L'initiation de la prise en charge en addictologie se faisait donc au moment de cet entretien. Cinq pour cent des patients ont refusé l'entretien avec un professionnel (9 patients). Treize patients (7.5%) ont été hospitalisés avant qu'un membre de l'UAL ne puisse les rencontrer. Cinq patients (2.9%) étaient comateux, ce qui contre-indiquait l'entretien. Parmi ces 173 patients, 51 (29.5%) consultaient dans le cadre d'une ivresse publique manifeste et sont repartis avec la Police, ce qui n'était pas compatible avec la réalisation d'un tel entretien. Trois patients (2%) ont fugué.

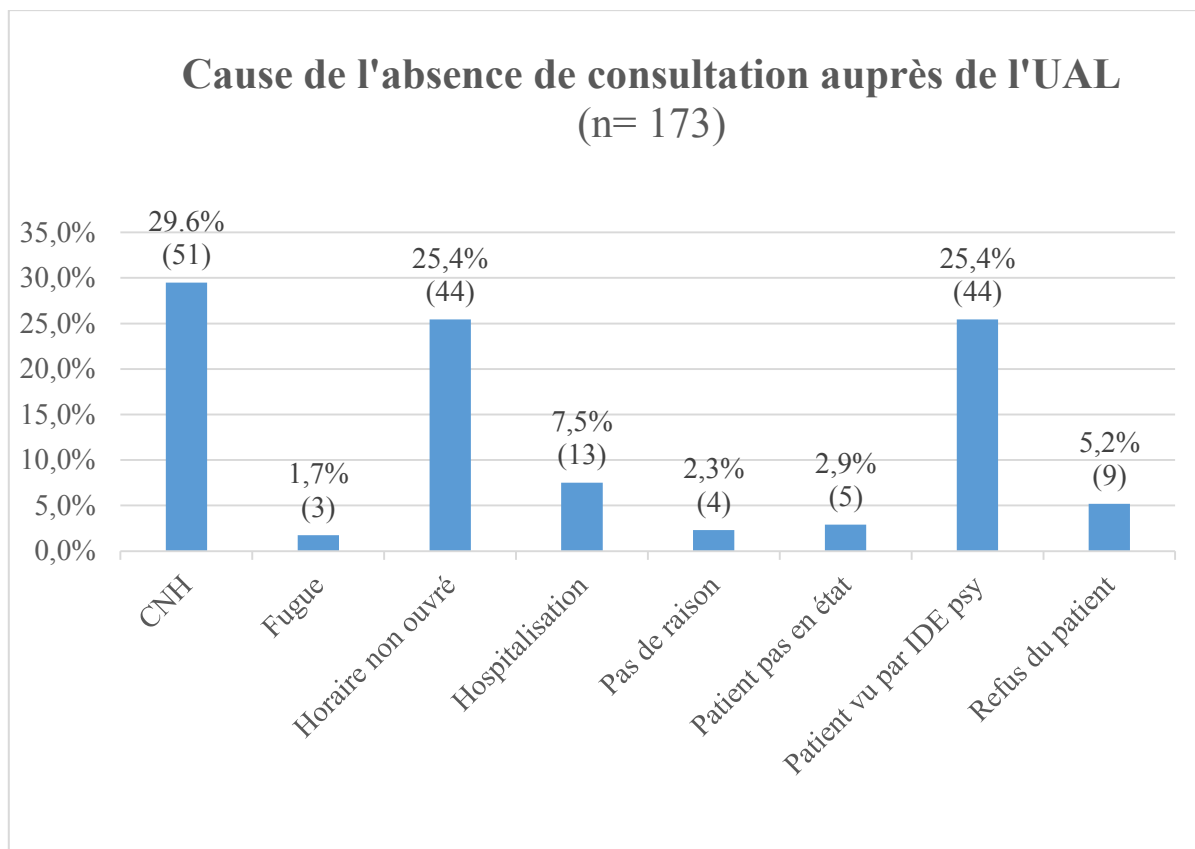


Figure 13 Cause de l'absence de consultation d'addictologie (n=173)

Concernant le suivi de ces patients, un quart d'entre eux était déjà suivi ou a entamé un suivi auprès du service d'addictologie de l'hôpital de Verdun par la suite. Quinze pour cents des patients ont un suivi psychiatrique en plus ou à la place du suivi en consultation d'addictologie.

Pour un peu plus de 10% des consultations, le médecin traitant du patient a été avisé par courrier (courrier postal pour 6.3% d'entre eux et courrier remis au patient pour 4.4% d'entre eux) de la consultation ou de l'hospitalisation à l'UHCD de celui-ci.

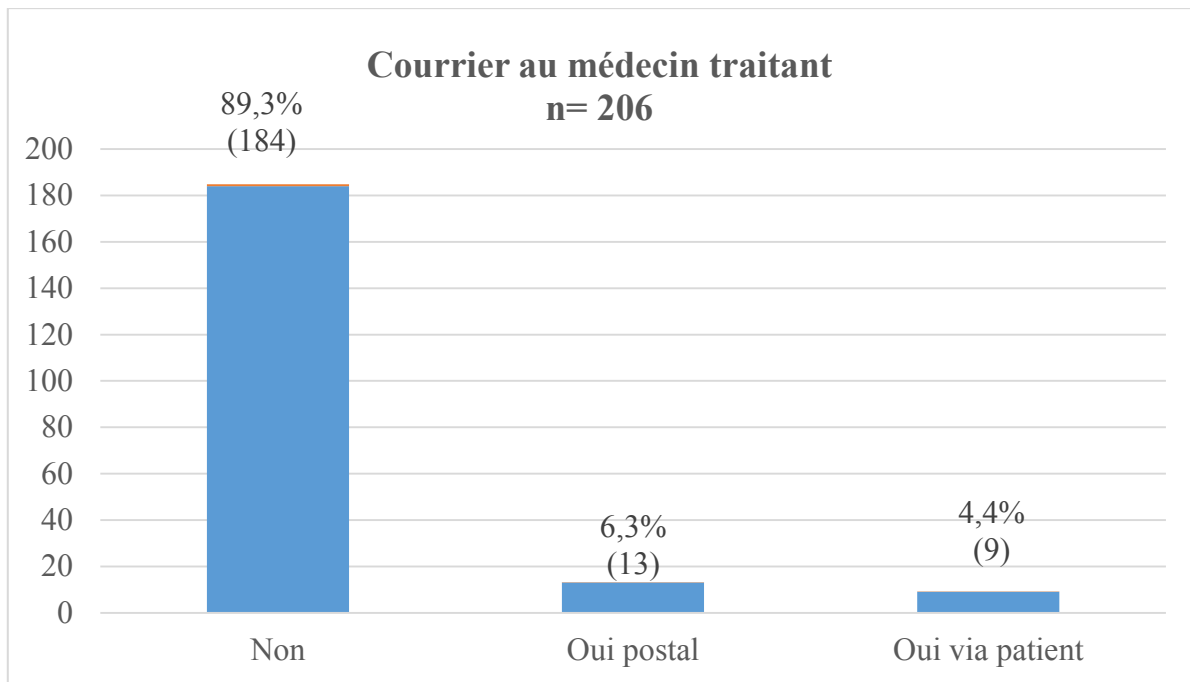


Figure 14 Production d'un courrier au médecin traitant à l'issue de la consultation aux urgences (n= 206)

D. Données financières

L'extraction du coût des consultations aux urgences liées à l'alcool et des hospitalisations en UHCD qui en ont découlé a été faite à partir des données du service de facturation du CH de Verdun. Au total, le coût de ces hospitalisations en UHCD et consultations était de 130 239,85€ sur la période du 01/05/16 au 10/08/16. En supposant que la fréquentation des urgences pour un motif lié à l'alcool soit homogène sur une année, le coût annuel serait de plus de 500 000€, transports non compris. Le coût moyen par patient est de 631€.

En ce qui concerne les consultations, nous avons considéré l'activité externe facturée. Le coût de ces consultations s'étendait de 48,21€ à 983,16€. La moyenne du coût des consultations (y compris consultation dans le cadre d'une ivresse publique manifeste pour établissement d'un certificat de non hospitalisation) est de 141,25€ et la médiane de 80,50€.

Concernant les hospitalisations à l'UHCD, 93 905, 95€ ont été facturés à l'Assurance Maladie. Le coût des hospitalisations s'étendait de 973, 33€ à 1332,19€ pour un coût moyen à 999€ et une médiane à 1009,33€.

Si l'on prend en compte les consultations aux urgences, les hospitalisations à l'UHCD et dans les autres services de l'hôpital, le coût des consultations aux urgences liées à l'alcool et des

hospitalisations en découlant est d'environ de 370 000€ (le montant de la facture de 6 de nos consultations n'a pas pu être obtenu précisément mais il s'agissait de consultations simples et de 2 hospitalisations à l'UHCD).

La totalité des admissions aux urgences a été facturée plus de 18 millions d'euros (18 266 184,04€). Ce chiffre comprend les consultations aux urgences ainsi que les hospitalisations qui en découlaient. En effet, la facturation utilise un forfait qui ne distingue pas la consultation aux urgences de l'hospitalisation qu'elle se déroule à l'UHCD ou ailleurs. Les consultations et hospitalisations via les urgences pour un motif lié à l'alcool représentaient donc 2,03% des dépenses découlant des admissions et hospitalisations via les urgences toutes causes confondues.

IV. Discussion

L'urgentiste est un acteur important dans le dépistage du mésusage de l'alcool, et notamment dans la phase de l'usage à risque où les symptômes liés à cette consommation d'alcool sont souvent peu spécifiques. En effet, le passage aux urgences est un moment où il est recommandé de dépister le mésusage de l'alcool. (41)

L'admission aux urgences pour une intoxication éthylique aiguë constitue un problème et un élément prédictif d'une consommation d'alcool exposant à une morbidité et à une mortalité accrues. Selon les recommandations de bonne pratique de l'HAS et celles de la SFMU, ce type d'admission justifie une prise en charge alcoologique. (42,43)

A. Analyse des résultats

Selon les études, la proportion d'admissions aux urgences varie entre 1.2 et 29% : une étude suisse menée au CHU de Lausanne en 2008, publiée en 2011, portant sur les intoxications éthyliques aiguës (recensées via l'alcoolémie dosée au laboratoire, mais excluant dans ce cas toutes les intoxications supposées cliniquement non confirmées par un dosage d'alcoolémie) retrouve que ces consultations représentent 1.2% du total des consultations. (44) Cependant, deux études anglaises publiées en 2005 retrouvent que 29% des admissions sont liées à un problème d'alcool et une étude finlandaise met en évidence en 2004 que 28% des patients admis pour un traumatisme avaient une mesure d'alcoolémie dans l'air expiré positive. (36,45) La proportion des patients admis aux urgences de notre service verdunois est plutôt proche de celle de l'équipe suisse qui a étudié une population probablement proche de la nôtre. Au CHU de Nancy, une étude a été menée en 2015 concernant les patients consultant aux urgences dans le le cadre d'une problématique alcoologique. (33) Elle a inclus 10% des admissions aux urgences. Toutefois, les critères d'inclusions comprenaient les patients ayant pour antécédent une intoxication éthylique chronique, qu'ils consultent dans le cadre de cette problématique d'alcool ou non, ce qui pourrait être un biais de sélection bien que les patients consultant en état d'ivresse sont souvent alcoolo-dépendants.

Dans notre étude, il existe un biais concernant ce chiffre, résidant dans l'inclusion des patients au cours de la saison estivale. En effet, on sait grâce aux données du système Oscour® publiées dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire de mai 2013 qu'il y a un pic de fréquentation des urgences pour intoxication éthylique aiguë le 22 juin qui est le lendemain de la fête de la musique (46). En outre, les circonstances de l'étude sont particulières dans le sens

où ont eu lieu deux évènements sportifs majeurs : la coupe d'Europe de football puis les Jeux Olympiques. Ces évènements ont favorisé les regroupements festifs et donc les abus d'alcool. Si cette étude avait été réalisée en hiver, la fréquentation des urgences pour un motif lié à l'alcool aurait peut-être été différente.

Par ailleurs, un deuxième biais de sélection existe : il est possible que nous n'ayons pas inclus certains patients, du fait du caractère prospectif de l'étude et de l'absence éventuelle de l'évocation de la participation de l'alcool au tableau clinique de certains patients. Nous n'avons notamment pas pu inclure 16 patients avec une alcoolemie positive dont les dossiers ont été retrouvés a posteriori, sans questionnaire rempli.

Concernant la relation médecin-malade ou plus largement soignant-soigné, nous avons remarqué une différence entre le ressenti négatif des équipes vis-à-vis des patients consultant pour un motif lié à l'alcool – a fortiori au cours d'une intoxication éthylique aiguë – et le fait que ces consultations ne représentent au final que 2% de la totalité des admissions aux urgences. Cette inadéquation peut être expliquée par plusieurs facteurs. Premièrement, ce sont des patients qui demandent une attention constante car l'intoxication éthylique aiguë entraîne souvent une désinhibition, rend le patient incapable de prendre les décisions concernant son état de santé, et peut conduire à l'agressivité. La « pénibilité » ressentie vis-à-vis de ces consultations réside donc premièrement dans le temps médical et paramédical consacré à un patient qui n'est pas maître de lui-même, pouvant se porter atteinte ou porter atteinte à l'intégrité d'autrui. Certains de ces patients nécessitent des contentions, et ceci est toujours mal vécu par les équipes, le fait d'entraver quelqu'un – qui parfois nous manque de respect – est tout à fait contraire à la représentation bienveillante que l'on a du soin médical ou infirmier prodigué à tous nos patients. Les soignants sont donc confrontés à la représentation qu'ils ont de ces patients, à l'image qu'en a l'ensemble de la population générale. Ensuite, il faut mettre en miroir cette faible proportion de consultations liées à l'alcool avec la proportion d'hospitalisations en UHCD liées à l'alcool : un patient sur cinq hospitalisé à l'UHCD l'est pour un problème d'alcool. Les patients consultant aux urgences du fait de l'alcool ont donc un profil de gravité plus conséquent que la moyenne, puisque cette consultation débouche souvent sur une hospitalisation. D'autre part, ces patients consultant plutôt la nuit et le week-end, il n'est pas rare le samedi soir ou le dimanche soir de devoir prendre en charge à l'UHCD de 2 à 5 patients ivres chaque nuit, sachant que le service compte 6 lits. La prise en charge de ces patients demande beaucoup de temps, de patience, parfois de sang-froid, de bienveillance et paraît parfois vaine lorsqu'ils consultent de manière itérative.

Sur le plan démographique, la population incluse dans notre étude était semblable à la littérature en termes de répartition hommes/femmes et d'âge. Le sex ratio est de 3 (en faveur des hommes) dans notre étude. Il est comparable à l'étude strasbourgeoise sus-citée qui est de l'ordre de 2.7, ainsi qu'à celui de l'étude suisse qui comportait 79% d'hommes et 21% de femmes, et un peu supérieur à celui de l'étude nancéienne et à celle de Reynaud et al. (70% d'hommes pour 30% de femmes).(33,39,44,47)

L'âge moyen des patients est comparable à ces études également.

Concernant la pyramide des âges de notre étude, on remarque une féminisation de la consommation éthylique chez les jeunes de 19 à 25 ans et au-delà de 40 ans. On peut supposer que la consommation entre 25 et 40 ans diminue chez les jeunes femmes du fait d'éventuels projets de grossesse. Après 40 ans, la plupart des femmes n'auront plus de grossesse, et on observe une ré-augmentation de la consommation qui se maintient presque jusqu'à 65 ans. Ceci n'est sans doute qu'une explication partielle et de nombreux facteurs confondants ne sont pas pris en compte comme les conditions sociales (les catégories socio-professionnelles des hommes et des femmes consultant aux urgences pour un problème d'alcool sont-elles homogènes ?) ou le motif de consultation (est-il différent selon le sexe et l'âge ?). Enfin, ferions-nous le même constat « d'égalité hommes-femmes » concernant la population qui a actuellement entre 19 et 25 ans dans 20 ou 30 ans ?

La question de la féminisation des conduites à risque dont font partie l'éthylisme et le tabagisme est une problématique de santé publique. En effet, dans les catégories de pathologies comme les cancers des voies aéro-digestives supérieures, la cirrhose éthylique ou les traumatismes liés à l'alcool où les femmes faisaient figure d'exception, elles sont maintenant plus représentées (27).

En outre, notre pyramide des âges ressemble fortement à celle de la population française en ce qui concerne les adultes (48), ce qui tend à montrer que l'alcool est consommé par toutes les tranches d'âge de la population. L'alcool n'est pas l'apanage des jeunes, puisque on retrouve en plus grand nombre des patients appartenant à la tranche 45-55 ans. Or, les ivresses des jeunes augmentent davantage que celle des autres tranches d'âge, et c'est un sujet particulièrement préoccupant.

Concernant les données socio-professionnelles, les inactifs constituent la catégorie socio-professionnelle la plus représentée (plus d'un quart des patients) avant celle des ouvriers et des employés. Les artisans, fonctionnaires, chefs d'entreprise et professions intermédiaires

sont loin derrière. D'après les travaux du Pr Naassila de l'INSERM, les hommes au chômage sont plus à risque de consommer de l'alcool. Dans l'étude suisse sus-citée, 6 patients sur 10 n'ont pas d'emploi et les étudiants ainsi que les retraités sont moins représentés que dans notre étude (6% contre 13.7% pour les étudiants, et 8% contre 11.8% pour les retraités). Il faut souligner que dans notre étude, il existe un biais du fait que pour presque un tiers des consultations, la catégorie socioprofessionnelle n'était pas précisée dans le dossier administratif du patient.

Par ailleurs, plus d'un tiers des patients n'a pas eu de mesure d'alcoolémie. Ceci n'est pas un problème car dans les recommandations de la SFMU pour la prise en charge de l'intoxication éthylique, la mesure de l'alcoolémie n'est recommandée qu'en cas de doute diagnostique (43). Pour les autres patients, il était attendu que les alcoolémies hautes soient majoritairement représentées car les intoxications « mineures » en dehors des premiers épisodes d'alcoolisation chez le sujet jeune (qui ne connaît pas ses limites) ne nécessitent pas souvent le recours à un médecin et n'entraînent que peu de troubles à l'ordre public ou de traumatisme. A propos des traumatismes liés à l'alcool, on remarque que la proportion de consultations pour ce motif augmente avec l'alcoolémie jusqu'à un seuil de 2g d'alcool par litre de sang : 10% des patients consultant avec une alcoolémie inférieure à 1g/L le font pour un traumatisme, alors qu'on en retrouve respectivement plus d'un quart et plus d'un tiers chez les patients arrivés aux urgences avec une alcoolémie entre 1 et 2g/L de sang et entre 2 et 3g/L de sang. Au-delà d'une alcoolémie de 3g/L de sang, cette proportion se stabilise.

L'intoxication éthylique aiguë est parfois responsable de tableaux cliniques comportant d'emblée des critères de gravité. Deux des trois patients admis en réanimation à l'issue de leur passage aux urgences, inclus dans notre étude avaient une alcoolémie de plus de 2g/L. Le troisième avait une alcoolémie moindre mais l'alcoolisation responsable de sa symptomatologie datait de plus de 24h. Il s'agissait donc d'une alcoolisation massive également. Deux patients seulement ont été transférés vers le CHU. Ils l'ont été du fait de l'absence de plateau technique neurochirurgical à Verdun. Le CH de Verdun est donc en mesure d'assurer l'ensemble de la prise en charge de la majorité des patients.

Concernant l'orientation des patients, il faut noter qu'à l'issue de leur passage aux urgences, presque la moitié (45%) des patients est orientée vers l'UHCD et un quart d'entre eux (24.8%) repart avec la Police en vue d'un dégrisement. Les patients alcoolisés représentent plus de 20% des hospitalisations en UHCD, ce qui mobilise à la fois les urgentistes et le personnel paramédical des urgences, de l'unité d'addictologie de liaison et de l'unité de

psychiatrique de liaison. Ils mettent également en jeu l'ordre public. Or on sait que l'importance de la consommation d'alcool a une relation indéniable avec la violence quelle qu'elle soit (49–51) et a des conséquences sur la vie sociale, professionnelle et familiale des consommateurs. La consommation raisonnée est associée initialement à des bénéfices sociaux. Ils se transforment rapidement en conséquences négatives proportionnellement à la consommation d'alcool à partir d'un certain seuil, comme détaillé ci-dessous. Par conséquence sociale négative on entend le fait de participer à une rixe, de porter atteinte au fonctionnement familial, à sa vie professionnelle, sentimentale, amicale, sociale ou à la réussite de ses études.

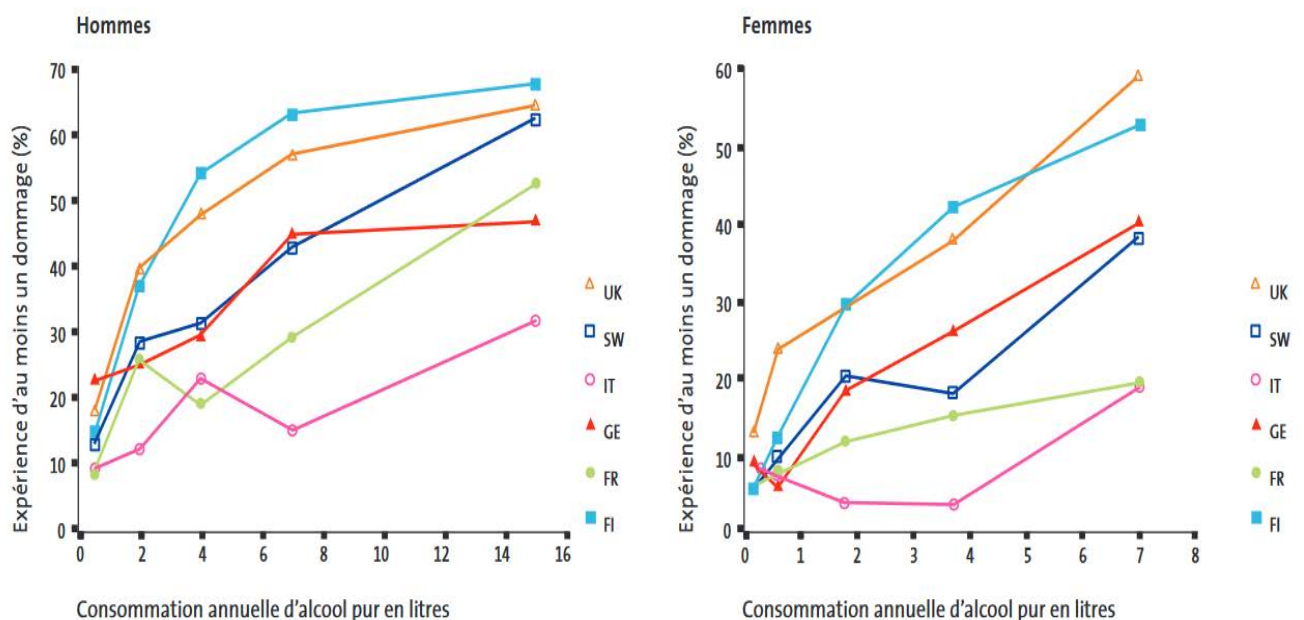
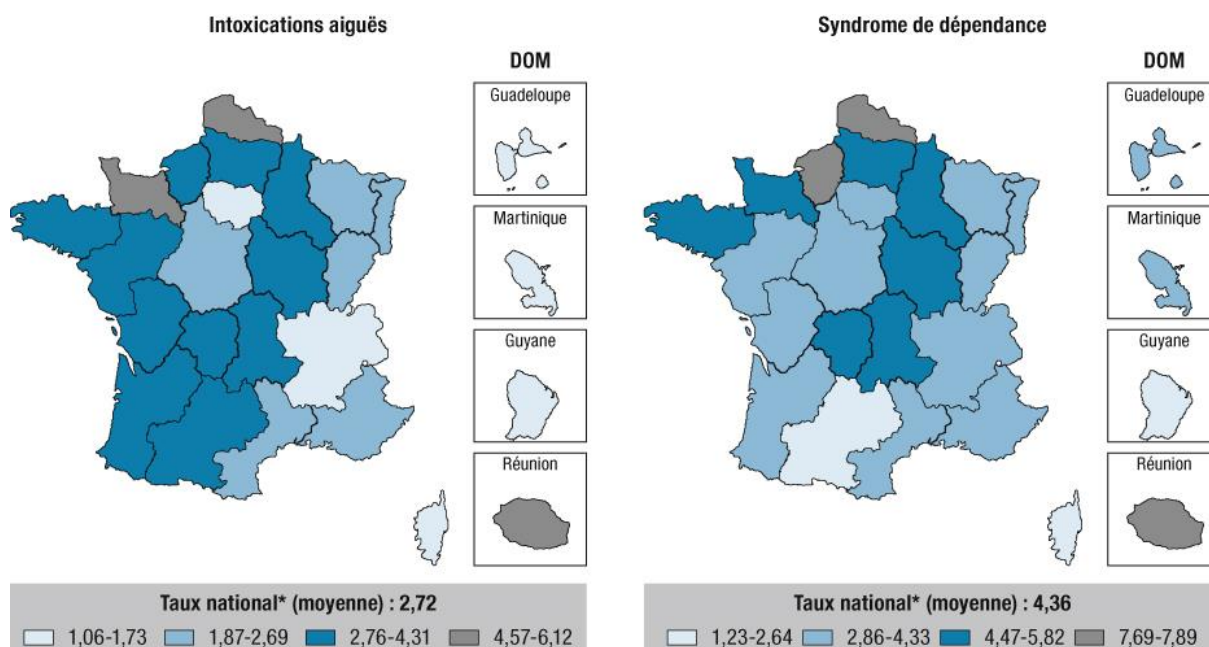


Figure 15 Risque d'expérimenter au moins une conséquence sociale négative au cours de l'année en fonction de la consommation éthylique annuelle chez les femmes et les hommes (UK = Grande Bretagne, Sw = Suède, It = Italie, Ge = Allemagne, Fr = France, Fl = Finlande) (52)

Concernant les données financières, la proportion représentée par les consultations (et hospitalisation associées) aux urgences pour un motif lié à l'alcool est assez comparable en termes de nombre d'entrées et de coût respectif (2.4 et 2.03%). Dans l'étude des Pr Paille et Reynaud en 2015, l'alcool pesait pour 3.6% des hospitalisations. (28) Cependant, elle portait sur la France entière. Or, la Lorraine ne fait pas partie des régions les plus touchées par les intoxications éthyliques aiguës et la dépendance à l'alcool. En outre, cette étude a été plus exhaustive que la nôtre du fait de ses méthodes (interrogation rétrospective du PMSI). Enfin, notre étude ne portait pas sur les hospitalisations sans passage préalable par les urgences. Ces

dernières incluent des hospitalisations probablement coûteuses comme les cures de sevrage (à Verdun par exemple, 17 hospitalisations pour sevrage éthylique ont été réalisées en 2015 qui ont toutes duré 14 jours) et les hospitalisations directes des patients suivis en addictologie ou dans un autre service pour les conséquences de leur addiction.



* Nombre de séjours / Population générale Insee 2009 X 1 000.

Figure 16 Répartition régionale des troubles liés à l'alcool en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : intoxication aiguë vs. syndrome de dépendance (28)

En comparaison à l'étude strasbourgeoise menée en 2014 uniquement sur les intoxications éthyliques aiguës, le coût du séjour aux urgences et à l'UHCD par patient était de 11,8% inférieur (631€ contre 715€). (39) Cette différence est largement expliquée par les différences méthodologiques entre nos deux études. En effet, à Strasbourg seules les intoxications éthyliques aiguës ont été étudiées (consultations pour CNH exclues a priori) et plus de la moitié des patients a été hospitalisée en UHCD contre 20% dans notre étude. De plus, le coût d'une hospitalisation à l'UHCD était de 1200€ soit 20% plus élevé qu'à Verdun.

Cependant, le coût des consultations aux urgences et hospitalisations à l'UHCD a été calculé à partir des sommes facturées par le service financier du CH de Verdun, transports exclus. Ces transports ont pourtant un coût. Du fait de la sur-représentation des taux d'alcoolémie très élevés, ces patients se rendent rarement aux urgences par leurs propres moyens. Ils sont en majorité transportés par les pompiers ou la Police du fait de la fréquence des troubles à l'ordre public au cours des intoxications éthyliques aiguës. Il est difficile de quantifier précisément le

coût du transport. En effet, les sources de financement sont multiples bien que toutes d'origine publiques.

Pour ce qui est du mode de transport le plus fréquent (le transport par les Sapeurs-Pompiers), dans le cas où un VSAV est engagé directement par le SDIS, le transport est financé par le SDIS lui-même. S'il est engagé à la demande du SAMU, le transport est financé par le SDIS si cette intervention rentre dans le cadre des missions régaliennes du SDIS. Dans le cas contraire, le SDIS facture le coût du transport à l'hôpital. Cette facture est acquittée grâce à l'enveloppe « MIGAC » du budget de l'hôpital (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation). Il est donc impossible d'estimer le coût de ce type de transport. Il est important de noter qu'il s'agit d'argent public puisque le SDIS est financé par le Conseil Départemental et que l'enveloppe MIGAC des hôpitaux provient de la Sécurité Sociale. Concernant le transport par Ambulance Privée, si on part du principe que la plupart des transports vers le CH de Verdun se font dans un rayon d'une trentaine de kilomètres, le coût moyen d'un transport par ambulance est de 110€ (forfait départemental de 51,30€ comprenant les trois premiers kilomètres, auquel on ajoute le tarif kilométrique de 2,19€) d'après les tarifs disponibles sur le site de la Sécurité Sociale (www.ameli.fr). Durant notre étude, 33 patients ont été transportés par ambulance du fait d'une problématique d'alcool, ce qui représente plus de 3600€.

Huit patients ont bénéficié d'un transport médicalisé par le SMUR. A raison d'environ 635€ la demi-heure de transport médicalisé, on peut considérer que les transports primaires liés à l'alcool sur les trois mois de l'étude ont coûté approximativement 10 000€. A noter tout de même que le patient hospitalisé à l'issue de ce transport doit s'acquitter d'un ticket modérateur de 20% (pris en charge par sa complémentaire santé s'il en a une) concernant celui-ci. S'il n'est pas hospitalisé, ce ticket modérateur s'élève à 35% de la facture du transport.

A la somme des transports médicalisés, il faut rajouter les deux transferts médicalisés vers le CHU de Nancy qui ont été effectués par les airs. A raison d'environ 50€ la minute de transport médicalisé aérien, pour un transfert qui dure environ 25minutes aller, le coût d'un transfert médicalisé aérien Verdun-Nancy aller-retour est de 2500€. Ce coût incombe à l'hôpital demandeur du transfert. Il fait partie de l'enveloppe des MIGAC également.

Il ne nous a pas été possible d'estimer le coût des transports par la Police.

Il faut souligner une problématique quotidienne au SAMU : l'appel de patients ou de leurs proches pour un motif médical nécessitant une consultation aux urgences, sans toutefois de caractère de gravité immédiat justifiant d'un transport professionnel, débouchant tout de même sur l'envoi d'un vecteur plutôt que l'emploi de moyens personnels. Ceci est en partie expliqué par l'aspect médico-légal qui lie le médecin régulateur au patient en potentielle détresse, et à la crainte du médecin de ne pas avoir cerné l'urgence de l'appel et de ne pas avoir envoyé le moyen adapté pour secourir le patient sans lui faire prendre le risque d'être moins bien soigné.

B. Perspectives thérapeutiques

Les causes pour lesquelles certains patients ne se voient pas proposer de suivi en addictologie sont multiples. Il faut signaler que près de la moitié des patients consulte le week-end. Concernant les horaires de présence à l'hôpital de l'UAL, ce n'est pas un véritable problème car en période nocturne ou de fin de semaine, l'initiation de la prise en charge peut se faire par l'infirmier de liaison psychiatrique qui réalise le premier entretien, remet les coordonnées des structures d'addictologie voire propose un rendez-vous ultérieur au patient et adresse, avec l'accord du patient, un compte-rendu à l'équipe d'addictologie.

Les patients pour lesquels l'horaire de la consultation était invoqué comme raison de l'absence d'entretien avec un professionnel pouvant initier une prise en charge en addictologie est souvent une raison partielle. En réalité, il s'agit de patients pour lesquels on n'a pas jugé utile de faire intervenir un professionnel en addictologie, de même que pour les patients pour lesquels aucune raison n'était renseignée dans le questionnaire. En effet, dans un peu plus de 2% des cas (4 patients), il n'y avait pas de raison particulière à l'absence d'entretien en addictologie. Globalement, ces patients appartiennent à deux catégories. D'une part, ceux qui consultent pour la première fois dans ce contexte : la plupart sont des jeunes pour lesquels on a considéré qu'une consultation aux urgences (voire une hospitalisation d'une nuit à l'UHCD) pour une intoxication éthylique aiguë constituait une dissuasion d'un prochain épisode similaire et ne relevait pas d'une consultation d'addictologie. Il s'agissait d'autre part de patients bien connus des urgences, consultant régulièrement en état d'ébriété, ayant déjà tenté à de nombreuses reprises de s'astreindre à un suivi, voire de stopper leur consommation, mais finalement en échec, pour lesquels l'idée de leur proposer à nouveau un contact avec l'UAL semblait vaine.

Or étant donné le nombre d'hospitalisations à l'UHCD pour ce type de motifs, il semble prioritaire de renforcer les moyens de lutte contre les alcoolisations pathologiques.

Un outil simple et objectif pour détecter la dépendance à l'alcool s'avèrerait utile pour les urgentistes.

L'une des pistes exploitables concernant la distinction entre patients alcoolo-dépendants et non dépendants réside en 3 questions fermées très simples, regroupées dans le questionnaire AUDIT-C (annexe 2) : à quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? Combien de verres standards buvez-vous lors d'une journée ordinaire où vous consommez de l'alcool ? Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ? Si ce score est au-dessus du seuil fixé, ou qu'il existe des comorbidités ou bien des facteurs aggravants, une intervention spécialisée en addictologie est nécessaire. Elle peut être effectuée par un professionnel de l'équipe d'addictologie de liaison, un infirmier de liaison psychiatrique ou bien un professionnel du service des urgences formé en addictologie. Ce type d'intervention est associé de manière significative à une diminution de la consommation éthylique dans les 6 mois suivants et des ré-hospitalisations.(53)

Concernant les patients possédant un score en dessous du seuil de dépendance, la prise en charge consistera en une intervention ultra-brève (cinq minutes en moyenne) qui comprend, selon l'OMS :

- un retour donné au patient sur sa consommation d'alcool ;
- une explication au patient de la notion d' « un verre d'alcool » ;
- l'encouragement du patient à rester en dessous des limites (2 verres par jour pour une femme et trois verres par jour pour un homme) ;
- la remise au patient d'un livret d'aide. (42)

L'intérêt de ce type d'intervention chez les patients n'ayant pas de critère de dépendance est reconnu (34–37). Il suffit d'être formé à ces interventions brèves ayant pour but de faire prendre conscience au patient de son mésusage, et de l'orienter vers une prise en charge adaptée auprès des acteurs de l'offre de soins en addictologie (médecin traitant, consultation d'addictologie, CSAPA, ...etc).

Si le patient refuse toute prise en charge ou est trop réticent pour parler de son problème d'alcool, il est recommandé de ne pas insister et de lui fournir un livret d'aide.

Dans le cas où le patient serait sorti prématurément (fugue par exemple) ou qu'aucune intervention brève n'aurait pu être effectuée du fait de difficultés structurelles, il est

recommandé de lui adresser un courrier lui rappelant son admission aux urgences et lui proposant un rendez-vous dans une structure d'addictologie ou de prendre un rendez-vous chez son médecin traitant.

Concernant le questionnaire AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Test), il est d'autant plus légitime qu'il a été éprouvé par plusieurs études au sein de divers pays et cultures (31,54–58), le plaçant comme une référence pour le dépistage du mésusage de l'alcool au niveau international, chez les hommes comme les femmes.

Ensuite, concernant les patients hospitalisés hors de l'UHCD, ce sont souvent des patients qui ont des pathologies plus sévères (durée d'hospitalisation prévisible plus longue). Dans ce cas, leur état lors de leur passage aux urgences n'est pas forcément compatible avec un entretien considéré comme un tremplin pour la suite de la prise en charge en addictologie. Il serait utile de faire apparaître dans le dossier médical qui est transmis au service accueillant le patient une note concernant le repérage de cette conduite à risque et la nécessité d'initier une prise en charge en addictologie.

Et enfin, à l'issue de la prise en charge hospitalière du patient, l'information au médecin traitant doit être systématique selon les recommandations de la SFMU (43). Elle se fait sous forme d'un courrier avec une partie rappelant les structures de proximité de prise en charge en addictologie. Dans notre étude, l'information du médecin traitant a été réalisée dans seulement 10% des cas, ce qui est extrêmement faible. L'hospitalisation en UHCD est une hospitalisation comme une autre à l'issue de laquelle nous devrions établir un compte-rendu d'hospitalisation en bonne et due forme. Ce point est à mettre en place de manière systématique dans notre service.

V. Conclusion

Cette étude a permis de réaliser une description de la population consultant aux urgences de Verdun pour un motif lié à l'alcool durant l'été 2016, de décrire leur prise en charge en terme d'addictologie et d'en estimer leur coût qui s'avère considérable pour la société.

Il y a, à mon sens, deux éléments épidémiologiques clés dans cette étude. Le premier réside dans l'opposition entre la proportion très modérée des admissions aux urgences liées à l'alcool et le fait qu'elles engendrent 20% des hospitalisations à l'UHCD. Ces hospitalisations mobilisent un investissement médical et paramédical que nous n'avons pas cherché à chiffrer mais qui est conséquent. Enfin, la consommation importante des jeunes, et la part de femmes dans les admissions aux urgences pour un motif lié à l'alcool constituent le deuxième point clé et un levier thérapeutique majeur.

La consommation d'alcool est certes un élément déterminant de l'économie française pour certains mais surtout un véritable problème de santé publique. L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac, ainsi responsable de 49 000 décès par an en France et de 3.6% des dépenses de santé annuelles. Dix pour cent des français sont en difficulté avec l'alcool. Si les consommations quotidiennes excessives diminuent, les consommations festives massives occasionnelles augmentent, notamment chez les jeunes, entraînant des intoxications éthyliques aiguës compliquées, nécessitant des soins, parfois l'intervention des secours, et des hospitalisations trop nombreuses.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dali-Youcef N, Schlienger J-L. Métabolisme de l'alcool. EMC - Endocrinol - Nutr. avr 2012;9(2):1-7.
2. Mitchell MC, Teigen EL, Ramchandani VA. Absorption and Peak Blood Alcohol Concentration After Drinking Beer, Wine, or Spirits. Alcohol Clin Exp Res. mai 2014;38(5):1200-4.
3. Goullé J-P, Guerbet M. Éthanol : pharmacocinétique, métabolisme et méthodes analytiques. Ann Pharm Fr. sept 2015;73(5):313-22.
4. Davido A, Levy A, Leplat P, Ecollan P, Gasparotto C, Bessa Z. Présentation clinique de l'ivresse alcoolique aiguë complications exclues. Réanimation Urgences. janv 1992;1(4):645-9.
5. Factors Associated with Reduced Depression and Suicide Risk Among Maori High School Students New Zealand. ProQuest; 2007. 117 p.
6. HAS. Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la CIM-10 [Internet]. 2014 [cité 14 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf
7. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement - Recommandations de bonne pratique. 2015;5-84.
8. Les principales complications somatiques de l'alcoolisation chronique (en dehors des complications hépato-gastroentérologiques) - Principal somatic complications of chronic alcoholization (apart from the hepato-gastroenterologic complications) - 8555.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/8555.pdf>
9. Francoz C, Durand F. Encéphalopathie hépatique : comment optimiser la prise en charge en réanimation ? Réanimation. oct 2007;16(6):498-503.
10. Couzigou P, Ledinghen V. Le sevrage du malade alcoolo-dépendant (syndrome de sevrage alcoolique – traitement préventif et curatif). /data/revues/03998320/0026SUP5/163/ [Internet]. 29 févr 2008 [cité 11 sept 2016]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/99327#>
11. Collège des enseignants en Neurologie - Complications neurologiques de l'alcoolisme [Internet]. [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Items%20inscrits%20dans%20les%20modules%20transversaux/Complications%20neurologiques%20de%20l'alcoolisme/index.phtml>
12. Frossard JL, Hadengue A. [Acute pancreatitis: new physiopathological concepts]. Gastroentérologie Clin Biol. févr 2001;25(2):164-76.
13. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. Addict Abingdon Engl. oct 2000;95(10):1505-23.
14. Roerecke M, Rehm J. Irregular Heavy Drinking Occasions and Risk of Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Epidemiol. 15 mars 2010;171(6):633-44.

15. Klatsky AL. Alcohol and hypertension. *Clin Chim Acta Int J Clin Chem.* 15 mars 1996;246(1-2):91-105.
16. Adam A, Nicholson C, Owens L. Alcoholic dilated cardiomyopathy. *Nurs Stand.* 28 mai 2008;22(38):42-7.
17. Gibbard WB, Wass P, Clarke ME. The Neuropsychological Implications of Prenatal Alcohol Exposure. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev.* août 2003;12(3):72-6.
18. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves - 1146.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
19. Travert B, Vaquier G, Venon M-D, Trad S, Greffe S, Rouveix E, et al. Hyponatrémie, alcool et ataxie. *Rev Médecine Interne.* févr 2016;37(2):144-6.
20. Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2010, prévisions 2011 - Rapports publics - La Documentation française [Internet]. [cité 21 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000543/index.shtml>
21. Kopp. Le coût social des drogues en France. OFDT; 2015.
22. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives [Internet]. La documentation française; 2013. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf
23. Aurand, Iasiello, Magalhaes, Aigrain. Statistical report on world vitiviniculture 2012. 2012; Disponible sur: <http://www.oiv.int/public/medias/4524/oiv-vine-and-wine-outlook-2012-completfinal.pdf>
24. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
25. Rehm J., Room R., Monteiro M, Gmel G., Graham K., Rhn N., Sempos C., Frick U., Jernigan D. Comparative quantification of health risks - Alcohol use. 2004; Disponible sur: <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0959-1108.pdf?ua=1>
26. Anderson P, Baumberg B, European Commission, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Institute of Alcohol Studies (Great Britain). Alcohol in Europe: a public health perspective : a report for the European Commission. Luxembourg: European Commission; 2006.
27. Guerin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health.* 1 août 2013;23(4):588-93.
28. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France - 2015_24-25_1.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/24-25/pdf/2015_24-25_1.pdf
29. Richard, Palle, Guignard, Nguyen Thanh, Beck, Arwidson. La consommation d'alcool en France en 2014 - Baromètre santé 2014. 2015;(32).

30. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res.* mai 2004;28(5 Suppl):18S-28S.
31. Cherpitel C. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies since 1995. *Drug Alcohol Rev.* 2007;26(2):201-14.
32. Cherpitel CJ, Bond J, Ye Y, Borges G, Macdonald S, Giesbrecht N. A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Addiction.* sept 2003;98(9):1277-86.
33. Husson Marie. Mise en place et évaluation d'un protocole de prise en charge des alcoolisations aiguës ou chroniques au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy. Etude rétrospective de 1659 cas. [Internet]. 2015 [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_HUSSON_MARIE.pdf
34. Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *BMJ.* 7 févr 2004;328(7435):318.
35. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. WHO Brief Intervention Study Group. *Am J Public Health.* juill 1996;86(7):948-55.
36. Malone D. Drunken patients in the general hospital: their care and management. *Postgrad Med J.* 1 mars 2005;81(953):161-6.
37. Emmen MJ, Wollersheim H, Bleijenberg G, Schippers GM. How to optimise interventions for problem drinking among hospital outpatients? *Neth J Med.* déc 2005;63(11):421-7.
38. Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M., Beck F.,. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances.* 2015;(100):1-8.
39. Ihadadene N, Tournoud C, Bayle E, Zagdoun C, Blanc I, Flesch F. L'alcool aux urgences : à quel prix ? *Toxicol Anal Clin.* juin 2015;27(2):S46.
40. Ministère du travail et des affaires sociales, BAZY-MALAURIE C. Circulaire DH/EO4 n°96-557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison. 1996.
41. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide - guide.pdf [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf>
42. RPC Ivresse Reco MEL 2006 - rpc_ivresse_reco_mel_2006.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_ivresse_reco_mel_2006.pdf
43. Sureau C., Charpentier S., Philippe JM., Perrier C., Trinh-Duc A., Fougeras O., Raphaelle V., Miranda J., Le Gall C. Actualisation de la conférence de consensus « l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences » [Internet]. 2007 [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: http://www.sfm.u.org/upload/consensus/Actualisation_consensus_ivresse__thylique_aigu__2006.pdf

44. Netgen. Intoxications alcooliques massives aux urgences : combien, qui, quoi et comment ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-302/Intoxications-alcooliques-massives-aux-urgences-combien-qui-quoi-et-comment>
45. Laakso O, Haapala M, Kuitunen T, Himberg J-J. Screening of Exhaled Breath by Low-Resolution Multicomponent FT-IR Spectrometry in Patients Attending Emergency Departments. *J Anal Toxicol.* 1 mars 2004;28(2):111-7.
46. Perrine AL., Develay AE. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour. *BEH* 16-17-18 [Internet]. 2013; Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8918
47. Reynaud M, Leleu X, Bernoux A, Meyer L, Lery JF, Ruch C. Alcohol use disorders in French hospital patients. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* déc 1997;32(6):769-75.
48. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Pyramides des âges au 1er janvier (France métropolitaine) [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide.htm>
49. Sharps PW, Campbell J, Campbell D, Gary F, Webster D. The role of alcohol use in intimate partner femicide. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* 2001;10(2):122-35.
50. Gerson LW, Preston DA. Alcohol consumption and the incidence of violent crime. *J Stud Alcohol.* mars 1979;40(3):307-12.
51. Martin SE, Bachman R. The relationship of alcohol to injury in assault cases. *Recent Dev Alcohol Off Publ Am Med Soc Alcohol Res Soc Alcohol Natl Counc Alcohol.* 1997;13:41-56.
52. Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 2002.
53. Crawford MJ, Patton R, Touquet R, Drummond C, Byford S, Barrett B, et al. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet.* oct 2004;364(9442):1334-9.
54. Conigrave KM, Hall WD, Saunders JB. The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction.* 24 janv 2006;90(10):1349-56.
55. Volk RJ, Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction.* févr 1997;92(2):197-206.
56. Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N, et al. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ.* 8 févr 1997;314(7078):420-4.
57. McInnes E, Powell J. Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? *BMJ.* 12 févr 1994;308(6926):444-6.
58. Ivis FJ, Adlaf EM, Rehm J. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug Alcohol Depend.* juill 2000;60(1):97-104.

ANNEXES

Annexe 1 : liste des diagnostics (avec leur code CIM 10) des patients incluables dans l'étude

F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool

F 100 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë

- **F 1000** Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, sans complication
- **F 1001** Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec traumatismes ou autres blessures physiques
- **F 1002** Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec d'autres complications médicales
- **F 1003** Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec délirium
- **F 1004** Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec distorsion des perceptions
- **F 1005** Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec coma
- **F 1006** Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec convulsions

F 101 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé

F102 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance

- **F 1020** Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente
- **F 1021** Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente mais dans un environnement protégé
- **F1022** Syndrome de dépendance à l'alcool, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale
- **F 1023** Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente, mais prenant des médicaments aversifs ou bloquants
- **F 1024** Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle
- **F 1025** Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue
- **F 1026** Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique

F 103 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage

- **F 1030** Syndrome de sevrage de l'alcool, sans complication
- **F 1031** Syndrome de sevrage de l'alcool, avec convulsions

F 104 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage avec délirium

- **F 1040** Syndrome de sevrage de l'alcool avec délirium, sans convulsion
- **F 1041** Syndrome de sevrage de l'alcool avec délirium, avec convulsions

F 105 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool trouble psychotique

- **F 1050** Trouble psychotique d'allure schizophrénique, dû à l'alcool
- **F 1051** Trouble psychotique avec idées délirantes au premier plan, dû à l'alcool

- **F 1052** Trouble psychotique avec hallucinations au premier plan, dû à l'alcool
- **F 1053** Trouble psychotique avec symptômes polymorphes au premier plan, dû à l'alcool
- **F 1054** Trouble psychotique avec symptômes dépressifs au premier plan, dû à l'alcool
- **F 1055** Troubles psychotique avec symptômes maniaques au premier plan, dû à l'alcool
- **F 1056** Trouble psychotique mixte, dû à l'alcool

F 106 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome amnésique

F 107 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive

- **F 1070** Flashbacks, dus à l'alcool
- **F 1071** Trouble de la personnalité ou du comportement, résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool
- **F 1072** Trouble thymique résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool
- **F 1073** Démence, due à l'alcool
- **F 1074** Autre déficit cognitif persistant ou de survenue tardive, dû à l'alcool
- **F 1075** Trouble psychotique à début tardif, dû à l'alcool

F 108 Autres troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool

F 109 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, sans précision

G 312 Dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool

G 621 Polynévrite alcoolique

G 721 Myopathie alcoolique

I 426 Myocardiopathie alcoolique

K 292 Gastrite alcoolique

K70 Maladie alcoolique du foie

K 700 Cirrhose alcoolique graisseuse du foie

K 701 Hépatite alcoolique

K 702 Fibrose et sclérose alcoolique du foie

K 703 Cirrhose alcoolique

K 704 Insuffisance hépatique alcoolique

K 709 Maladie alcoolique du foie, sans précision

K 852 Pancréatite aiguë d'origine alcoolique

K 860 Pancréatite chronique alcoolique

O 354 Soins maternels pour lésions fœtales dues à l'alcoolisme maternel

R 780 Présence d'alcool dans le sang

Z 714 Conseil et surveillance pour alcoolisme

Z 721 Difficultés liées à la consommation d'alcool

Z 02.8 CNH

Annexe 2 : questionnaire Résurgence®

MOTIF PASSAGE / HOSPITALISATION									
Intoxication Éthylique Aigue :	<input type="checkbox"/>	Traumatisme lié à l'alcool :	<input type="checkbox"/>	Syndrome de sevrage :	<input type="checkbox"/>	Conséquence somatique d'une intoxication éthylique chronique :	<input type="checkbox"/>	CNH :	<input type="checkbox"/>
TAUX D'ALCOOLEMIE									
en gramme(s) :		<input type="text"/>							
COMPORTEMENT PATIENT									
Pas de contention :	<input type="checkbox"/>	Contention physique nécessaire (mécanique) :	<input type="checkbox"/>	Contention chimique nécessaire (pharmacologique) :	<input type="checkbox"/>				
PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIE									
Consultation UAL :	<input type="text"/>	Précisions : <input type="text"/>							
Pas de consultation UAL :	<input type="checkbox"/>								
PRISE EN CHARGE ADDICTO / INFORMATION PATIENT									
Remise d'un document d'information :	<input type="checkbox"/>	Pas de remise de document :				<input type="checkbox"/>			
COMMUNICATION AVEC MEDECIN TRAITANT									
Courrier médecin traitant via patient :	<input type="checkbox"/>								
Courrier médecin traitant via apycrypt :	<input type="checkbox"/>								

Intoxication Éthylique Aigue :	<input type="checkbox"/>	Traumatisme lié à l'alcool :	<input type="checkbox"/>	Syndrome de sevrage :	<input type="checkbox"/>	Conséquence somatique d'une intoxication éthylique chronique :	<input type="checkbox"/>	CNH :	<input type="checkbox"/>
TAUX D'ALCOOLEMIE									
en gramme(s) :		<input type="text"/>							
COMPORTEMENT PATIENT									
Pas de contention :	<input type="checkbox"/>	Contention physique nécessaire (mécanique) :	<input type="checkbox"/>	Contention chimique nécessaire (pharmacologique) :	<input type="checkbox"/>				
PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIE									
Consultation UAL :	<input type="checkbox"/>	Précisions : <input type="text"/>							
Pas de consultation UAL :	<input type="checkbox"/>								
PRISE EN CHARGE ADDICTO / INFORMATION PATIENT									
Remise d'un document d'information :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> Refus patient Heure/Jour non ouvré Vu par autre structure (IDE psy etc) 							
COMMUNICATION AVEC MEDECIN TRAITANT									
Courrier médecin traitant via patient :	<input type="checkbox"/>								
Courrier médecin traitant via apycrypt :	<input type="checkbox"/>								
Courrier médecin traitant via courrier postal :	<input type="checkbox"/>								

TAUX D'ALCOOLEMIE			
en gramme(s) : <input type="text"/>			
COMPORTEMENT PATIENT			
Pas de contention :	<input type="checkbox"/>	Contention physique nécessaire (mécanique) :	<input type="checkbox"/>
		Contention chimique nécessaire (pharmacologique) :	<input type="checkbox"/>
PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIE			
Consultation UAL : <input type="checkbox"/>			
Pas de consultation UAL :	<input type="checkbox"/>	Précisions :	<input type="text"/>
PRISE EN CHARGE ADDICTO / INFORMATION PATIENT			
Remise d'un document d'information :	<input type="checkbox"/>	Pas de remise de document :	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION AVEC MEDECIN TRAITANT			
Courrier médecin traitant via patient :	<input type="checkbox"/>		
Courrier médecin traitant via apcript :	<input type="checkbox"/>		
Courrier médecin traitant via courrier postal :	<input type="checkbox"/>		
Pas de courrier :	<input type="checkbox"/>	Précision :	<input type="text"/>
DEVENIR PATIENT			
<input type="text"/>			

Refus patient
 parti(e) sans attendre
 Sans raison particulière

TAUX D'ALCOOLEMIE			
en gramme(s) : <input type="text"/>			
COMPORTEMENT PATIENT			
Pas de contention :	<input type="checkbox"/>	Contention physique nécessaire (mécanique) :	<input type="checkbox"/>
		Contention chimique nécessaire (pharmacologique) :	<input type="checkbox"/>
PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIE			
Consultation UAL : <input type="checkbox"/>			
Pas de consultation UAL :	<input type="checkbox"/>	Précisions :	<input type="text"/>
PRISE EN CHARGE ADDICTO / INFORMATION PATIENT			
Remise d'un document d'information :	<input type="checkbox"/>	Pas de remise de document :	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION AVEC MEDECIN TRAITANT			
Courrier médecin traitant	<input type="checkbox"/>		
Sortie ou CNH	<input type="checkbox"/>		
Fugue	<input type="checkbox"/>		
H° UHCD	<input type="checkbox"/>		
H° Médecine	<input type="checkbox"/>		
H° Chirurgie	<input type="checkbox"/>		
H° Réanimation	<input type="checkbox"/>		
Transfert hors CHVSM	<input type="checkbox"/>	Précision :	<input type="text"/>
Décédé	<input type="checkbox"/>		
<input type="text"/>			

Annexe 3 : questionnaire Audit-C

A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais = 0
- Une fois par mois ou moins = 1
- 2 à 4 fois par mois = 2
- 2 à 3 fois par semaine = 3
- Au moins 4 fois par semaine = 4

Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool

- 1 ou 2 = 0
- 3 ou 4 = 1
- 5 ou 6 = 2
- 7 à 9 = 3
- 10 ou plus = 4

Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

- Jamais = 0
- Moins d'une fois par mois = 1
- Une fois par mois = 2
- Une fois par semaine = 3
- Tous les jours ou presque = 4

Un score >4 chez l'homme et >3 chez la femme signe un mésusage de l'alcool et relève d'une intervention brève.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'abus d'alcool est un problème de santé publique en France, entraînant 49 000 décès annuels et 2.2% des hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique. L'alcool est le deuxième pôle de dépenses de santé concernant les hospitalisations. Le passage aux urgences est l'occasion d'aborder le sujet de l'alcool avec ces patients et de débiter une prise en charge addictologique.

L'objectif de notre étude a été d'évaluer les consultations aux urgences de Verdun pour un motif lié à l'alcool, de recueillir des données socio-démographiques et épidémiologiques concernant ces patients, d'évaluer leur prise en charge en terme d'addictologie et enfin de calculer le coût de ces consultations.

Cette étude a été menée du 1er mai au 10 août 2016 et a permis d'inclure 206 consultations concernant 169 patients différents. Trois patients sur quatre étaient des hommes et l'âge moyen était de 41.5 ans. La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était celle des inactifs et les alcoolémies entre 2 et 3g/L étaient plus fréquemment retrouvées. Vingt-et-un pour cent des patients ont été vus en consultation par l'Unité d'Addictologie de Liaison. Concernant les autres, un quart ont vu l'infirmier de liaison psychiatrique en entretien.

Au total, le coût des hospitalisations à l'UHCD et consultations aux urgences était de plus de 130 000€ sur cette période, transport exclus. Le coût moyen par patient est de 631€.

La proportion des admissions aux urgences liées à l'alcool est modérée, mais elles engendrent 20% des hospitalisations à l'UHCD, sources d'un investissement médical et paramédical considérable. Des moyens supplémentaires pour renforcer la prise en charge en addictologie sont donc à mettre en œuvre.

TITRE EN ANGLAIS

Assessment of alcohol-related emergency consultations regarding to demography, epidemiology, economy and addiction care : example of the emergency department of Verdun.

A cohort study with 206 cases.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2016

MOTS CLÉS :

Alcool; intoxication éthylique aiguë; intoxication éthylique chronique; urgences; addictologie; coût

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
