



Université Lille 2  
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Impact de l'intoxication éthylique aiguë  
au service d'urgences  
du Centre Hospitalier de Dunkerque*

Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2013

Par Lionel SEGARD

Jury

Président : Monsieur le Professeur E. WIEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur O. COTTENCIN  
Monsieur le Professeur H. HUBERT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur F. CARDON

**Auteur : SEGARD Lionel**

**Date de Soutenance : 25 septembre 2013**

**Titre de la Thèse :**

***Impact de l'intoxication éthylique aiguë  
au service des urgences  
du Centre Hospitalier de Dunkerque.***

**Thèse - Médecine - Lille 2013**

**Cadre de classement : DES de médecine générale – DESC de médecine d'urgences.**

**Mots-clés : Alcool, Intoxication éthylique aiguë, Impact, Urgences, Mésusage**

**Contexte :** L'intoxication éthylique aiguë (IEA) est un motif fréquent de recours aux urgences. La prise en charge idéale de ces patients au SAU est décrite dans une conférence de consensus. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'impact de la prise en charge d'un patient alcoolisé dans un service d'accueil et d'urgences (SAU).

**Méthode :** Notre étude est un travail descriptif, observationnel et transversal durant 14 jours au SAU du Centre Hospitalier de Dunkerque. Les patients inclus étaient soit en état d'ébriété apparente, soit il déclarait avoir consommé de l'alcool dans les 24 heures. Une éthylométrie par air expiré ou dosage sanguin permettait de confirmer et de quantifier l'alcoolisation.

**Résultats :** 138 patients étaient inclus soit 9 % des admissions au SAU. Deux tiers des patients inclus étaient en ivresse apparente. La moitié des patients détérioraient la qualité des soins les concernant et un quart, la qualité des soins des autres patients. Ils ont été admis par un moyen de secours dans 82,5 % des cas. Il existait un lien direct entre l'alcoolisation et le motif d'admission dans 82% des cas. Les patients inclus passaient près de 4 heures au SAU et ont été hospitalisés dans un tiers des cas.

La moitié des patients alcoolisés présentaient des critères de mésusage de l'alcool selon le questionnaire DETA. Le mésusage et l'ébriété majoraient l'impact sur la qualité des soins dispensés aux autres patients et surtout à eux-mêmes, l'impact sur les modalités d'admission, l'impact sur le parcours de soins. Pourtant, seuls 20 % des patients bénéficiaient d'une consultation d'addictologie.

**Conclusion :** Le patient alcoolisé impacte l'activité du SAU du Centre Hospitalier de Dunkerque. La fréquence des patients alcoolisés, le lien direct entre le motif d'admission et l'état d'ébriété, le comportement du patient alcoolisé perturbent la qualité des soins et représentent une charge de travail conséquente pour le service.

Le service des urgences peut être le lieu du dépistage, d'alerte et de propositions thérapeutiques du patient aux conduites à risque.

Un travail national sous la direction des sociétés savantes de médecine d'urgence et d'addictologie pourrait sensibiliser les autorités de santé sur la maladie alcoolique afin d'intensifier la prévention, au même titre que le tabac par exemple.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Eric WIEL

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Hervé HUBERT

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Florent CARDON

**Author : SEGARD Lionel**

September 25th, 2013

Title :

***Impact of the acute alcoholic intoxication on the emergency department  
at the Dunkerque Hospital.***

Thesis for the Doctorate in Medecine, Faculty of Medicine of Lille 2, 2013

**Termination** : Emergency/Addictology

**Keywords** : Alcohol, Acute alcoholic intoxication, Impact, Emergency department, Misuse

**Context** : The prevalence of the acute alcoholic intoxication in the emergency department (ED) is important. The way in which the patients are in the care of hospital is well described. The objective of our work is to estimate the impact of the care of a patient under the influence of alcohol in an ED.

**Method** : Our descriptive, observational study was performed over 14 days in the Dunkerque Hospital ED. Patients were included after having declared alcohol consumption in the 24 hours before their admission or being in a state of drunkenness. The presence of alcohol was confirmed by breath analyzer or blood test.

**Results** : 138 intoxicated patients are included that to say 9 % of the admissions were intoxicated. Two thirds of the included patients were visibly in a state of drunkenness. Half of those patients decrease the quality of their own care and a quarter decreasing the quality of care of the other patients. They are admitted by an ambulance in 82,5 % of the cases. The included patients spend nearly 4 hours in the ED and were admitted to the hospital in a third of the cases.

Half of the intoxicated patients present criterions of alcohol misuse according to the DETA questionnaire. Alcohol misuse and drunkenness increase the impact on the quality of care to the other patients and especially to themselves, the impact on the means of transport to the hospital, the impact on the course of care. Nevertheless, only 20 % of the patients have an addictology consultation.

**Conclusion** : The intoxicated patient impacts the activity of the Dunkerque Hospital ED. The frequency of the intoxicated patients, the immediate connection between the motive for admission and the drunkenness, the behaviour of the intoxicated patient perturbs the quality of care and involves a substantial amount of work for the department.

The ED can be the place for the screening, the alert and the therapeutic proposals of the patient in high-risk behaviours.

Under the supervision of academic associations of emergency medicine and addictology, a national initiative could make health authorities sensitive to alcoholic disease in order to encourage prevention, similar to the current approach with tobacco.

**Jury's composition :**

<b>President :</b>	Monsieur le Professeur Eric WIEL
<b>Assessors :</b>	Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN Monsieur le Professeur Hervé HUBERT
<b>Supervisor :</b>	Monsieur le Docteur Florent CARDON

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	14
II - MATERIELS ET METHODES .....	16
A.    Matériels.....	16
1.    Questionnaire élaboré .....	16
2.    Validation .....	16
3.    Patients .....	17
B.    Méthodes .....	18
1.    Type d'étude .....	18
2.    Recueil des données.....	18
3.    Méthode de recueil.....	19
4.    Modalités de recueil .....	20
5.    Sous-groupes.....	20
6.    Traitement statistique .....	22
III – RESULTATS .....	24
1.    Modalités de sélection.....	24
2.    Caractérisation des sous-groupes.....	25
3.    Caractéristiques de la population étudiée.....	25
4.    Impact sur la qualité des soins .....	27
5.    Impact sur les modalités de l'admission .....	29
6.    Impact sur le parcours de soins.....	30
7.    Impact sur la charge de soins.....	32
8.    Profils de consommations et habits .....	34

IV – Discussion.....	37
1. Caractéristiques de la population .....	38
2. Une détérioration de la qualité des soins.....	40
3. Impact lors de l’admission .....	41
4. Une hospitalisation fréquente mais courte.....	42
5. Une charge de soins non négligeable .....	42
6. Profils de consommation de substances psychoactives .....	43
V - LES LIMITES DE L’ETUDE .....	45
1. Type d’étude .....	45
2. Biais de recrutement .....	45
3. Biais de collecte .....	46
4. Méthode .....	46
VI - POSSIBILITES D’AMELIORATION .....	47
1. Systématisation du dépistage.....	47
2. Intervention brève à populariser .....	47
3. Les bénéfices attendus .....	48
CONCLUSION .....	49
VIII - BIBLIOGRAPHIE .....	50
IX – LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	55
X – Annexes.....	56
1. Annexe 1 – Questionnaire de l’étude.....	56
2. Annexe 2 – Formulaire de consentement.....	62
3. Annexe 3 – Fiche d’information individuelle.....	63
4. Annexe 4 – Représentations des profils de consommation .....	64

# INTRODUCTION

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France [1]. L'intoxication alcoolique a une répercussion majeure sur la santé publique. L'OMS estime que l'alcool est le troisième facteur de risque de mort prématurée et d'incapacité dans le monde [2]. En 2008, la consommation d'alcool pur était estimée à 12,3 litres par an en France [3], quantité semblable à la moyenne européenne.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a fait paraître en 2013 un état des lieux sur l'alcool. Informations vulgarisées par de nombreux médias : 49 000 décès par an directement imputables à l'alcool [4], 55 000 séjours hospitaliers pour intoxication éthylique aiguë (IEA) [5], 400 000 personnes admises à l'hôpital pour des troubles liés à l'alcool (comas, troubles psychiatriques, hépatopathies, etc.). L'alcool serait alors la première cause d'hospitalisation, devant le diabète ou les maladies cardio-vasculaires.

Sur le plan socio-économique, l'alcool coûterait 17,6 milliards d'euros par an en France soit 2,3 % du PIB [6]. 50 % des crimes et 20 % des délits se produiraient dans un contexte d'alcoolisation [7].

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, la consommation quotidienne semble plus importante que dans le reste de la France. Il est indéniable que la région est en tête pour les décès par alcoolisme et cirrhose hépatique [8].

Les services d'accueil et d'urgences (SAU) sont en première ligne pour prendre en charge les patients avec une IEA. Près d'un patient sur cinq admis dans un SAU présente une alcoolémie positive, quel que soit le motif d'admission [9]. Une visite en rapport avec une IEA aux urgences est prédictive de troubles liés à l'alcool, d'accident de la voie publique mais aussi de mort prématurée [10]. Près de 50 % des accidents et des traumatismes sévères se dérouleraient sous les effets de l'alcool [11, 12]. L'alcool est connu pour être responsable de nombreuses pathologies [13], nécessitant parfois un recours aux urgences.

Un consommateur avec mésusage risque davantage de venir aux urgences [14]. Malgré la haute fréquence de la consommation l'alcool, il y a un sous-diagnostic du mésusage de

l'alcool dans les SAU [15]. Cette sous-évaluation et la banalisation de l'alcool posent la question d'un retentissement minoré sur l'hôpital et notamment sur les SAU. Or il existe peu d'études qui évaluent le retentissement de l'alcool sur les SAU.

L'objectif de notre travail est de montrer l'impact de l'alcool sur l'activité du service d'accueil et d'urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque, selon le profil de consommation du patient admis.

## II - MATERIELS ET METHODES

### A. Matériels

#### 1. Questionnaire élaboré

Ce questionnaire a été élaboré afin de connaître et d'évaluer :

- Objectif principal :
  - L'impact d'un patient éthyliisé dès son admission sur l'activité d'un service d'urgence
- Objectifs secondaires :
  - L'étude des profils de consommation d'alcool et leur incidence sur l'activité aux urgences.
  - Le profil social de la personne interrogée et le profil des consommations du patient.

#### 2. Validation

Le travail a été présenté et approuvé par le chef de service du SAU du Centre Hospitalier de Dunkerque. L'avis de la direction de l'information médicale du Centre Hospitalier de Dunkerque, par l'intermédiaire du Docteur Coevoet, a été sollicité afin de valider la procédure.

Tous les patients participants étaient volontaires et ont donné leur consentement écrit après information orale et écrite. Le consentement (Annexe 2) a été obtenu lorsque leur état était jugé compatible avec une bonne compréhension de l'étude et la possibilité d'obtenir un accord éclairé. Il leur a été distribué une fiche d'information concernant l'étude (Annexe 3).

Pour respecter la confidentialité, l'ensemble a été anonymisé.



### **3. Patients**

#### **a. Population étudiée**

Dunkerque compte près de 100 000 habitants, ce qui fait d'elle la première ville de la région Nord-Pas-de-Calais en population, hors métropole lilloise. La communauté urbaine de Dunkerque – Grand Littoral compte environ 200 000 habitants [16].

Sur le même territoire, outre le Centre Hospitalier de Dunkerque, la Polyclinique de Grande-Synthe possède un service d'accueil des urgences. Une partie des moyens est mutualisée dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

Le Centre Hospitalier de Dunkerque possède plus de 800 lits avec environ 60 000 hospitalisations par an.

Le service des urgences accueille environ 55 000 patients par an soit une moyenne de 155 entrées par jour. Le nombre annuel d'entrées est en augmentation progressive.

#### **b. Critères d'inclusion**

Tous les patients admis dans ce service durant la quinzaine « OH weeks » étaient susceptibles d'être inclus dans notre étude dès lors qu'ils déclaraient avoir consommé de l'alcool le jour de la consultation ou s'ils paraissaient en état d'ébriété.

Ils devaient cependant avoir plus de 18 ans et accepter de participer à l'étude.

#### **c. Critères d'exclusion**

- Patients mineurs (moins de 18 ans).
- Refus de participer à l'étude.
- Ethylométrie négative.
- Réquisition des forces de l'ordre.

#### **d. Critères de non-inclusion**

Il n'a pas été retenu de facteurs pouvant perturber les éléments de l'éthylométrie expirée, notamment l'hypothermie, toute pathologie pouvant altérer les échanges alvéolo-capillaires (asthme, emphysème, etc.) ou l'ingestion de certaines substances car ceux-ci ont tendance à minorer l'éthanolémie, et non à la majorer [17].

## **B. Méthodes**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, transversale, monocentrique.

### **2. Recueil des données**

Les questionnaires « OH » comportent différents paramètres :

- Les critères d'inclusion et d'exclusion
  - La consommation ou non d'alcool le jour de la consultation et/ou l'éventuel état d'ébriété apparent.
  - Les possibles critères d'exclusion : être mineur, être amené par les forces de l'ordre pour une réquisition, avoir un éthylotest négatif.
  - Les résultats de l'éthylotest en mg/l ou l'éventuelle alcoolémie en g/l.
- Impact sur la qualité des soins
  - L'évaluation par le soignant du retentissement de l'état du patient sur la qualité des soins au patient et dans le service par des échelles d'intensité type Likert.
  - L'évaluation par le soignant d'un éventuel lien de cause à effet entre la consommation d'alcool du patient et le motif d'entrée.
  - L'état comportemental initial du patient et son évolution.
- Impact sur le parcours de soins
  - Le devenir du patient.
  - Le diagnostic final.
  - La durée d'hospitalisation dans le service d'urgence et la durée totale de séjour.
- Impact sur la charge des soins
  - La réalisation ou non d'examens complémentaires et d'actes thérapeutiques.

- Mode d'admission
  - Le jour de la semaine et l'heure de l'admission.
  - Le moyen de transport à l'entrée.
- Profil de la population étudiée
  - Caractéristiques identitaires du patient (sexe, âge).
  - La catégorie socio-professionnelle du patient.
  - Le motif principal d'entrée.
  - L'évaluation de la consommation alcoolique à la recherche d'un mésusage selon les critères de l'OMS.
  - Le dépistage d'un mésusage en évaluant le type de consommation avec le questionnaire DETA.
  - Les autres intoxications associées.
  - La réalisation ou non d'une consultation d'addictologie.

### **3. Méthode de recueil (Annexe 1)**

Les données sont recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire. Celui-ci est constitué de trois parties.

Une première partie était remplie par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) après recueil du consentement du patient lors de son admission. L'IAO devait collecter également les critères d'inclusion ou d'exclusion et se chargeait de l'éthylométrie par air expiré.

L'éthylométrie permettait d'obtenir un critère objectif pour confirmer l'alcoolisation. Sa mesure permettait secondairement de collecter une mesure quantitative fiable de la consommation [18].

Une seconde partie concernait le médecin soignant qui prendra en charge le patient.

Enfin, pour quantifier la charge de travail et déterminer les délais d'hospitalisation, retrouver l'avis d'addictologie et lister les examens complémentaires et les actes thérapeutiques pour quantifier la charge de travail, nous sommes retournés, une fois les questionnaires remplis,

dans le dossier médical du patient par le biais de l'interface URQUAL pour retrouver ces informations. Chaque jour, les données manquantes étaient recueillies.

#### **4. Modalités de recueil**

Le premier feuillet du questionnaire était nominatif et associé à l'attribution d'un numéro. Il contenait également les critères d'inclusion et d'exclusion. Ce premier feuillet était conservé jusqu'à pouvoir récupérer dans un second temps l'ensemble des données concernant le patient (temps de passage, durée de séjour, examens, actes thérapeutiques, intervention d'un addictologue). Il était alors détachable puis détruit afin de compléter l'anonymisation.

#### **5. Sous-groupes**

Des sous-groupes ont été créés en fonction du profil de consommation d'alcool du patient afin d'analyser cet impact. Ainsi deux profils ont été retenus : une population qui a une consommation à risque ou pathologique, autrement appelée « mésusage » et une population avec des signes évidents d'intoxication éthylique aiguë, appelée aussi « ébriété ». L'analyse de ces groupes a été distincte.

##### **a. Groupes Mésusage / Groupe Sans usage à risque**

- Définition de mésusage (Annexe 4)

L'usage à risque est une consommation susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages [19].

Il existe tout d'abord un risque différé et cumulatif associé à une morbi-mortalité qui augmente avec la quantité d'alcool consommé. Ce risque est défini par les critères OMS de consommation à risque : 21 verres standards (VS équivalent à 10 gr d'alcool pur) par semaine pour les hommes (soit 3 verres par jour) ou 14 verres standards par semaine pour les femmes (soit 2 verres par jour). Est également considérée comme à risque la consommation à partir 5 verres standards en une occasion.

Par ailleurs, il existe également un risque immédiat en cas de situation à risque (conduite de véhicule, poste de sécurité, etc.) ou en cas de risque individuel (consommation rapide, autres produits associés, pathologies organiques et/ou psychiatriques, situation particulière comme la grossesse, etc.).

L'usage à risque peut évoluer vers l'usage nocif, caractérisé par une consommation répétée et sans signe de dépendance et/ou par des dommages physiques ou psychiques induits par la consommation d'alcool. L'usage peut également évoluer vers la dépendance, caractérisée par une perte de la maîtrise de la consommation.

L'usage à risque, l'usage nocif et l'alcool-dépendance sont regroupés sous le terme de « mésusage ».

- Moyens de dépistage

Le questionnaire DETA (Diminuer – Entourage – Trop – Alcool), ou CAGE en anglais, permet de dépister des consommations inappropriées en quatre questions. Ce test a notamment été validé aux urgences avec une très bonne spécificité et une bonne sensibilité [20, 21].

Il existe d'autres moyens diagnostics tels que l'AUDIT notamment [22], validé également, mais d'utilisation plus longue avec des questions plus nombreuses et plus complexes.

Les questions sont simples et appellent une réponse positive ou négative. Dans le cadre de notre étude, les questions étaient lues au patient :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Ainsi, ce test rapide permet en quelques secondes de déterminer si le patient présente un risque de mésusage de l'alcool.

Lorsque le patient répond de façon positive à au moins deux questions sur quatre, il est à risque de mésusage de l'alcool. Au moins 3 réponses positives ou un « oui » à la dernière question sont fortement évocateurs d'une alcool-dépendance [23].

- Critères d'intégration

Tous les patients inclus qui avaient au moins deux réponses positives au questionnaire DETA, intégraient le groupe *Mésusage*. Le groupe *Sans usage à risque* correspondait aux autres patients qui n'avaient pas plus d'une seule réponse positive au questionnaire.

## **b. Groupes Ebriété / Groupe Sans ébriété**

- Définition de l'ébriété

L'ébriété se définit comme l'intoxication éthylique aiguë avec manifestations cliniques. Les manifestations de l'intoxication sont très variables et influencées par de nombreux facteurs : congénitaux (predisposition génétique, sexe), acquis (âge, poids, pathologies associées, habitudes de consommation, prise concomitante d'autres substances psychoactives, etc.) et les modalités de la prise d'alcool (type, dose ingérée et rapidité d'ingestion, ingestion

simultanée d'aliments, etc.) [24].

Il est donc également difficile de déterminer une corrélation fiable entre les signes cliniques constatés et les taux d'alcool [25, 26].

Selon la dernière conférence de consensus concernant la prise en charge de l'éthylisation aiguë dans les services d'urgence proposée par la SFMU [27], on distingue l'IEA simple avec trois phases (excitation psychomotrice avec désinhibition et euphorie, incoordination et trouble de la vigilance, coma) et l'IEA pathologique (tableau clinique prolongé avec dangerosité potentielle).

Ainsi il est parfois difficile de déterminer la présence d'une IEA car les signes sont parfois frustes notamment chez des patients avec une chronicité de consommation ou avec une manifestation clinique atypique.

- Critères d'intégration

Les critères de l'IEA concernaient les manifestations habituelles de l'ébriété : logorrhée, incoordination motrice, conjonctives brillantes et injectées, haleine caractéristique, agitation psychomotrice et éventuellement troubles de la vigilance.

Le soignant jugeait si l'état du patient correspondait au tableau d'IEA. Dans le cas contraire, le patient intégrait le groupe *Sans Ebriété*.

## **6. Traitement statistique**

### **a. Saisie des données**

Tous les questionnaires récupérés, après avoir été anonymisés, ont été saisis informatiquement sur une session sécurisée du Centre Hospitalier de Dunkerque avec le logiciel SPHINX fourni par le laboratoire du Pr. Hubert.

### **b. Analyse statistique**

Les données ont ensuite été analysées par le logiciel SPSS.

Pour les données descriptives, l'analyse a été faite pour calculer le pourcentage par rapport à la population globale. Les données quantitatives (âge, alcoolémie, temps de passage aux urgences, la durée totale du séjour hospitalier, le nombre de verres consommés par jour et par semaine, le nombre de « oui » au questionnaire DETA) sont exprimées en médiane avec les quartiles et en moyenne avec écart-type.

Pour l'étude des sous-groupes, les données qualitatives ont été analysées par le test du Khi<sup>2</sup> de Pearson ou par le test de Fischer lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5.

Les données quantitatives ont été considérées comme non paramétriques et ont pu être analysées par le test de Mann-Whithney.

Les tests étaient considérés comme significatifs lorsque  $p < 0,05$ .

### III – RESULTATS

#### 1. Modalités de sélection (Figure 1)

Sur la période du 19 mars au 01 avril 2013, 138 patients ont participé à l'étude OH.

Sur un total de 1561 patients pour cette période, 299 étaient éligibles à l'étude : soit ils présentaient un état d'ébriété clinique, soit ils déclaraient avoir consommé de l'alcool dans les 24 heures.

185 patients ont été inclus, après avoir exclu les patients ayant un éthylotest négatif (n = 88) et les réquisitions (n = 26). 47 patients ont été exclus secondairement.

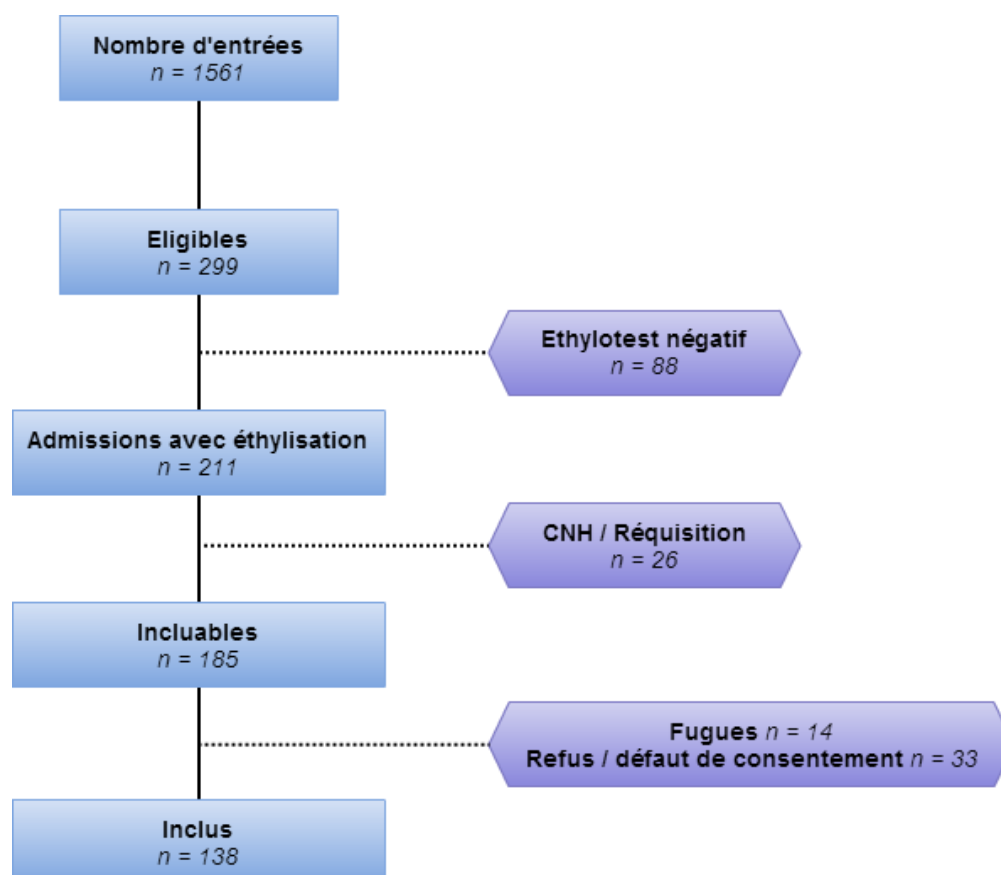


Figure 1 – Flowchart de la population étudiée



## 2. Caractérisation des sous-groupes

### a. Groupes Mésusage / Sans usage à risque

Dans le groupe « mésusage », 78 patients ont été répartis soit 56,5 % de l'ensemble. 60 patients ont été répartis dans l'autre groupe.

### b. Groupes Ebriété apparente / Sans ébriété apparente

93 patients (67,4 %) ont intégré le groupe « Ebriété apparente » et 45 patients (32,6 %) ont intégré celui « Sans ébriété apparente ».

## 3. Caractéristiques de la population étudiée (Tableau 1)

Caractéristiques de la population	Population étudiée (n = 138)	Mésusage (n = 78)	Sans usage à risque (n = 60)	P	Ebriété apparente (n = 93)	Sans ébriété apparente (n = 45)	P
<b>Proportion des entrées n = 1561 n (%)</b>	138 (8,84)	78 (5,00)	60 (3,84)		93 (5,96)	45 (2,88)	
<b>Sexe n (%)</b>				0,393			0,438
Homme	95 (68,8)	56 (71,8)	39 (65)		66 (71)	29 (64,4)	
Femme	43 (31,2)	22 (28,2)	21 (35)		27 (29)	16 (35,6)	
<b>Age médian [Q25 - Q75], année</b>	45,5 [32 - 55]	48 [39 - 56]	38,5 [25 - 54]	0,018	43 [35 - 53]	48 [26 - 63]	0,946
<b>Age moyen ± Ecart type</b>	45,3 ± 16,5	47,4 ± 12,0	42,6 ± 20,7		44,7 ± 13,3	46,6 ± 21,7	
<b>Catégorie socio-professionnelle n (%)</b>							
En activité	38 (27,9)	17 (22,1)	21 (35,6)		19 (20,7)	21 (43,3)	
Retraités	21 (15,4)	8 (10,4)	13 (22,0)		11 (12,0)	10 (22,7)	
Sans activité professionnelle	62 (45,6)	39 (50,6)	23 (39,0)		49 (53,3)	13 (29,5)	
SDF	15 (11,0)	13 (16,9)	2 (3,4)		13 (14,1)	2 (4,5)	
<b>Consommation déclarée à l'entrée n (%)</b>	123 (89,8)	70 (89,7)	53 (88,3)	0,609	82 (89,1)	41 (91,1)	0,488
<b>Ebriété apparente à l'admission n (%)</b>	93 (67,4)	63 (80,8)	30 (50)	0,001	93 (100)	0 (0)	
<b>Alcoolémie mesurée ou calculée g/l</b>				0,002			< 0,001
Médiane [Q25 - Q75]	2,55 [1,23 - 3,69]	3,17 [1,53 - 3,92]	1,81 [0,53 - 3,12]		2,79 [1,95 - 3,66]	0,70 [0,39 - 1,62]	
Moyenne	2,62 ± 1,81	3,03 ± 1,77	2,08 ± 1,72		2,88 ± 0,97	1,03 ± 0,61	
<b>Motif d'admission n (%)</b>							
Traumatologique	58 (42,0)	25 (32,1)	33 (55)		34 (36,6)	24 (53,3)	
Médical	54 (39,1)	31 (39,7)	23 (38,3)		35 (37,6)	19 (42,2)	
Psychiatrique	26 (18,8)	18 (23,1)	4 (6,7)		20 (21,5)	2 (4,4)	
Demande d'aide sociale	4 (2,9)	4 (5,1)	0 (0)		4 (4,3)	0 (0)	
<b>Accident de travail n (%)</b>	7 (5,1)	4 (5,1)	3 (5,0)	0,631	3 (3,5)	4 (9,3)	0,223

**Tableau 1 : Caractéristiques des populations**

### a. Sexe

Les hommes sont en nette majorité par rapport aux femmes soit un ratio supérieur à 2/1.

## **b. Age**

La moyenne d'âge était de 45,3 ans  $\pm$  16,5.

Les patients présentant des signes de mésusage de l'alcool sont plus âgés avec un âge médian à 48 ans contre 38,5 pour les autres patients ( $p = 0,018$ ).

Alors que les patients en état ébrioux ont tendance à être plus jeunes sans significativité (âge médian 43 vs 48).

## **c. Catégories socio-professionnelles**

Presque la moitié des patients sont sans activité professionnelle (45,6 %). Les patients en activité sont minoritaires (27,9 %). 15,4 % des patients sont des retraités.

Les sans-domicile-fixe (SDF) représentent 1 patient sur 10. Ces chiffres s'accroissent chez les patients en état d'ébriété (53,3% sans activité professionnelle et 14,1 % de SDF) ainsi que ceux présentant un mésusage (50,6% sans activité professionnelle et 16,9 % de SDF).

## **d. Consommation d'alcool et ébriété**

90 % déclarent avoir consommé de l'alcool lors de leur admission et deux tiers des patients inclus sont en état d'ébriété apparente.

L'ébriété apparente est même significativement supérieure dans le groupe *mésusage* (80,8 % vs 50 % ;  $p < 0,001$ ).

## **e. Alcoolémie mesurée et calculée.**

La majorité des patients ont bénéficié d'une éthylométrie par air expiré. Certains ont bénéficié d'une alcoolémie lorsque la réalisation de l'éthylotest n'était pas réalisable. Le rapport des deux correspond à l'éthylométrie (mg/l d'air expiré) x 2 pour obtenir l'équivalence avec l'alcoolémie (g/l), ceci afin d'harmoniser les résultats, malgré une alcoolémie minorée lors de cette conversion [28].

L'alcoolémie médiane est de 2,55 g/l.

13 % ont une alcoolémie inférieure à 1 gr/l alors que plus d'un tiers des patients a plus de 3 g/l.

L'alcoolémie est supérieure pour les personnes semblant présenter un mésusage de l'alcool ( $p = 0,002$ ) et les personnes en état d'ébriété ( $p < 0,001$ ).

#### f. Motifs d'admission

La cause traumatologique prédomine lors de l'admission aux urgences (42,0%). La cause psychiatrique représente 15,9 % des admissions aux urgences.

L'origine psychiatrique motivant l'admission aux urgences s'accroît chez les patients avec un état d'ébriété (21,5 % vs 4,4 %), de même pour les patients semblant présenter un mésusage de l'alcool (23,1 % vs 6,7 %).

La demande d'aide sociale est nécessaire pour 4 patients et concerne exclusivement les personnes en état d'ébriété (4,3 % vs 0 %) ou le groupe des patients avec un mésusage (5,1 % vs 0 %).

#### g. Accident de travail

7 patients inclus (5,1 %) se présentaient aux urgences pour un accident de travail. 5 venaient pour une cause traumatique, 1 patient pour une cause médicale (malaise sans perte de connaissance) et 1 patient parce qu'il était dans l'incapacité de travailler.

### 4. Impact sur la qualité des soins (Tableau 2)

Impact sur la qualité des soins	Population étudiée (n = 138)	Mésusage (n = 78)	Sans usage à risque (n = 60)	p	Ebriété apparente (n = 93)	Sans ébriété apparente (n = 45)	p
<b>Influence sur la qualité des soins au patient n (%)</b>				< 0,001			< 0,001
Détérioration des soins	74 (53,6)	52 (66,7)	22 (36,7)		65 (69,9)	9 (20)	
Pas d'influence	64 (46,4)	26 (33,3)	38 (63,3)		28 (30,1)	36 (80)	
<b>Influence sur la qualité des soins dans le service n (%)</b>				0,016			0,005
Détérioration des soins	32 (23,2)	24 (30,8)	8 (13,3)		30 (32,2)	2 (4,4)	
Pas d'influence	106 (76,8)	54 (69,2)	52 (86,7)		63 (67,8)	43 (95,6)	
<b>Comportement initial n (%)</b>							
Calme	107 (77,5)	57 (73,1)	50 (83,3)		64 (68,8)	43 (95,6)	
Agité	21 (15,2)	15 (19,2)	6 (10,0)		19 (20,4)	2 (4,4)	
Comateux	10 (7,2)	6 (7,7)	4 (6,7)		10 (10,8)	0 (0)	
<b>Evolution du comportement n (%)</b>							
Calme	110 (79,7)	58 (74,4)	52 (86,7)		68 (73,1)	42 (93,3)	
Agité	20 (14,5)	15 (19,2)	5 (8,3)		18 (19,4)	2 (4,4)	
Comateux	8 (5,8)	5 (6,4)	3 (5,0)		7 (7,5)	1 (2,2)	
<b>L'alcool a favorisé l'entrée n (%)</b>	113 (81,9)	66 (84,6)	47 (78,3)	0,342	88 (94,6)	25 (63,6)	< 0,001

**Tableau 2 – Impact sur la qualité des soins**

#### a. Influence sur la qualité des soins au patient

Plus de la moitié des patients dégradent la qualité des soins les concernant selon les médecins qui les prennent en charge dont 47,3% ont une influence très négative  $\geq 8$  sur l'échelle d'évaluation.

Lorsqu'un patient semble être dans le mésusage de l'alcool, cette influence augmente de manière significative en fréquence ( $p < 0,001$ ) et en intensité (influence  $\geq 8$  :  $p < 0,01$ ).

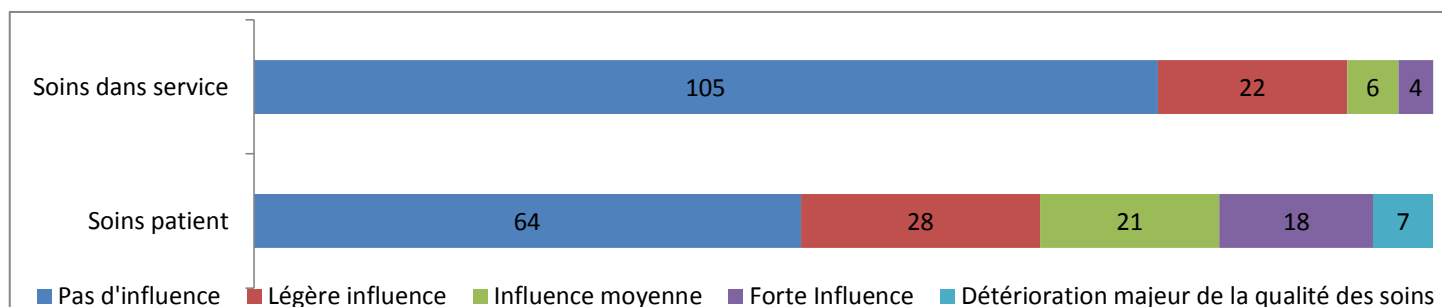
De même, les patients en état d'ébriété altèrent la qualité des soins les concernant en fréquence ( $p < 0,001$ ) et en intensité (influence  $\geq 8$  :  $p < 0,01$ ).

### b. Influence sur la qualité des soins dans le service

23,2 % patients avec une alcoolémie positive détériorent la qualité des soins dans le service dont 12,5 % ont une influence très négative ( $\geq 8$ ).

Cette mauvaise influence se majore significativement chez un tiers des patients en état d'ébriété ( $p = 0,005$ ) dont 10 % ont une influence très négative ( $\geq 8$ ).

Les médecins estiment que 30,8 % des cas du groupe *mésusage* ont une mauvaise influence sur la qualité des soins dans le service contre 13,3 % du groupe *Sans usage à risque*. 16,7 % patients du groupe *mésusage* auraient une influence très négative sur le service.



**Figure 2 : Intensité de l'influence sur la qualité des soins**

### c. L'alcoolisation favoriserait-elle l'admission ?

Les soignants pensent que dans 81,9 % des cas ( $n = 113$ ), l'alcoolisation a favorisé l'admission aux urgences.

Le lien direct entre l'alcool et l'admission touche particulièrement les patients en état d'ébriété (94,6 % vs 63,9 % ;  $p < 0,001$ ). L'alcoolisation a également favorisé l'admission des patients présentant un mésusage (84,6 % vs 78,3 % ;  $p = 0,342$ ).

#### d. Etat comportemental

##### ▪ Comportement initial

15,2 % des patients inclus sont agités voire agressifs verbalement ou physiquement alors que 7,2 % ont des troubles de conscience.

Les troubles du comportement se majorent dans les groupes *mésusage* et *ébrioité*. Ainsi dans le groupe *ébrioité*, 1 patient sur 5 est agité ou agressif (vs 4,4 %) et 1 sur 10 a des troubles de conscience (vs 0 %).

Dans le sous-groupe *mésusage*, lors de leur admission aux urgences, 19,2 % des patients présentent un état d'agitation ou d'agressivité (vs 8,3 %), 7,7 % ont des troubles de conscience (vs 6,7 %).

##### ▪ Evolution du comportement

L'évolution du comportement dans le service tend vers un état calme (n = 110 ; 79,7%), même si 14,5 % restent agités ou agressifs et 5,8 % conservent ou développent des troubles de conscience.

L'évolution est comparable pour les patients en état d'ébrioité et pour les patients en mésusage. 1 patient sur 5 reste ou devient agressif ou agité et 1 sur 10 a des troubles de conscience.

#### 5. Impact sur les modalités de l'admission (Tableau 3)

Impact sur les moyens engagés	Population étudiée (n = 138)	Mésusage (n = 78)	Sans usage à risque (n = 60)	P	Ebrioité apparente (n = 93)	Sans ébrioité apparente (n = 45)	p
<b>Jour d'entrée n (%)</b>				0,005			0,092
Semaine	83 (60,1)	55 (70,5)	28 (46,7)		59 (63,4)	24 (53,3)	
Week-end	55 (39,9)	23 (29,5)	32 (53,3)		34 (38,6)	21 (46,7)	
<b>Entrée la nuit (entre 18h30 et 8h30) n (%)</b>	77 (55,8)	40 (51,3)	37 (61,7)	0,223	56 (60,2)	21 (46,7)	0,133
<b>Moyen de transport n (%)</b>				0,085			< 0,05
Moyen propre	38 (27,5)	17 (21,8)	21 (35)		16 (17,2)	22 (48,9)	
Moyen de secours	100 (82,5)	61 (78,2)	39 (65)		77 (82,8)	23 (51,1)	

**Tableau 3 : Impact sur les moyens engagés**

##### a. Jour d'entrée dans le service

Le jour de l'admission s'effectue essentiellement le week-end avec 39,9 % des admissions le samedi ou le dimanche contre 60,1 % les jours de la semaine. La répartition des patients avec un mésusage ou en état d'ivresse est homogène.

## b. Heure d'entrée

Une majorité des patients inclus (55,8 %) se sont présentés pendant les heures de garde, entre 18h30 et 8h30.

## c. Moyen de transport

Une grande majorité des patients arrivent avec des moyens de secours. Seuls 27,5% des patients arrivent par leurs propres moyens.

Les sapeurs-pompiers sont les premiers sollicités dans 55,1 % des cas, suivis par les ambulanciers (10,1 %), puis par les équipes médicalisées avec 5,8 % des cas.

Les moyens de secours sont d'autant plus sollicités chez les patients ébriés ( $p < 0,05$ ).

## 6. Impact sur le parcours de soins (Tableau 4)

Impact sur le parcours de soins	Population étudiée (n = 138)	Mésusage (n = 78)	Sans usage à risque (n = 60)	p	Ebriété apparente (n = 93)	Sans ébriété apparente (n = 45)	p
<b>Temps de passage aux urgences (minutes)</b>				0,155			0,693
Médiane [Q25 - Q75]	171 [94 - 287]	191 [95 - 312]	150 [90 - 253]		187 [92 - 299]	153 [97 - 262]	
Moyenne	226,6 ± 231,5	261,3 ± 284,2	181,9 ± 124,3		241,5 ± 261	193,3 ± 151,9	
<b>Devenir n (%)</b>				0,382			
Hospitalisation	45 (32,8)	28 (35,9)	17 (28,8)		30 (32,3)	15 (34,1)	
Sortie	83 (67,2)	50 (64,1)	42 (71,2)		63 (67,7)	29 (65,9)	
<b>Durée de séjour (jours)</b>				0,216			0,001
Médiane [Q25 - Q75]	2 [2 - 5]	2 [1 - 3]	4 [1 - 6]		2 [1 - 2]	5 [2 - 16]	
Moyenne	5,63 ± 8,54	5,35 ± 9,22	6,06 ± 7,63		2,93 ± 5,36	10,19 ± 10,91	

**Tableau 4 – Impact sur le parcours de soins**

### a. Temps de passage aux urgences

Les patients passent en moyenne 226,8 minutes aux urgences avec une médiane à 171 minutes. Plus de 1 patients sur 10 restent plus six heures dans le service.

Dans le cadre de l'ébriété, les patients restent plus longtemps avec une moyenne de 241,5 minutes aux urgences contre 193,3 minutes pour les non-ébriés ( $p = 0,693$ ).

Le patient associé à un mésusage reste encore plus longtemps avec une moyenne de 261,3 minutes contre 181,9 minutes pour les patients avec un usage sans risque ( $p = 0,155$ ).

## b. Diagnostic final (Tableau 5)

Diagnostic final <i>n</i> (%)	Population étudiée ( <i>n</i> = 138)
Troubles mentaux et du comportement	64 (46,4)
Lésions traumatiques	53 (38,4)
Causes auto-infligées	17 (12,3)
Maladies de l'appareil cardio-circulatoire	8 (5,8)
Maladies du système nerveux	6 (4,35)
Maladies de l'appareil digestif	5 (3,62)
Causes d'origine accidentelle sur la VP	4 (2,90)
Demandes d'aide sociale	4 (2,9)
Agression	3 (2,2)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques	3 (2,2)
Maladies du système ostéo-articulaire	2 (1,45)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 (0,73)

**Tableau 5 : Diagnostic final**

VP : Voie Publique

Les diagnostics liés à des troubles mentaux et du comportement dominant (48,4%). Les troubles mentaux et comportementaux directement liés à des substances psychoactives représentent 51 cas. A noter que les causes auto-infligées représentent 12,3 % des diagnostics finaux.

Les diagnostics d'origine traumatique sont en seconde position (38,4 %). 4 diagnostics ont une cause d'origine accidentelle sur la voie publique, associée à des accidents de transport, dont la moitié avec une haute cinétique. Les agressions sont au nombre de 3.

La cause cardio-circulatoire représente 8 diagnostics. 2 cas étaient un SCA ST+, 1 était un SCA ST- tandis que les autres cas (*n* = 5) étaient associés à des malaises ou douleurs thoraciques atypiques.

6 diagnostics d'origine neurologique sont retrouvés dont 5 sont liés à des crises convulsives.

La demande d'aide sociale est rapportée dans 3 % des diagnostics.

## c. Devenir

L'hospitalisation est nécessaire pour un tiers des cas. Les patients avec un mésusage ont tendance à être plus souvent hospitalisés, sans être significatif (35,9 % vs 28,8 % ; *p* = 0,382).

67 % des patients n'ont pas été hospitalisés dont près d'un quart ont fugué ou sont sortis

contre avis médical (SCAM).

#### d. Durée de séjour hospitalier

Lorsque l'hospitalisation est nécessaire, celle-ci est courte avec une médiane de 2 jours, même si la moyenne s'élève à 5,6 jours.

Cette tendance courte s'accroît pour les patients avec un mésusage de l'alcool avec une médiane de 2 jours (vs 4) sans être significatif ( $p = 0,216$ ).

Les patients en état d'ébriété, qui sont hospitalisés, le sont pour une courte durée. La médiane est de 2 (vs 5) avec un test significatif ( $p < 0,001$ ).

### 7. Impact sur la charge de soins

#### a. Examens pratiqués (Tableau 6)

Examens Pratiqués Aux Urgences	Population étudiée (n = 138)	Mésusage (n = 78)	Sans usage à risque (n = 60)	p	Ebriété apparente (n = 93)	Sans ébriété apparente (n = 45)	p
ECG n (%)	40 (29,2)	20 (26)	20 (33,3)	0,347	19 (20,7)	21 (46,7)	0,002
Biologie n (%)	48 (35)	25 (32,5)	23 (38,3)	0,475	23 (25)	25 (55,6)	< 0,001
GDS n (%)	10 (7,3)	4 (5,2)	6 (10)	0,228	4 (4,3)	6 (13,3)	0,064
Radiographie n (%)	48 (35)	22 (28,6)	26 (43,3)	0,072	20 (21,7)	28 (62,2)	< 0,001
Scanner / IRM n (%)	16 (11,7)	6 (7,8)	10 (16,7)	0,109	10 (10,9)	6 (3,9)	0,673
Avis spécialisé n (%)	40 (29,2)	22 (28,6)	18 (30)	0,855	26 (28,3)	14 (31,1)	0,73

**Tableau 6 : Examens réalisés aux urgences**

Environ un tiers des patients ont bénéficié d'une radiographie standard, d'examens biologiques, d'un ECG et/ou d'un avis spécialisé. 11,7 % ont réalisé un scanner.

Globalement, les patients en état d'ébriété bénéficient de moins d'examens. Ils ont moins d'examens biologiques ( $p < 0,001$ ), moins d'ECG ( $p = 0,002$ ) et moins de radiographie standard ( $p < 0,001$ ). Par contre, ils ont plus de scanners (10,9 % vs 3,9 % ;  $p = 0,673$ ) notamment cérébraux.

A moindre différence, les patients du groupe mésusage ont moins d'examens notamment radiographiques ( $p = 0,072$ ).



## b. Thérapeutiques réalisées (Tableau 7)

Thérapeutiques réalisées	Population étudiée (n = 138)	Mésusage (n = 78)	Sans usage à risque (n = 60)	p	Ebriété apparente (n = 93)	Sans ébriété apparente (n = 45)	p
Pansements n (%)	35 (25,5)	17 (22,1)	18 (30)	0,291	28 (30,4)	7 (15,6)	0,061
Sutures n (%)	22 (16,1)	11 (14,3)	11 (18,3)	0,522	19 (20,7)	3 (6,7)	0,028
Perfusion / Pose de KT n (%)	44 (32,1)	21 (27,3)	23 (38,3)	0,169	22 (23,9)	22 (48,9)	0,003
Injections intraveineuses n (%)	29 (21,2)	15 (19,5)	14 (23,3)	0,584	15 (16,3)	14 (31,1)	0,046
Plâtre n (%)	10 (7,30)	1 (1,3)	9 (15)	0,003	1 (1,1)	9 (20)	< 0,001
Repas n (%)	12 (8,7)						
Attelle n (%)	5 (3,6)						
SAP / PCA n (%)	4 (2,9)						
Injections intramusculaires n (%)	3 (2,2)						
Oxygénothérapie / Aérosols n (%)	3 (2,2)						
Intubations n (%)	3 (2,2)						
SNG / Lavage gastrique n (%)	3 (2,2)						
Change n (%)	2 (1,4)						

**Tableau 7 : Actes thérapeutiques réalisés aux urgences.**

Sur le plan traumatique, 16,1 % des patients ont nécessité une suture, 25,5 % un pansement, 7,30 % la pose d'un plâtre et 3,6 % la pose d'une attelle.

Les autres soins sont variés. La pose d'une perfusion (32,1 %) et la réalisation d'injections intraveineuses (21,3 %) sont les plus fréquents. La réalisation d'une intubation avec sédation et mise en place d'une ventilation mécanique a été nécessaire chez 3 patients (2,2 %).

A noter qu'au moins 8,7 % des patients (n = 12) ont reçu un repas lors de leur passage aux urgences. Cet acte n'est pas reporté systématiquement.

Les soins prodigués aux patients ébriés et aux patients avec mésusage sont différents.

Les patients ébriés ont nécessité plus de sutures (p = 0,028) et de pansements (p = 0,061) alors que la pose de plâtre est moins fréquente (p < 0,001). Par contre, ils ont reçu moins de traitements injectables (p = 0,046) et moins de poses de perfusion (p = 0,003).

Dans le groupe mésusage, la tendance est une diminution des actes, notamment moins de plâtres (p = 0,003).

## c. Réalisation d'une consultation d'addictologie (Tableau 8)

Une consultation d'addictologie peut être réalisée par une infirmière de l'équipe de liaison d'addictologie dans le service. Celle-ci est effectuée à la demande.

27 patients ont bénéficié de cette consultation soit près de 1 patient sur 5.

L'avis d'addictologie a été réalisé dans 28,2 % des cas de mésusage (p = 0,004) et dans 20,4 % des cas d'ébriété (p = 0,757).

## 8. Profils de consommations et habitus

### a. Profils de la consommation de l'alcool (Tableau 8)

Profil de consommation d'alcool	Population étudiée (n = 138)	Mésusage (n = 78)	Sans usage à risque (n = 60)	p	Ebriété apparente (n = 93)	Sans ébriété apparente (n = 45)	p
<b>Alcoolémie mesurée ou calculée g/l</b>				0,002			< 0,001
Moyenne	2,62 ± 1,81	3,03 ± 1,77	2,08 ± 1,72		2,88 ± 0,97	1,03 ± 0,61	
Médiane [Q25 - Q75]	2,55 [1,22 - 3,69]	3,17 [1,53 - 3,92]	1,81 [53 - 312]		2,79 [1,95 - 3,66]	0,70 [0,39 - 1,62]	
<b>Critères OMS</b>							
Nombre de verres par jour ou par occasion				< 0,001			< 0,001
Moyenne	9,1 ± 7,2	12,1 ± 7,8	4,8 ± 3,0		10,9 ± 7,6	5,3 ± 3,2	
Médiane [Q25 - Q75]	7 [4 - 14]	10 [6 - 16]	4 [3 - 6]		8,5 [4,75 - 15]	4 [3 - 7]	
Nombre de verres par semaine				< 0,001			0,002
Moyenne	56,93 ± 54,39	82,8 ± 55,99	20,9 ± 22,29		63,83 ± 48,67	27,56 ± 24,32	
Médiane [Q25 - Q75]	42 [14 - 93]	70 [35 - 112]	14 [6 - 28]		60 [24 - 105]	28 [9 - 49]	
<b>Questionnaire DETA</b>							
Nombre de OUI				< 0,001			0,097
Moyenne	1,86	2,9	0,52		2,46	2,07	
Médiane [Q25 - Q75]	2 [1 - 3]	3 [2 - 3,25]	1 [0 - 1]		3 [2 - 3]	2 [1 - 3]	
Oui à la question n°4 n (%)	41 (32,5)	41 (52,5)	0 (0)	< 0,001	36 (41,4)	5 (12,8)	0,002
Consultation d'addictologie n (%)	27 (19,7)	22 (28,2)	5 (8,5)	0,004	19 (20,4)	8 (18,2)	0,757

**Tableau 8 : Profil de consommation d'alcool**

- Alcoolémie (cf Alcoolémie mesurée et calculée)
- Critères OMS
- Consommation quotidienne ou occasionnelle

La moyenne de consommation quotidienne ou par occasion est de 9,1 verres standard (VS équivalent à 10 grammes d'alcool). La médiane est à 7 VS.

L'analyse en sous-groupe pour le mésusage d'alcool retrouve une consommation significativement supérieure avec une moyenne à 12,1 VS (p < 0,001). De même pour les patients ébriés (p < 0,001) avec une moyenne 10,9 VS.

- Consommation hebdomadaire

Pour la population étudiée, la moyenne hebdomadaire est de 57 VS par semaine consommant en moyenne 5,6 jours par semaine. La médiane est à 42 VS par semaine et 7 jours par semaine.

Un patient en état d'ébriété consomme en moyenne 64 VS par semaine (p = 0,002).

Les cas présentant un mésusage ont une consommation moyenne de 83 VS (p < 0,001).

## b. Questionnaire de dépistage du mésusage DETA

Les patients étudiés donnent en moyenne 1,9 réponses positives. Un tiers des patients répondent « oui » à la quatrième question (*Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?*).

Les patients qui semblent présenter un mésusage (donc un DETA  $\geq 2$ ) ont 2,9 réponses positives de moyenne ( $p < 0,001$ ). Ils répondent positivement à la dernière question dans 52,5 % des cas ( $p < 0,001$ ).

Les patients en état d'ébriété lors de l'admission répondent par 2,5 « oui » en moyenne ( $p = 0,097$ ). Ils répondent de manière positive à la question n°4 dans 41,4 % des cas ( $p = 0,002$ ).

## c. Profils des autres consommations (Tableau 9)

Profil des autres addictions	Population étudiée (n = 138)	Mésusage (n = 78)	Sans usage à risque (n = 60)	p	Ebriété apparente (n = 93)	Sans ébriété apparente (n = 45)	p
Tabac n (%)	103 (75,2)	66 (84,6)	37 (62,7)	0,003	77 (82,8)	26 (59,1)	0,01
Cannabis n (%)	20 (14,7)	9 (11,7)	11 (18,6)	0,256	12 (13)	7 (19,2)	0,411
Autres drogues n (%)	6 (4,4)	4 (5,2)	2 (3,4)	0,473	3 (3,3)	3 (6,8)	0,437
Psychotropes n (%)	50 (36,8)	35 (45,5)	15 (25,4)	0,016	38 (41,3)	12 (27,3)	0,048
Traitements de substitution n (%)	6 (4,4)	4 (5,2)	2 (3,4)	0,473	5 (5,4)	1 (2,3)	0,366

**Tableau 9 : Profils des autres consommations de produits psychoactifs**

### ▪ Tabac

Trois quarts des patients ont un tabagisme actif. La consommation est plus importante encore chez les patients avec mésusage ( $p = 0,003$ ) et chez les patients avec un état d'ébriété ( $p = 0,01$ ).

### ▪ Cannabis

14,7 % des patients déclarent consommer du cannabis. La consommation est moins associée à l'alcool chez les patients avec mésusage et les patients ébrioux, de manière non significative.

### ▪ Autres drogues et traitement de substitution

4,4 % des patients avouent consommer d'autres drogues et 4,4 % avoir un traitement de substitution.

Cette consommation est retrouvée chez 5,2 % des patients avec un mésusage pour les autres drogues (vs 3,4 %) et 5,2 % pour un traitement de substitution (vs 3,4 %).

Chez les patients en état d'ébriété, 3,3 % consomment d'autres drogues (vs 6,8%) et 5,4 % ont un traitement de substitution (vs 2,3 %).

- Psychotropes

On retrouve une consommation de psychotropes dans 36,8 % des cas. Cette consommation est significative chez les patients avec mésusage de l'alcool ( $p = 0,016$ ) et les patients en état d'ébriété lors de leur admission ( $p = 0,048$ ).

## IV – Discussion

Les études concernant la fréquence des patients alcoolisés dans les services d'urgence et la détection des consommations à risque sont nombreuses. Par contre, peu d'études évaluent l'impact de l'alcool sur les urgences.

Différents éléments de notre étude tendent à prouver que l'alcool et sa consommation ont un impact sur l'activité d'un service d'urgence :

- Il est détecté une alcoolémie ou un éthylomètre positifs chez près de 14 % des patients se présentant aux urgences.
- Les soignants signalent que le patient alcoolisé perturbe la qualité des soins aux autres patients et surtout à lui-même.
- Un tiers des patients inclus sont hospitalisés alors que leur admission semble liée à l'alcool.
- Les différents impacts sont majorés lorsqu'il s'agit de patients suspects de mésusage et de patients en état d'ébriété : l'impact sur la qualité des soins les concernant et aux patients, l'impact sur les modalités d'admission, l'impact sur le parcours de soins.

Il est important de rappeler que, lors de leur inclusion dans l'étude, l'ensemble des patients avaient un éthylomètre ou une alcoolémie positive.

## 1. Caractéristiques de la population

### a. Une forte prévalence

8,8 % de l'ensemble des patients se présentant aux urgences de Dunkerque ont été inclus. Près de 14 % avaient été détectés avec une intoxication éthylique.

La plupart des études internationales rapportent que 10 à 18 % des admissions aux urgences sont alcoolisées [29]. Une étude réalisée à Montbéliard a constaté que 17,4 % des admissions avaient une éthylométrie positive [30]. Une autre étude montrait que 28 % des admissions pour une cause traumatique étaient alcoolisées [31].

### b. Inclusions

211 patients répondaient aux critères d'inclusion, soit 14 % de l'ensemble des admissions. C'est-à-dire qu'ils avaient une éthylométrie positive ou qu'ils présentaient une ivresse apparente. 185 ont été inclus après exclusion des réquisitions (n = 26).

47 ont été exclus secondairement à cause d'un défaut de consentement (non retrouvé ou refus) chez 33 patients ou à cause de questionnaires incomplets (14 cas de fugue). Au final, 138 patients ont été retenus.

Le défaut de recrutement s'explique par trois facteurs : le patient lui-même, le soignant et l'environnement. Le recrutement aurait probablement pu être plus important et sous-estime cette prévalence.

- Le patient, source d'erreurs

Lors d'une IEA importante, l'état clinique ne permettait pas d'obtenir un consentement. Le patient, lorsque sa vigilance aurait pu le permettre, n'était pas réinterrogé par la suite afin de l'inclure dans un second temps.

Que l'alcool soit un sujet tabou constitue une autre explication. Le déni est une cause non négligeable de refus. Lorsque nous interrogeons le patient sur la cause du refus, il ne trouvait pas de motif dans la plupart des cas.

Pour nombre de patients, boire quelques verres d'alcool n'est pas source d'alcoolisation, alors ils ne déclaraient pas leur consommation. La banalisation de l'alcool pour le public est un mode d'entrée dans le mésusage, notamment chez les jeunes [56].

- Le soignant, cause d'un manque de recrutement

Chez certains soignants, l'alcool est associé à l'alcoolique qui est lui-même associé à un « profil-type ». Ainsi, l'étude n'a pas été proposée à certains patients car ils semblaient ne

pas correspondre à ce profil, notamment les patients gériatriques.

De plus, l'IEA est très variable dans ses manifestations cliniques. C'est ainsi une source de diagnostic méconnu.

Certains patients ont pu être exclus par l'examineur (IDE, médecin) lorsque l'interrogatoire était trop fastidieux compte-tenu de l'état clinique de certains patients.

- L'environnement, un facteur d'influence

Le flux d'activité dans les SAU peut en effet être la cause d'un manque d'exhaustivité. Lors des pics d'affluence, il n'est pas évident de remplir un questionnaire, d'interroger sur un sujet difficile à aborder [32] et d'assurer les soins en même temps. Il est possible que certains patients n'aient pas pu être inclus lors de ces périodes. Ainsi, nous avons pu observer que certains jours, le taux d'inclusion était plus faible que d'autres.

Certaines périodes sont probablement plus sensibles et certains moments de fêtes auraient pu altérer nos résultats car plus propices à la consommation d'alcool. C'est pourquoi notre étude a été réalisée pendant une période que l'on pourrait qualifier de « neutre ». Aucun événement à caractère festif ne devait se dérouler pendant toute la durée de l'étude. Elle a été effectuée hors période de Carnaval, qui est un moment de grandes festivités à Dunkerque, qui aurait été responsable d'un biais de recrutement et aurait probablement surestimé nos résultats.

### **c. Caractéristiques épidémiologiques : un profil type ?**

Les personnes alcoolisées aux urgences sont des hommes (2H/1F), de 40-60 ans, sans emploi voire SDF. Les patients se présentant aux urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque avec une IEA sont bien ceux décrits dans les études et correspondent à ce profil connu [21, 33].

L'alcool chez la personne âgée est peu décrit. 22 patients inclus dans l'étude avaient plus de 60 ans, dont la moitié avait plus de 75 ans. Le taux de l'étude est probablement sous-estimé [37]. L'alcool chez la personne âgée est peu connu et peu décrit dans la littérature [34, 35] et encore moins dans les services d'urgences [36].

### **d. Profils de consommation d'alcool**

Le mésusage et l'ébriété sont associés à des taux élevés d'alcoolémie dans notre étude. Moyenne sensiblement similaire à certaines études aux urgences en France [33, 42].

L'éthylométrie permettait d'obtenir un critère objectif afin de dépister une alcoolisation lors de l'inclusion. L'importance de cette mesure n'était que secondaire avec pour objet d'évaluer

l'intensité de l'intoxication et de caractériser la consommation. Ce n'est pas le taux d'alcool qui influence mais l'état clinique selon l'imprégnation et la tolérance du patient.

D'après notre étude, ces deux profils, mésusage et ébriété, ont une consommation supérieure aux critères de consommation à risque de l'OMS ( $p < 0,001$ ).

Une étude californienne trouve une alcoolémie supérieure à 1 g/l chez 10 % des patients admis au SAU. Etude qui ne détecte que 9 % de mésusage chez ces patients [15].

Dans notre étude, la moitié des patients inclus semblent présenter un mésusage. Chiffre qui correspond à d'autres études [39] mais ces chiffres sont très variables selon les études pouvant aller de 38 % [37] à 92 % [42] car le recrutement et les protocoles sont différents.

Un tiers des patients inclus répondent positivement au critère de dépendance du DETA. La moitié des patients avec un mésusage et la moitié de ceux avec une IEA sont probablement dépendants.

Il est décrit qu'un patient, qui se présente avec une alcoolémie positive au SAU, est susceptible d'avoir des difficultés avec l'alcool [47]. Donnée qui semble être confirmée dans notre étude, 1 patient sur 2 qui se présente alcoolisé aux urgences aurait une consommation à risque.

#### **e. Motifs d'admission aux urgences**

Les motifs admission dans notre étude et les autres [38] sont variés avec une importante part pour les causes psychiatriques et les causes traumatiques.

A noter que la demande d'aide sociale correspond à près de 5 % des patients et que 1 patient sur 10 est SDF dans notre étude. C'est un problème qui semble fréquent et nécessite régulièrement l'intervention de l'assistante sociale [39]. L'isolement social est une des conséquences de la maladie.

5 % des patients consultaient au SAU de Dunkerque pour un motif secondaire à un accident de travail. Toutes ces admissions sont liées à l'alcool selon l'examineur. L'alcool en milieu professionnel semble fréquent et a récemment fait l'objet d'un travail d'étude de la SFA.

### **2. Une détérioration de la qualité des soins**

Même si l'évaluation était laissée à la libre appréciation des médecins, l'alcool semble avoir une influence négative sur la qualité des soins pour le patient lui-même mais aussi dans le service.

Cette différence augmente significativement lorsqu'il s'agit des patients en mésusage ( $p < 0,05$ ) et ceux en ébriété ( $p < 0,005$ ).



En effet, ces patients sont plus agités, plus agressifs dans notre étude et nécessitent parfois un traitement approprié selon d'autres études [39].

La vision péjorative de la consommation d'alcool et de l'alcoolique en général n'est pas étrangère à cette forte influence négative de l'alcool sur la qualité des soins. La prévalence des patients alcoolisés, l'état et l'attitude de ces patients avec une IEA, la difficulté à les prendre en charge compromettent la neutralité de la prise en charge et perturbent celle des autres patients [32].

Le motif de recours aux urgences de Dunkerque est lié à l'alcool dans plus de 80 % des cas selon les soignants.

### **3. Impact lors de l'admission**

#### **a. Moyens de transport engagés**

La grande majorité des patients dans notre étude sont amenés aux urgences par des moyens de secours, plus encore lorsqu'ils présentent une IEA ( $p < 0.05$ ) ou un mésusage ( $p = 0,085$ ).

Une étude anglaise décrit que 10 % des appels d'urgence, tous motifs confondus, pour transport d'urgence sont directement en rapport avec l'alcool [40].

Les moyens de secours sont souvent mobilisés pour amener un patient alcoolisé aux SAU [37, 38, 39, 41] avec parfois la nécessité d'un transport médicalisé [39].

#### **b. Horaires d'entrée**

La répartition est globalement homogène, avec une augmentation de fréquentation le week-end (sans compter le vendredi soir) et la nuit. D'autres études décrivent la même répartition homogène [39] même s'il existe fréquemment un pic entre minuit et 1h00 ainsi que le vendredi et le samedi soir [37, 40].

La séparation en jour et nuit (correspondant à la garde) dans notre étude n'est pas le reflet d'une bonne répartition. Une répartition en journée (7h – 17h), soirée (17h – 0h) et nuit (0h – 7h) aurait pu être plus judicieuse [39]. Le vendredi soir aurait pu aussi être intégré au week-end. Et si nous avons étudié la proportion de patients alcoolisés sur l'ensemble des admissions, heure par heure, le pourcentage aurait dû augmenter à certaines heures de la nuit comme le montrent certaines études [40].

Verelst & al. [39] ajoute que 11,5 % sont passés au moins 2 fois sur l'année de l'étude mais cela représente 30 % des admissions pour IEA. La littérature rapporte un important risque de réadmission lorsqu'un patient se présente alcoolisé pour la première fois aux urgences [20].

## **4. Une hospitalisation fréquente mais courte**

### **a. Temps de passage aux urgences**

Les patients sont restés près de 4 heures au SAU dans notre étude. Aucune conclusion n'est possible car la comparaison n'a pas été faite avec des patients non éthyliés dans notre étude. Toutefois, ce temps de passage augmente lorsqu'il s'agit des patients en état d'ébriété et aussi avec un mésusage.

Dans l'étude de O'Keeffe et al. [40], les chiffres sont similaires avec un passage de 44 minutes plus long en moyenne par rapport aux patients non alcoolisés ( $p < 0,001$ ).

### **b. Devenir et durée de séjour hospitalier**

Un tiers des patients ont été hospitalisés dont 4 patients en réanimation (l'un deux décèdera lors de cette hospitalisation). Il s'agit alors souvent d'une hospitalisation courte, en particulier pour les patients en état d'ébriété ( $p < 0,001$ ).

La raison avancée est qu'ils sont probablement hospitalisés pour un motif directement associé à l'IEA imposant une surveillance et une réévaluation après dégrisement [27].

Les patients avec mésusage sont restés également moins longtemps mais ceux-ci ont été plus souvent orientés vers un service de psychiatrie. Or nous n'avons pas pu récupérer la durée des séjours hospitaliers pour les patients transférés en psychiatrie.

Selon O'Keeffe et al. [41], les patients avec une alcoolémie positive sont hospitalisés deux fois plus. Mais les chiffres varient selon les études de 28 [30] à 57 % [39].

## **5. Une charge de soins non négligeable**

### **a. Examens réalisés**

Peu de patients n'ont subi aucun examen mais les examens restent peu fréquents dans notre population étudiée, même si nous n'avons pas de point de comparaison. Le nombre d'examens est superposable à ceux de la littérature sauf pour la biologie qui est plus souvent réalisée [39, 41]. Cette unique différence est probablement le résultat d'habitudes différentes de prise en charge des patients éthyliés.

Par contre, les patients admis dans le service avec une IEA ont nettement moins d'explorations ( $p < 0,002$ ), alors qu'ils bénéficient de plus de scanners, notamment cérébraux. La découverte d'un traumatisme crânien associée à une IEA est un facteur de risque d'hémorragie intracérébrale [61]. L'examen neurologique n'est pas toujours évident à

réaliser chez des patients qui ont parfois des troubles de vigilance et/ou peu compliants.

De même, les patients avec un mésusage bénéficient de moins d'examens, notamment concernant les radiographies, sans différence significative.

Le fait que ces deux populations aient moins d'examens peut s'expliquer de différentes manières. Il est souvent difficile d'examiner les patients alcoolisés. Ils peuvent présenter des troubles du comportement et/ou de la vigilance (cf Tableau 2). L'alcool modifie la perception et perturbe les seuils de la douleur. Mais l'alcool perturbe aussi la perception du patient par le soignant. Ainsi certaines blessures sont méconnues et peuvent expliquer la plus faible réalisation d'examens notamment radiologiques chez ces patients.

Ces résultats sont contraires à d'autres études. Celles-ci montrent qu'ils bénéficient plus souvent d'examens et en plus grande quantité [41] sauf pour les radiographies des extrémités.

#### **b. Actes thérapeutiques**

La réalisation d'actes thérapeutiques semble peu fréquente au Centre Hospitalier de Dunkerque, surtout pour les patients avec une IEA. Ces chiffres sont contraires aux données de la littérature, qui est plutôt en faveur d'une surcharge [39, 41]

Cela s'explique par la différence des habitudes de prise en charge selon les centres, notamment pour les ivresses. Comme le souligne la SFMU, il n'existe des procédures de prise en charge que dans 20 % des SAU [27]

Il semble que les urgences du CHD ont pour habitude de mettre en place une surveillance simple sans réalisation de geste invasif comme la pose de perfusion et de privilégier la voie orale.

#### **c. Consultation d'addictologie**

Elle a été effectuée pour 19,7 % des patients. Les patients avec mésusage (28,2 %) en ont plus profité ( $p = 0,004$ ) mais restent insuffisamment nombreux à en bénéficier. Les patients en état d'ébriété n'en ont pas bénéficié davantage.

La réalisation d'une rencontre avec un addictologue ou un infirmier reste peu fréquente dans les services d'urgences [20, 30, 39]. Ce faible taux est le résultat d'une grande circonspection des soignants aux urgences quant à l'efficacité de la prise en charge [31].

### **6. Profils de consommation de substances psychoactives**

Les patients inclus dans notre étude sont d'importants consommateurs d'autres substances psychoactives : le tabac (75,2 %), les médicaments psychotropes (36,8%), le cannabis (14,7

%), les autres drogues (4,4 %) et un éventuel traitement de substitution (4,4 %).

Ces chiffres se majorent significativement notamment en ce qui concerne le tabac et les psychotropes pour les patients avec mésusage de l'alcool et les patients avec IEA ( $p < 0,05$ ).

Effectivement, l'alcool est habituellement décrit comme un facteur de polyintoxication [20, 21, 37].

## **V - LES LIMITES DE L'ETUDE**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, transversale, monocentrique. Pour renforcer le niveau de preuve de notre étude, il aurait fallu prévoir un recrutement sur une durée plus longue et ainsi obtenir un échantillon plus important. De plus, une étude multicentrique aurait permis l'analyse d'une population plus large et ainsi réduire d'éventuelles particularités locales concernant la population ou les habitudes du service.

Mais la plupart des données sont sensiblement similaires aux données de la littérature, excepté la réalisation d'examens et les actes thérapeutiques qui semblent réellement correspondre à une habitude locale.

L'analyse en sous-groupe permet d'analyser différentes catégories en fonction des modalités de consommation (mésusage vs usage sans risque) ou de leur état clinique (ébrioité vs sans ébrioité). Mais une analyse avec un groupe contrôle « sans alcool » pourrait permettre d'évaluer la charge de travail Alcool vs Sans alcool pour un motif d'entrée similaire et de comparer les délais de séjour notamment, comme l'ont fait certaines études [38, 41, 43].

En effet, il y a une différence entre l'état clinique, les définitions de l'intoxication éthylique aiguë et les différents types de consommation. De nombreux protocoles d'études découlent de ces différences, rendant parfois la comparaison des résultats difficiles.

### **2. Biais de recrutement**

Les critères d'inclusion et d'exclusion restaient simples et limités. Mais il peut y avoir un biais de recrutement justement à cause de ces critères.

L'inclusion se basait sur le fait de déclarer une consommation d'alcool dans les 24 heures. Ce critère était basé sur la bonne foi du patient. Si le patient n'avouait pas sa consommation d'alcool, nous ne pouvions pas lui imposer une autre réponse. Pour preuve, près de 10 % des patients n'ont pas déclaré leur consommation lors de l'admission. Sans compter les défauts de consentement secondaires à une consommation non avouée.

La réalisation d'une éthylométrie systématique comme unique critère d'inclusion n'était pas envisageable. Elle n'aurait pas pu passer outre un refus du patient et par ailleurs, aurait été

une charge de travail supplémentaire.

Le second critère se basait sur l'état d'ébriété. Comme vu précédemment (cf. *définition de l'ébriété*), les manifestations de l'IEA sont très variables. Certains patients, qui n'avaient pas déclaré leur consommation d'alcool, pouvaient ne pas être détectés tant les manifestations peuvent parfois être frustes. Il est parfois difficile aussi de détecter une ébriété lorsque le patient consomme également d'autres produits psychoactifs.

47 patients ont été exclus secondairement par défaut de consentement ou par fugue. Cette population avait peut-être des caractéristiques particulières.

Enfin, un manque de recrutement a pu être secondaire à un défaut d'inclusion lié à l'examineur et à l'environnement (cf. *Inclusions*)

### **3. Biais de collecte**

Peu de données n'ont pu être collectées. Toutes les échelles d'influence ont été remplies. Les rares données manquantes ont pu être collectées rétrospectivement par le logiciel URQUAL.

Certaines n'ont toutefois pas pu être récupérées, notamment la réalisation des soins de nursing tels que les repas et les changes. Ces données sont rarement enregistrées et n'ont pas pu être récupérées par la suite. Ces données auraient été intéressantes car elles sont une charge de travail non négligeable pour le personnel paramédical.

Une autre donnée manquante est la durée d'hospitalisation en psychiatrie qui n'a pas pu être récupérée.

### **4. Méthode**

L'utilisation d'échelles systématisées pour évaluer la charge de travail existe. Mais aucune ne semble idéale pour évaluer de manière adaptée la charge de travail. Aucune n'a réellement montré ses preuves aux urgences [44]. Nous avons décidé de ne pas les utiliser dans le cadre de notre étude.

# VI - POSSIBILITES D'AMELIORATION

## 1. Systématisation du dépistage

Dans la littérature, nombreux sont ceux qui dénoncent la faible fréquence des dépistages [15, 31]. 20 à 30 % des patients admis aux urgences présenteraient un problème avec l'alcool [45, 46]. La prévalence des consommations à risque représenterait 20-25 % de la population générale (Annexe 4) [20]. Lorsqu'un patient se présente avec une alcoolémie positive aux urgences, celle-ci augmente considérablement de 35 à 80 % le risque de mésusage [15, 37]. L'IEA aux urgences ne doit pas être banalisée [27, 47] Les SAU sont un des moyens de recours aux soins privilégiés pour détecter les consommations à risque [31, 45].

Les obstacles à la réalisation de ce dépistage sont nombreux, surtout dans les SAU [31]. Les principales barrières rencontrées sont le manque de temps et de moyens humains, un environnement stressant et sans intimité peu adapté à un entretien, l'attitude parfois négative des soignants à l'encontre de l'alcool, le manque de sensibilisation et de formation du personnel soignant [60].

La réalisation d'un dépistage peut être faite par de nombreux tests validés. Les plus efficaces sont le test DETA et l'AUDIT [29, 48, 49]. Aux urgences, le DETA en 4 questions semble plus adapté par sa rapidité et sa simplicité d'utilisation avec une sensibilité de 76 % et une spécificité de 90 % [20, 23], même si l'AUDIT semble plus intéressant pour la détection des consommateurs à risque [50].

Un dépistage aux urgences nécessite 5 à 45 secondes. Poser la question « Buvez-vous bières, vins ou liqueurs ? » permet d'éliminer 40 % de la population générale. L'évaluation de la quantité et de la fréquence des consommations écarte les patients à bas risque mais cela nécessite de connaître les limites des consommations à risque. On peut alors interroger le patient selon le test DETA [20].

## 2. Intervention brève à populariser

L'intervention dite brève a fait ses preuves (grade A) et son intérêt n'est plus à remettre en cause aux urgences [20, 49, 51]. Sa nécessité est prouvée dans la littérature alors qu'elle est insuffisamment appliquée [30, 39, 52, 53]. Elle est pourtant recommandée par la SFMU [27], la SFA [19] et l'HAS [54].

Nous avons remarqué dans notre étude que les patients en état d'ébriété ont tendances à être plus jeune tandis que ceux en mésusage sont plus âgés. Cela pourrait concorder sur une évolution potentielle d'un consommateur à risque [59] (Annexe 4). L'ébriété aux urgences est déjà une situation à risque [27, 47]. Selon certaines études, l'intervention brève est plus efficace lorsqu'elle est précoce dans l'évolution des consommations [20] ou lorsqu'il s'agit des jeunes [56]. La littérature insiste sur la relation entre précocité et efficacité de l'intervention [20].

Les urgences sont aussi parfois le seul contact avec le système de santé et une admission pour un évènement aigu en rapport avec l'alcool peut être une motivation et un support à l'éducation [55].

La réalisation de cette intervention par le personnel des urgences semble difficile (IDE ou médecin). Les obstacles à son exécution sont les mêmes que pour le dépistage [60]. Mais une personne détachée (psychologue ou IDE formés) et disponible permettrait de réaliser ces interventions. Mais cela nécessite également une sensibilisation et une formation du personnel des urgences, dans la continuité du dépistage.

Cette intervention est basée sur l'utilisation conjointe de l'évaluation, le conseil et la stratégie comportementale (motivation, création d'objectifs simples) [19, 20].

### **3. Les bénéfices attendus**

Cette intervention est plus efficace chez les consommateurs à risque [51] et chez les jeunes [56]. Les bénéfices attendus sont connus [20] :

- Diminution de la consommation quotidienne et hebdomadaire
- Diminution des conséquences sur la santé : accidents, conséquences somatiques de l'alcool
- Diminution des conséquences judiciaires : violation du code de la route, délit, agression, etc.
- Diminution des conséquences socio-économiques : travail, famille, etc.
- Diminution sur les coûts de la santé (Bénéfice de 1/3 à 1/5 soit pour chaque dollar investi, l'économie sera de 3 à 5 dollars) [51].
- Diminution des conséquences sur les urgences : les nouvelles réadmissions aux urgences [52].



# CONCLUSION

L'alcool impacte le fonctionnement du service des urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque. La fréquence des patients alcoolisés, le lien direct entre l'état d'ébriété et le motif d'admission, la perturbation de la qualité des soins affectent la charge de travail pour le service.

L'utilisation des moyens de secours sanitaires, les actes diagnostiques, les soins dispensés et la fréquence des hospitalisations représentent un coût considérable pour l'hôpital et son autorité.

Le flux croissant d'entrées et le comportement du patient intoxiqué participent à la banalisation et à l'indifférence dans sa prise en charge.

Notre étude met en exergue le fait que la moitié des patients alcoolisés ont les critères de mésusage. Trop peu sont d'ordinaire dépistés et les conduites à risque ou l'évolution vers une pathologie imputable à l'alcool augmentent.

Le service des urgences peut être le lieu du dépistage, d'alerte et de propositions thérapeutiques au patient aux conduites à risque.

Un travail national sous la direction des sociétés savantes de médecine d'urgence et d'addictologie pourrait sensibiliser les autorités de santé sur la maladie alcoolique afin d'intensifier la prévention, au même titre que le tabac par exemple.

## VIII - BIBLIOGRAPHIE

- [1] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et dépendances, données essentielles. Guides "La découverte". Paris, 2005.
- [2] Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool : deuxième rapport. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2007.
- [3] Palle C., « Alcool » dans OFDT, Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis, OFDT, 2013, 204-213.
- [4] Canarelli T, Cadet-Tairou A, Palle C. Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France. BEH 2006 ; 34-35 : 252.
- [5] Direction Générale de la santé en collaboration avec l'INSERM. Rapport du GTNDO. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Paris. 2003.
- [6] 1ères Rencontres parlementaires sur le problème de l'alcool. L'alcool en France : un coût dénié. Paris. Juin 2006.
- [7] Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT, 2000 : Etude 22 ; 105-205.
- [8] Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005 - Données INPES/OFDT. INPES, 2005 ; 190-195.
- [9] Alcohol and injury in Emergency Departments: summary of the report from the WHO Collaboration Study on Alcohol and Injuries. Genève (Suisse): World Health Organization; 2007.
- [10] Davidson P, Koziol-McLain J, Harrison L, et al. Intoxicated ED patients: a 5-year followup of morbidity and mortality. Ann Emerg Med 1997 ; 30 : 593-7.
- [11] Lowenstein SR, Weissberg M, Terry D. Alcohol intoxication, injuries, and dangerous behaviors and the revolving emergency department door. J Trauma 1990; 30 : 1252-7.
- [12] Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. Addiction 1993; 88 : 651-65.
- [13] Lieber CS. Medical Disorders of Alcoholism. New England Journal of Medicine. 1995 ; 333 (16) : 1058-65.
- [14] Degutis LC. Screening for Alcohol Problems in Emergency Department Patients with Minor Injury: Results and Recommendations for Practice and Policy. Contemp Drug Probs. 1998 ; 25 : 463-75.
- [15] Cherpitel CJ, Soghikian K, Hurley LB: Alcohol-related health services use and identification of patients in the emergency department. Ann Emerg Med 1996 ; 28 : 418-423

- [16] Insee Nord-Pas-de-Calais - COMMUNAUTÉ URBAINE DE DUNKERQUE GRAND LITTORAL
- [17] 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. *Journal of analytical toxicology*. 2004 ; 28(2) : 111–7.
- [18] Carey KB, Hustad JTP. Methods for determining blood alcohol concentration: current and retrospective. *Comprehensive Handbook of alcohol related pathology*. Elsevier Ltd. 2005 ; Vol 3 : 142944.
- [19] Recommandations de la Société Française d'Alcoologie. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque – Usage nocif. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (4S) : 3S-5S.
- [20] D'Onofrio G, Becker B, Woolard RH. The Impact of Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use and Abuse in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2006 Nov ; 24(4) : 925–67.
- [21] Richoux C, Ferrand I, Casalino E, Fleury B, Ginsburg C, Lejoyeux M. Alcohol use disorders in the emergency ward: choice of the best mode of assessment and identification of at-risk situations. *International journal of emergency medicine*. 2011 ; 4(1) : 1–5.
- [22] Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 2002 ; 26 : 2729.
- [23] Ewing JA. Detecting alcoholism : the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984 ; 252 : 1905–7.
- [24] Philippe JM. Physiopathologie des états d'alcoolisation. In *Urgences* 2003. Paris : éditions scientifiques L&C Brain Storming SAS. 2003
- [25] Carey K B, Hustad J T P. Methods for determining blood alcohol concentration: current and retrospective. *Comprehensive Handbook of alcohol related pathology*. Elsevier Ltd. 2005 ; Vol 3
- [26] Lamiable D, Hoisey G, Marty H, Vistelle R. Intoxication aiguë à l'éthanol. EMC. 2004
- [27] Actualisation 2006 : conférences de consensus. L'ivresse éthylique aiguë aux urgences (1992) Paris.
- [28] Derogis V., Bourrier P., Douay O., Turcant A., Perroux D., Ethylométrie dans l'air expiré versus éthanolémie : 204 cas dans un service d'accueil et d'urgence. *Presse Med.*, 1995 ; 24 : 1067-70.
- [29] Cherpitel CJ. Screening for alcohol problems in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1995 ; 26 : 158–66.
- [30] Allemand H, Villaume M, Deudon P, Monnet E: Etude épidémiologique de l'alcoolisation chez 3079 sujets admis consécutivement dans un service d'accueil-urgence. *Alcoologie* 1990 ; 1 : 6–10.
- [31] Malone D. Drunken patients in the general hospital: their care and management. *Postgraduate Medical Journal*. 2005 Mar 1 ; 81(953) : 161–6.

- [32] Morley R. Investigating the links between alcohol services and the A&E departments. London : Alcohol Concern, 2001.
- [33] Reynaud M, Schwan R, Loiseaux-Meunier M-N, Albuissou E, Deteix P. Patients admitted to emergency services for drunkenness: moderate alcohol users or harmful drinkers? *American Journal of Psychiatry*. 2001 ; 158(1) : 96–9.
- [34] Michaud P, Lécallier D. Risque alcool chez les plus âgés: Difficultés liées au repérage. *Gérontologie et société*. 2003 ; 105(2) : 89.
- [35] Knauer C. Geriatric alcohol abuse: A national epidemic. *Geriatric Nursing*. 2003 May ; 24(3) : 152–4.
- [36] Onen S-H, Onen F, Mangeon J-P, Abidi H, Courpron P, Schmidt J. Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005 Sep ; 41(2) : 191–200.
- [37] Vitale SG, Mheen DVD, Wiel AVD, Garretsen HFL. Alcohol and Illicit Drug Use Among Emergency Room Patients in the Netherlands. *Alcohol and Alcoholism*. 2006 Sep 1 ; 41(5) : 553–9.
- [38] Calle P, DAMEN J, De Paepe P, Monsieurs K, Buylaert W. A survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients. *ACTA CLINICA BELGICA* ; 2006 ; 61(4) : 188–95.
- [39] Verelst S, Moonen P-J, Desruelles D, Gillet J-B. Emergency Department Visits Due to Alcohol Intoxication: Characteristics of Patients and Impact on the Emergency Room. *Alcohol and Alcoholism*. 2012 Jul 1 ; 47(4) : 433–8.
- [40] Martin N, Newbury-Birch D, Duckett J, Mason H, Shen J, Shevills C, et al. A Retrospective Analysis of the Nature, Extent and Cost of Alcohol-Related Emergency Calls to the Ambulance Service in an English Region. *Alcohol and Alcoholism*. 2012 Jan 18 ; 47(2) : 191–7.
- [41] O’Keeffe T, Rhee P, Shafi S, Friese RS, Gentilello LM. Alcohol use increases diagnostic testing, procedures, charges, and the risk of hospital admission: a population-based study of injured patients in the emergency department. *The American Journal of Surgery*. 2013 Jul ; 206(1) : 16–22.
- [42] Menecier P, Girard A, Badila P, Rotheval L, Lefranc D, Menecier-Ossia L. L’intoxication éthylique aiguë à l’hôpital: un enjeu clinique. Étude prospective sur un an en hôpital général. *La Revue de Médecine Interne*. 2009 Apr ; 30(4) : 316–21.
- [43] Freitas EAM de, Mendes ID, Oliveira LCM de. Alcohol consumption among victims of external causes in a university general hospital. *Revista de Saúde Pública*. 2008 Oct ; 42(5) : 813–21.
- [44] Jones SS, Allen TL, Flottemesch TJ, Welch SJ. An Independent Evaluation of Four Quantitative Emergency Department Crowding Scales. *Academic Emergency Medicine*. 2006 ; 13(11) : 1204–11.
- [45] Whiteman PJ, Hoffman RS, Goldfrank LR. Alcoholism in the Emergency Department: An Epidemiologic Study. *Academic Emergency Medicine*. 2000 ; 7(1) : 14–20.

- [46] Bernstein E, Tracey A, Bernstein J, Williams C. Emergency Department Detection and Referral Rates for Patients with Problem Drinking. *Substance Abuse*. 1996 ; 17(2) : 69–76.
- [47] Menecier, P., Menecier-Ossia, L., Rotheval, L., & Vialle, A. L'intoxication éthylique aiguë: Une situation à ne pas négliger. *Concours médical*, 1999, 121(38), 2959-2962.
- [48] Geneste J, Pereira B, Arnaud B, Christol N, Liotier J, Blanc O, et al. CAGE, RAPS4, RAPS4-QF and AUDIT Screening Tests for Men and Women Admitted for Acute Alcohol Intoxication to an Emergency Department: Are Standard Thresholds Appropriate ? *Alcohol Alcohol*. 2012 May ; 47(3) : 273–81.
- [49] 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*. 9 ; 364(9442) : 1334–9.
- [50] Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of studies on alcohol*. 56(4) : 423–32.
- [51] Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP. Alcohol Interventions for Trauma Patients Treated in Emergency Departments and Hospitals: A Cost Benefit Analysis. *Annals of Surgery*. 2005 Apr ; 241(4) : 541–50.
- [52] Soderstrom CA, Cowley R. A national alcohol and trauma center survey: Missed opportunities, failures of responsibility. *Arch Surg*. 1987 Sep 1 ; 122(9) : 1067–71.
- [53] Parker G, Libart D, Fanning L, Higgs T, Dirickson C. Taking on Substance Abuse in the Emergency Room: One Hospital's SBIRT Story. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2012 Jul 26 ; 10(6) : 984–90.
- [54] Orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins : recommandations pour la pratique clinique. *Anaes* : Paris ; 2001.
- [55] Longabaugh R, Minugh PA, Nirenberg TD, Clifford PR, Becker B, Woolard R. Injury as a Motivator to Reduce Drinking. *Academic Emergency Medicine*. 1995 ; 2(9): 817–25.
- [56] Spirito A, Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Sindelar H, Rohsenow DJ, et al. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics*. 2004 Sep ; 145(3) : 396–402.
- [57] Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A., & Barry, K. L. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*. 2000 ; 38 : 7-18.
- [58] Saitz R. Unhealthy Alcohol Use. *New England Journal of Medicine*. 2005 ; 352(6) : 596–607.

[59] D'Onofrio G, Pantalon MV, Degutis LC, et al. Development and implementation of an emergency practitioner-performed brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Academy Emergency Medicine*. 2005 ; 12 : 250.

[60] Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, et al. Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Annals of Emergency Medicine* 2003 ; 41 : 802–13.

[61] Orgogozo J-M, Dartigues J-F, Renaud S. Vin, alcool et accidents vasculaires cérébraux : données épidémiologiques. *Sang Thrombose Vaisseaux*. 1996 Nov 21 ; 8(9) : 541–50.

## **IX – LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>AUDIT :</b>	<b>A</b> lcohol <b>U</b> se <b>D</b> isorders <b>I</b> dentification <b>T</b> est
<b>CAGE :</b>	<b>C</b> ut-down, <b>A</b> nnoyed, <b>G</b> uilty, <b>E</b> ye-opener (Equivalent Anglo-Saxon pour le DETA)
<b>CHRU :</b>	<b>C</b> entre <b>H</b> ospitalier <b>R</b> égional <b>U</b> niversitaire
<b>CHD :</b>	<b>C</b> entre <b>H</b> ospitalier de <b>D</b> unkerque
<b>ECG :</b>	<b>E</b> lectro <b>C</b> ardio <b>G</b> ramme
<b>DETA :</b>	<b>D</b> iminuer <b>E</b> ntourage <b>T</b> rop <b>A</b> lcool
<b>HAS :</b>	<b>H</b> aute <b>A</b> utorité de <b>S</b> anté
<b>IDE :</b>	<b>I</b> nfirmier <b>D</b> iplômé d' <b>E</b> tat
<b>IOA :</b>	<b>I</b> nfirmière <b>O</b> rganisatrice d' <b>A</b> ccueil
<b>IEA :</b>	<b>I</b> ntoxication <b>E</b> thylique <b>A</b> iguë
<b>INSEE :</b>	<b>I</b> nstitut <b>N</b> ational de la <b>S</b> tatistique et des <b>E</b> tudes <b>E</b> conomiques
<b>NIAAA :</b>	<b>N</b> ational <b>I</b> nstitute on <b>A</b> lcohol <b>A</b> buse and <b>A</b> lcoholism
<b>OMS :</b>	<b>O</b> rganisation <b>M</b> ondiale de la <b>S</b> anté
<b>OH :</b>	<b>A</b> lcool
<b>PIB :</b>	<b>P</b> roduit <b>I</b> ntérieur <b>B</b> rut
<b>SAU :</b>	<b>S</b> ervice d' <b>A</b> ccueil et d' <b>U</b> rgences
<b>SCA :</b>	<b>S</b> yndrome <b>C</b> oronarien <b>A</b> igu
<b>SCAM :</b>	<b>S</b> ortie <b>C</b> ontre <b>A</b> vis <b>M</b> édical
<b>SDF :</b>	<b>S</b> ans <b>D</b> omicile <b>F</b> ixe
<b>SFA :</b>	<b>S</b> ociété <b>F</b> rançaise d' <b>A</b> lcoologie
<b>SFMU :</b>	<b>S</b> ociété <b>F</b> rançaise de <b>M</b> édecine d' <b>U</b> rgence
<b>SMUR :</b>	<b>S</b> ervice <b>M</b> obile d' <b>U</b> rgence et de <b>R</b> éanimation
<b>VP :</b>	<b>V</b> oie <b>P</b> ublique
<b>VS :</b>	<b>V</b> erre <b>S</b> tandard soit 10 gr d'alcool pur
<b>WE :</b>	<b>W</b> eek- <b>E</b> nd

# **X – Annexes**

## **1. Annexe 1 – Questionnaire de l'étude**



Etiquette Patient

Numéro d'inclusion :

## ***Etude OH***

### ***Fiche d'inclusion (feuille détachable)***

---

#### **Critères d'inclusion**

- Accepte de participer à une étude sur l'alcool aux urgences ? Oui  / Non   
Si non, préciser le motif du refus : .....
- Déclare avoir consommé de l'alcool dans les dernières 24h Oui  / Non
- Etat d'ébriété apparent Oui  / Non

**Si vous avez coché « Non » à l'un au moins de ces critères, le patient ne peut pas être inclus dans l'étude.**

#### **Critères d'exclusion :**

- Ethylo-test négatif à l'entrée Oui  / Non
- Patients non majeurs (moins de 18 ans) Oui  / Non
- C.N.H ou réquisition Oui  / Non

**Si vous avez coché « Oui » à l'un au moins de ces critères, le patient ne peut pas être inclus dans l'étude.**

# Etude OH

Numéro d'inclusion :

---

## A remplir par I.A.O.

---

- Avez-vous consommé de l'alcool dans les dernières 24h ?
- Etat d'ébriété apparent

Oui  / Non

Oui  / Non



Stop

Si 2 réponses négatives

Ethylotest à l'entrée Oui  / Non  →

mg/l

---

Moyen d'entrée (une seule réponse) :

- Seul
- Accompagné de proches
- Ambulanciers
- Pompiers
- SMUR
- Forces de l'ordre

# A remplir par MEDECIN

Numéro d'inclusion :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## PROFIL DU PATIENT

Profession : .....

**Avez-vous pour habitude de consommer les produits suivants ? Si oui, à quelle fréquence ?**

	Non	Plusieurs fois / jour	1 fois / j	Plusieurs fois / sem	1 fois/ sem	< 1 fois/ sem
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres ( <i>préciser</i> )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Consommation déclarée :

- Fréquence de la consommation de boissons alcoolisées :  
Au moins une fois par semaine  Moins d'une fois / sem
- Si Au moins une fois par semaine :
  - o Précisez le nombre de jours par semaine : .....
  - o Précisez le nombre total de verres lors d'une journée typique : .....
- Si Moins d'une fois par semaine :
  - o Précisez le nombre total de verres lors d'une prise typique : ...

### QUESTIONS DETA :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? OUI / NON
2. Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? OUI / NON
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ? OUI / NON
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès le matin pour vous sentir en forme ? OUI / NON

## **PROFIL DU PARCOURS DE SOINS**

Numéro d'inclusion :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Etat initial du patient :

Calme

Agité

Agressif

Comateux

Une **Alcoolémie** a-t-elle été réalisée ?

Oui / Non

Evolution du comportement dans le service :

Calme

Agité

Agressif

Comateux

Avis addicto proposé : oui / non

Diagnostic final : .....

Devenir à la sortie des urgences :

Hospit MEDICALE / Hospit CHIR / Réanimation / Retour à domicile / Fugue / CNH

Selon vous, dans quelle mesure l'état du patient a-t-il influencé la qualité des soins :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
- qui lui ont été proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- qui ont été proposés aux autres patients du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Amélioration</i> majeure de la qualité des soins				<i>Aucune influence</i>			<i>Détérioration</i> majeure de la qualité des soins	

Selon vous, le fait que le patient soit éthylisé a-t-il favorisé l'admission du patient aux urgences ?

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'avis

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

---

## A ne pas remplir

---

Numéro d'inclusion :

□	□	□	□
---	---	---	---

Entrée : Jour de la semaine :

Heure \_\_ : \_\_

Sexe : M / F

Age : \_\_\_\_

Motif d'entrée principal : Traumatique / Médical / Chirurgical / Psychiatrique / Social

Temps d'hospitalisation aux urgences (en heures) : .....

Temps d'hospitalisation total (en jours) : .....

Niveau d'urgence initiale :

Examens complémentaires :

ECG	Biologie	GDS	Ponction	Radio standard	TDM	IRM	Avis spé	Autres
□	□	□	□	□	□	□	□	

Alcoolémie (g/l):

Actes thérapeutiques :

## 2. Annexe 2 – Formulaire de consentement

### **Participation à l'étude « OH » Formulaire de consentement Service d'accueil des urgences**



Je, soussigné ....., donne mon accord pour participer à l'étude « OH ».

Ma participation est volontaire. J'ai été informé que je peux refuser de participer et que cela ne changerait rien aux soins qui me seraient prodigués. J'ai également été informé que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier et que je n'encours aucune responsabilité, ni préjudice pour ma santé. Pour stopper ma participation il me suffit d'avertir l'équipe qui me prend en charge.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'ai reçu des explications sur la nature, l'objectif, la durée de l'étude et sur ce qu'il m'est demandé de faire. Une fiche d'information m'a été délivrée en complément. J'ai compris ces explications et j'ai reçu toutes les réponses souhaitées à mes questions.

J'accepte que les données nécessaires à ma participation à cette étude soient recueillies. J'ai été informé que ces données étaient strictement confidentielles, traitées de façon totalement anonyme, et à usage exclusif des investigateurs concernés. J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (modifiée le 6 août 2004), je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui me concernent. Pour exercer ce droit il me suffit de contacter le Dr Florent Cardon en appelant le secrétariat du service des urgences au 03.28.28.56.11.

Date :

Signature du participant :

Nom du médecin ayant recueilli le consentement :

Signature du médecin ayant recueilli le consentement :

### 3. Annexe 3 – Fiche d'information individuelle

**Participation à l'étude « OH »**

**Fiche d'information**

**Service d'accueil des urgences**



Madame, Monsieur,

La consommation d'alcool est un phénomène fréquent. Nous menons actuellement une étude sur la consommation d'alcool des patients pris en charge aux urgences du centre hospitalier de Dunkerque. Nous souhaitons évaluer son impact sur les soins réalisés dans le service.

Si vous acceptez de participer à ce travail, un court questionnaire sera rempli par l'équipe qui vous prendra en charge. Les informations recueillies concerneront votre profil de consommation d'alcool et d'autres produits éventuellement associés, ainsi que les soins qui vous seront proposés au cours de votre prise en charge à l'hôpital.

Ces informations me seront confiées par le médecin qui vous prendra en charge. Elles seront traitées de façon totalement anonyme.

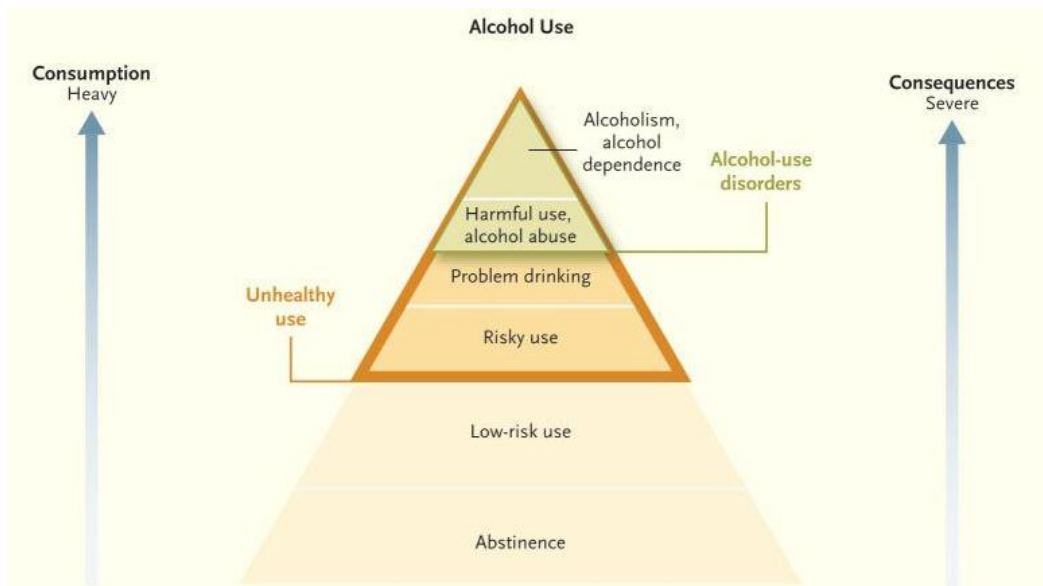
Votre participation prendra fin lorsque vous quitterez le service des urgences.

Je vous remercie d'avoir pris connaissance de ce document et espère que vous accepterez de participer à cette étude.

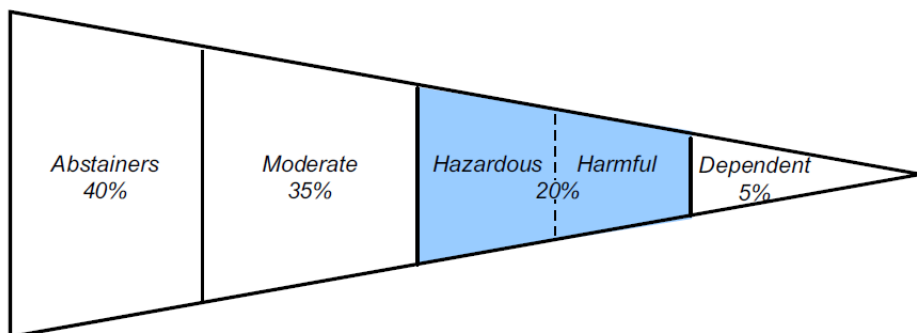
Dr Florent Cardon

Responsable de l'étude « OH »

#### 4. Annexe 4 – Représentations des profils de consommation



***Pyramide de l'évolution éventuelle de la consommation d'alcool [58]***



***Le spectre des différentes consommations d'alcool [59]***