



HAL
open science

Évaluation systématique de la consommation d'alcool récente chez les 18-35 ans consultant aux urgences du CHU de Bordeaux et impact sur la morbidité

Ronan Voisin

► **To cite this version:**

Ronan Voisin. Évaluation systématique de la consommation d'alcool récente chez les 18-35 ans consultant aux urgences du CHU de Bordeaux et impact sur la morbidité. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02507845

HAL Id: dumas-02507845

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02507845>

Submitted on 13 Mar 2020

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

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



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N° 141

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

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

Le 14 Octobre 2019 à Bordeaux

par

Ronan VOISIN

Né le 26 février 1989

Evaluation systématique de la consommation d'alcool récente chez les 18-35 ans consultant aux urgences du CHU de Bordeaux et impact sur la morbidité.

Directeur de Thèse :

Professeur Philippe CASTERA

Rapporteur :

Docteur Cédric GIL-JARDINE

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Membres : Monsieur le Docteur Philippe REVEL

Monsieur le Docteur Michel GALINSKI

Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE

REMERCIEMENTS

Au professeur Philippe CASTERA, merci pour votre accompagnement en tant que directeur. Merci de m'avoir accompagné malgré l'interruption d'un premier projet. Merci pour votre disponibilité, votre écoute, la pertinence de vos commentaires et corrections tout au long de ce projet qui ont grandement contribué à la qualité de ce travail.

Au Docteur Cédric GIL-JARDINE, merci pour son accueil au sein des urgences adultes de l'hôpital Pellegrin. Je le remercie pour son travail, sa patience et sa compréhension devant nos demandes nombreuses. Merci d'avoir apporté vos corrections en tant que rapporteur de ce travail.

Au Docteur Isabelle FAURE pour son accueil au sein du service des urgences de l'hôpital Saint-André.

A toute l'équipe des services d'urgences des hôpitaux Pellegrin et Saint-André, je les remercie pour leur accueil, leur coopération et leur aide.

A mes parents, merci pour tout ce qu'ils ont fait et continuent de faire pour mes frères et moi. Nos échanges sont rares, et je tiens à les remercier d'avoir toujours privilégié à leur confort, la qualité de nos éducations.

A Edris, qui n'a pas pu venir aujourd'hui mais que j'ai hâte de revoir bientôt. « Nove sed non nova » : la manière est nouvelle, mais non la matière. Citation que j'ai jamais pu replacer correctement dans une conversation. Je trouve qu'elle conclue bien.

A Marine, qui m'accompagne depuis plus de 2 ans. Merci d'avoir été présente, de m'avoir soutenu, merci pour ta compréhension et ta patience tout de long de ce projet.

Au Boloss, merci à tous, merci d'être venu même si je n'ai pas pu assister aux thèses de certains (les thèses de médecine hein, les dentaires ce ne sont pas vraiment des thèses). Big up à JB pour ton aide ! Encore plein de chose à vivre et à partager avec vous même si ça fait longtemps qu'on est plus censé se parler. "Tempora mori, tempora mundis recorda", ça ne veut absolument rien dire, mais l'effet reste le même, et pourtant j'ai jamais mis les pieds dans une classe de latin.

À Quentin, Théo, Bastien. Les guanos depuis l'enfance. Pas assez d'une page pour tout écrire. Merci d'être toujours là et d'avoir pris soin de me sortir la tête quand j'étais étudiant. Je citerai ici le philosophe Nekfeu « J'ai des goûts de luxe, mes amis sont en or ».

Aux gringos, les néo-bordelais. Un super internat et plein de bons souvenirs avec vous. Reste plus qu'à faire nos nids par trop loin !

Aux PLT, trop nombreux pour tous les citer. Ils sont toujours tous fou à lier (Les Innocents) mais c'est tellement plus drôle comme ça.

A tous les anciens co-internes et à ceux qui ont travaillé avec moi sur ce projet.

A tous ceux ou celles que je pourrai oublier et qui m'ont écouté parler, stresser ou râler ces derniers mois, et bien-sûr à la congolexicomatisation des lois du marché.

Table des matières

SOMMAIRE DES ILLUSTRATIONS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	7
PREAMBULE	8
I - INTRODUCTION	10
1.1. Contexte	10
1.2. Conséquences sanitaires et sociales de l'alcool	14
1.2.1. Définitions des usages	14
1.2.1.1. Trouble de l'usage	14
1.2.1.2. L'addiction	14
1.2.1.3. Le craving	15
1.2.2. Sur le plan sanitaire général	15
1.2.3. Alcool facteur protecteur ?	16
1.2.4. Alcool et traumatologie	17
1.2.5. L'impact juridico social de l'alcool	18
1.2.6. Alcool aux urgences	18
II -MATERIEL ET METHODE	20
2.1. Type d'étude	20
2.2. Population de l'étude	20
2.3. Questionnaire	20
2.4. Recueil des données	22
2.5. Saisie et analyse statistique des données	22
2.6. Mesures éthiques et réglementaires	23
III – RESULTATS	24
3.1. Profil des consommateurs	25
3.2. Profil des consommations	25
3.2.1. Consommations récentes d'alcool	25
3.2.2. Co-consommations concomitantes à l'alcool	27
3.2.3. Consommations chroniques d'alcool	27
3.2.4. Durées des séjours aux urgences	28
3.3. Impact de la consommation d'alcool sur les motifs de consultations	28
3.4. Analyse multivariée	30
3.5. Analyse de comparaison multiple	31
IV –DISCUSSION	33
4.1. Analyse des résultats	33
4.1.1. Profils des consommations et des consommateurs	33
4.1.2. Alcool et motifs de consultations	37
4.1.2.1. Traumatologiques	37
4.1.2.2. Psychiatriques	38

4.1.2.3. Médicaux	38
4.2. Forces et limites	39
V – CONCLUSION	41
VI – RESSOURCES	43
VII – ANNEXES	54
RESUME	74
SERMENT	75

SOMMAIRE DES ILLUSTRATIONS

Figure I : pourcentage de la consommation d'alcool en France par sexe et âge	11
Figure II : Profil OMS 2014 de la consommation d'alcool en France	12
Figure III : Profil OMS 2018 de la consommation d'alcool en France	13
Figure IV : Diagramme de flux	
Figure V : Quantités consommées dans les dernières 24 heures parmi les consommateurs récents en effectifs	26
Figure VI : Quantités consommées dans les dernières 24 heures parmi les consommateurs récents en pourcentages	26
Figure VII : Répartition des diagnostics en fonction de la consommation d'alcool dans les dernières 24 heures	29
Figure VIII : Répartition des diagnostics en fonction des quantités d'alcool consommées dans les dernières 24 heures	30
Figure IX : Analyse de comparaison multiple	32
Tableau I : Répartition des consommations d'alcool récentes selon les paramètres étudiés	54
Tableau II : Répartition des API des dernières 24 heures selon les paramètres étudiés	56
Tableau III : Répartition des scores AUDIT-C selon les paramètres étudiés	58
Tableau IV : Répartition des consommations d'alcool récentes et du score AUDIT-C selon les catégories socio-professionnelles	59
Tableau V : Répartition des consommations d'alcool et des API selon les catégories socio-professionnelles	59
Tableau VI : Motifs de consultations et quantités d'alcool de moins de 24h	59
Tableau VII : Répartition des consommations autres que l'alcool selon les consommations d'alcool dans les 24 dernières heures	60
Tableau VIII : Consommation des différentes substances des dernières 24h en fonction de la consommation d'alcool des dernières 24h	60
Tableau IX : Facteurs associés à une consommation d'alcool dans les dernières 24h	61

Tableau X : Facteurs associés à l'alcoolisation massive (> 5 verres) parmi les consommateurs récents d'alcool	62
Tableau XI : Facteurs associés à l'alcoolisation massive (> 5 verres) parmi la totalité de l'échantillon	62
Tableau XII : Répartition des présences entre les sites Pellegrin et Saint-André entre le 24 septembre 2018 au 7 octobre 2018	63
Tableau XIII : Comparaison des critères diagnostiques de l'addiction à l'alcool selon la CIM-10 et le DSM-5	63
Annexe I : Personnes de 15 ans ou plus consommatrices d'alcool à risque ponctuel, chronique ou dépendant	65
Annexe II : Personnes de 15 ans ou plus consommatrices d'alcool à risque ponctuel, chronique ou dépendant (suite)	66
Annexe III : Questionnaire	67
Annexe IV : Avis favorable CPP	71
Annexe V : Autorisation CNIL au titre d'un engagement de conformité au protocole MR-003	73

LISTE DES ABREVIATIONS

ACM : analyse de comparaison multiple

AIS : Abbreviated injury scale

API : Alcoolisation ponctuelle importante

ALD : Affection longue durée

AUDIT-C : Alcohol use disorder identification test version courte

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense

FACE : Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien

HSPT : loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire

INCa : Institut National du Cancer

JAPD : Journée d'Appel Pour la Défense

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONISR : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

SFA : Société française d'addictologie

WHO : World Health Organization

PREAMBULE

Encore très ancré dans notre culture, l'alcool est associé à la fête, à la culture, à l'art culinaire et fait bien souvent parti des événements de vie et des célébrations les plus marquantes. Associé à la convivialité et au patrimoine il garde ainsi une place importante en France notamment en Gironde, avec des enjeux socio-économiques majeurs. Parallèlement il est responsable de nombreuses pathologies somatiques, psychiatriques et d'actes de violences se faisant le vecteur d'une souffrance organique, psychologique et sociale à tout âge de la vie.

La France a beaucoup progressé dans sa lutte contre l'alcool. Depuis les années 1960, la consommation des français a énormément reculé passant de 26 litres d'alcool pur par an et par habitant de plus de 15 ans à moins de 12 litres de nos jours (1). Cette diminution est due au recul de la consommation de vin jusque dans les années 2000 où elle s'ajoute à une baisse significative de la consommation de spiritueux et de bière (2).

Les connaissances et les mentalités des français ont également évoluées en raison des campagnes de préventions répétées ayant permis d'informer la population sur les risques inhérents à l'alcool. Pourtant, beaucoup de français conscients de ces risques en sous-estiment leurs impacts (1).

Malgré ce recul, l'alcool reste la seconde cause de mortalité évitable après le tabac. Il est impliqué dans de nombreuses pathologies responsables de fréquentes consultations médicales notamment aux urgences où il est un facteur responsable de violences, de tensions et de souffrances des malades comme des soignants (3,4). Il est également vecteur de pathologies traumatiques et son imputabilité dans l'aggravation de pathologies somatiques ou psychiatriques nécessitant des hospitalisations prolongées n'est plus à démontrer (5,6).

La consommation d'alcool des patients consultant aux urgences du site Saint André du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux avait été évaluée de manière systématique en 2005 et révélait que 41.7% des patients avaient une consommation problématique et 17.8% présentaient une alcoolodépendance (7). Sur le même site (Saint-André) une étude en 2013 avait montré que les jeunes de 15-25 ans admis pour intoxication éthylique aigue représentaient 3.62% de la totalité des patients admis et que 57 % d'entre eux avaient une consommation nocive d'alcool (8). Enfin, l'évaluation systématique de la consommation d'alcool et des motifs de consultations liés à l'alcool avait été réalisé dans le service d'urgence de la ville de Verdun en 2016 (9) mais n'a, à notre connaissance, pas été évaluée à Bordeaux.

Compte tenu de ces données, nous avons supposé qu'il existe une sous-estimation des consommations d'alcool récentes chez les patients jeunes consultants aux urgences. Ces consommations passeraient habituellement inaperçues et pourraient être responsables d'un nombre significatif de consultations, notamment en traumatologie.

Nous avons souhaité évaluer sur le CHU de Bordeaux la part réelle des patients de 18 à 35 ans ayant consommé de l'alcool dans les vingt-quatre dernières heures avant leur consultation aux urgences afin de démasquer une part « cachée » d'alcoolisation sans signes manifestes. Nous supposons de plus qu'il pourrait exister une corrélation entre la consommation d'alcool récente et certains motifs de consultations médicaux ou chirurgicaux notamment traumatologiques pour lesquels nous avons comparé leurs gravités en fonction du contexte de consommation d'alcool. Nous avons également voulu cartographier les zones d'habitations et les lieux de consommations de la communauté urbaine de Bordeaux et rechercher une association entre les alcoolisations récentes et l'apparition de symptômes post commotionnels. Ces différents objectifs ont été répartis entre les différents investigateurs du projet. Bien que la collecte des données ait été réalisée en collaboration, ils ont fait l'objet de travaux individuels. **Le travail qui suit s'intéresse à l'évaluation systématique des consommations d'alcool récentes chez les 18-35 ans consultant aux urgences du CHU de Bordeaux et à l'impact sur la morbidité.**

L'objectif principal est d'évaluer la proportion de patients ayant consommé de l'alcool dans les dernières vingt-quatre heures et de rechercher une association statistique entre consommation d'alcool récente et la survenue de motifs de consultations spécifiques.

Les objectifs secondaires sont de dresser un profil biométrique et psycho-social des consommateurs puis de détecter ceux ayant un trouble de l'usage de l'alcool.

I - INTRODUCTION

1.1. Contexte

La consommation de boissons alcoolisées constitue une composante importante des pratiques culturelles françaises et de certaines formes de sociabilités intervenant dès l'adolescence et est associée à des risques sanitaires et sociaux majeurs. La France comptait, en 2017, 47 millions de consommateurs, dont 43 millions d'usagers dans l'année, 9 millions d'usagers réguliers (au moins trois fois par semaine) et 5 millions d'usagers quotidiens (10).

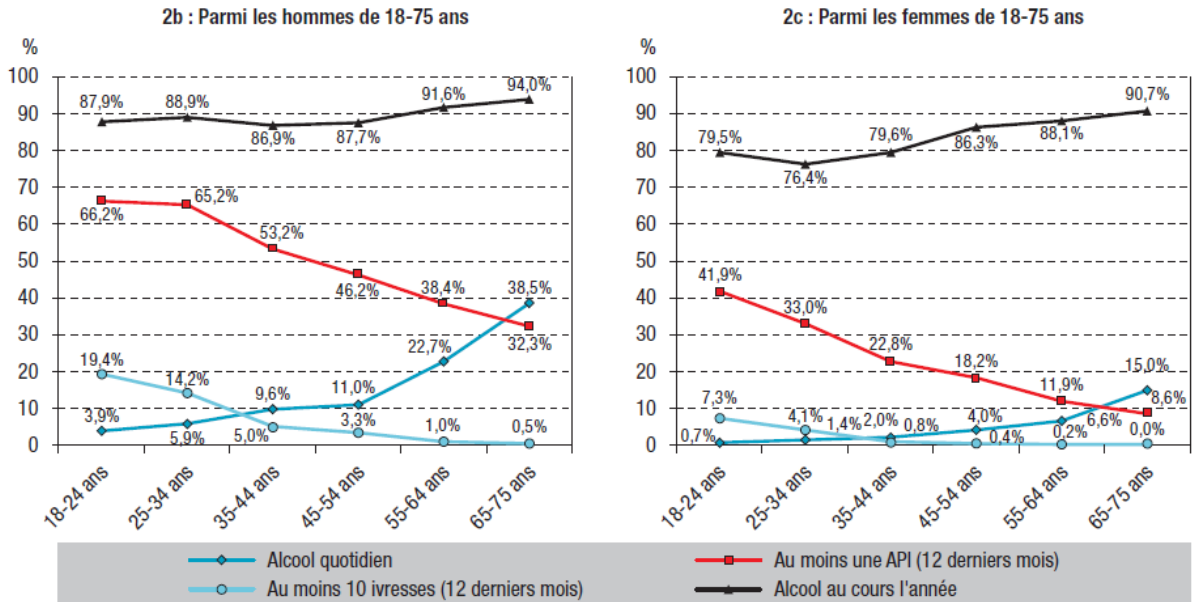
Nous demeurons l'un des pays d'Europe les plus consommateurs d'alcool, bien que les chiffres soient en baisse depuis les années 60 principalement en raison du recul de la consommation de vin qui reste la boisson la plus consommée en France.(10)

Cette diminution des consommations tend à se stabiliser selon les résultats du Baromètre de santé 2017 (11), avec une quantité d'alcool par an et par habitant de plus de 15 ans à 11.7L. En 2017, 86.5% des 18-75 ans avaient déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, ce qui est stable par rapport à 2014, de même que pour la consommation quotidienne d'alcool : 9.7% en 2014 et 10 % en 2017 (11% en 2010). Le sexe ratio est toujours en faveur des hommes, quel que soit le paramètre étudié et il augmente avec les quantités consommées.

Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) dans les douze derniers mois sont en diminution avec 35.2% des 18-75 ans concernés en 2017 versus 38% en 2014. Les API mensuelles avaient également baissé passant de 17.4% (2014) à 16.2% (2017). Les API hebdomadaires sont restées stables, un peu en deçà de 5% et ont diminué chez les jeunes de 18 à 24 ans passant de 11% (2014) à 10% (2017). Pourtant, 54.1% des 18-24 ans déclaraient au moins une API dans les douze derniers mois versus 57% des 18-25 ans en 2014. Ce chiffre décroît avec l'âge pour atteindre moins de 20% chez les 65-75 ans (11,12). (Figure I)

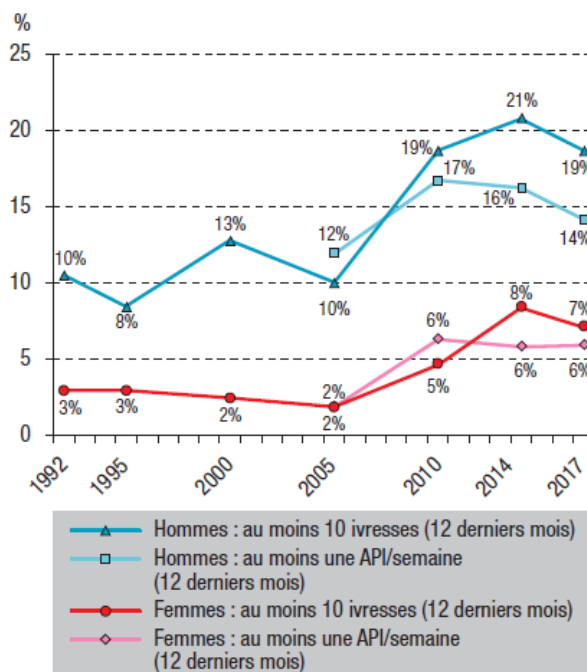
Une observation plus alarmante concerne les ivresses, qui touchaient plus de 63% des 18-75 ans au cours de leur vie, dont 20.7% au cours des douze derniers mois (versus 19.1% en 2014). Les ivresses répétées (au moins trois épisodes dans les douze derniers mois) augmentent également depuis 2010 passant de 8.1% puis 9.3% en 2014 et 9.7% en 2017. On observe la même tendance pour les ivresses régulières (au moins dix épisodes sur les douze derniers mois) qui touchaient 3.1% des 18-75 ans en 2010 puis 3.8% en 2014 et 4.1% en 2017, particulièrement chez les jeunes ou 19.4% des hommes et 7.3% des femmes sont concernés (stable par rapport à 2014) (11,13,14). (Figure I)

De plus la distribution du volume d'alcool consommé n'est pas uniforme puisqu'il y avait 13.5% d'abstinents et 49% de la population ne buvant que 3% du volume total consommé dans l'année, tandis que les 10% de personnes les plus consommatrices consommaient 58% du volume total(11).



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.
API : alcoolisation ponctuelle importante.

Évolution des indicateurs de consommation d'alcool parmi les 18-24 ans en France métropolitaine, 1992-2017



Sources : Baromètres de Santé publique France 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017.
API : alcoolisation ponctuelle importante.

Figure I : pourcentage de la consommation d'alcool en France par sexe et âge.

Sur le plan international, l'Organisation Mondiale de la Santé s'intéresse de manière régulière à la consommation mondiale et au profil de consommation des différents pays. En comparant les publications de 2014 et 2018 basées sur les consommations de 2010 et 2016 on note une globale stabilité dans la quantité d'alcool totale consommée en France par habitant de 15 ans et plus passant de 12.2 à 12.6 litres par an (Figures II et III). En revanche si l'on s'intéresse à la quantité d'alcool pur par an et par buveur de 15 ans et plus on s'aperçoit que ce chiffre augmente significativement de 12.9 litres à 16.7 litres et principalement chez les hommes qui passent de 18.4 litres à 23.6 litres par an et par consommateur alors que cette augmentation est plus insidieuse chez les femmes passant de 7.7 litres à 8.3 litres par an et par consommatrice (Figure II). Ces variations sont dues principalement à l'augmentation significative des abstinents de 15 ans et plus au cours de l'année (ceux n'ayant jamais consommé et ceux n'ayant pas consommé les douze derniers mois) passant de 5.2 à 24.7 % en 2016. Ces chiffres récents placent la France (ex-aequo avec la Slovénie) au 9-ème rang des consommateurs en Europe (sur la liste des 51 états de l'OMS) et au 20-ème rang si l'on compare les consommations annuelles d'alcool pur par buveur (15).

Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	Average 2003–2005	Average 2008–2010	Change
Recorded	13.0	11.8	→
Unrecorded	0.4	0.4	→
Total	13.4	12.2	→
Total males / females		17.8 7.1	
WHO European Region	11.9	10.9	

Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2010

	Population	Drinkers only
Males (15+)	42.2	43.7
Females (15+)	17.7	19.0
Both sexes (15+)	29.4	31.0

*Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2010

Males (15+)	18.4
Females (15+)	7.7
Both sexes (15+)	12.9

Abstainers (%), 2010

	Males	Females	Both sexes
Lifetime abstainers (15+)	0.9	3.0	2.0
Former drinkers* (15+)	2.6	3.7	3.2
Abstainers (15+), past 12 months	3.5	6.7	5.2

*Persons who used to drink alcoholic beverages but have not done so in the past 12 months.

Patterns of drinking score, 2010

LEAST RISKY < 1 2 3 4 5 > MOST RISKY

Figure II : profil OMS 2014 de la consommation d'alcool en France.

Source *Global Status report on alcohol and health 2014. World Health Organization.*

Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	2010*		2016*	
Recorded	12.3		11.8	
Unrecorded	0.5		1.5	
Total**	12.2		12.6	
Total males / females	19.6	5.4	20.3	5.4
WHO European Region	11.2		9.8	

* Three-year averages of recorded and unrecorded for 2009–2011 and 2015–2017; **adjusted for tourist consumption.

Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2016

	Population (15+ years)	Drinkers only (15+ years)	Population (15–19 years)	Drinkers only (15–19 years)
Males	48.7	56.7	53.4	68.6
Females	15.1	23.0	16.7	31.9
Both sexes	31.2	41.5	35.5	54.2

* Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2016

	Litres
Males (15+)	23.6
Females (15+)	8.3
Both sexes (15+)	16.7

Abstainers (%), 2016

	Males	Females	Both sexes
Lifetime abstainers (15+)	4.7	14.6	9.8
Former drinkers* (15+)	9.5	19.8	14.8
Abstainers (15+), past 12 months	14.2	34.4	24.7

* Persons who used to drink alcoholic beverages but have not done so in the past 12 months.

Figure III : Profil OMS 2018 de la consommation d'alcool en France.

Source *Global Status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.

Les populations plus jeunes sont également concernées et font régulièrement l'objet d'enquêtes chez les adolescents de 17 ans lors de la Journée d'Appel Pour la Défense (ESCAPAD). Selon l'enquête ESCAPAD 2017, il apparaît un recul du pourcentage des adolescents ayant expérimenté l'alcool depuis les années 2000, passant de 94.6% à 85.7%. Il en découle une diminution des consommations régulières (au moins 10 usages dans les 30 jours précédents) passant de 12.4% en 2014 à 8.4 % en 2017. On note également une diminution des API puisque 44% des adolescents en reconnaissent au moins une dans le mois de l'enquête (48 % en 2014). Les API répétées (au moins 3 épisodes dans le mois) et régulières (au moins 10 épisodes dans le mois) suivent la même tendance par rapport à 2014 (respectivement à 16% et 2.7 % en 2017).

Le contexte des consommations est le plus souvent le week-end ou lors d'un évènement festif avec des amis. On remarque cependant que 29.8% des API ont lieu en présence des parents. Les API dans des bars et discothèques ont également subi un recul important depuis 2005 passant de 50.8% à 38%, très probablement en raison de la loi HPST de 2009 interdisant la vente d'alcool aux mineurs (16).

Selon ces résultats, la France fait office de « bonne élève » avec un recul de la consommation d'alcool au cours des dernières années, notamment par rapport à 2014 en conservant un profil d'alcoolisation structuré autour d'alcoolisations massives à très haut risque avec une forte inégalité des consommations puisqu'un dixième de la population ingère plus de la moitié des volumes d'alcool annuels en France. Les jeunes sont aussi concernés par les profils de consommations ponctuelles

massives comme le « binge drinking », mode de consommation fréquent des étudiants et touchant tous les pays développés, l'Italie (17), l'Australie (18), les Etats unis (19) et dont la prévalence chez les étudiants universitaires en France est d'environ 30% et 11% respectivement de manière mensuelle et hebdomadaire (20).

Il faut ajouter à ces mésusages d'alcool des conduites dangereuses mais heureusement rares comme le « eyeballing » (21), l'alcorexie et l'administration d'alcool intra rectal ou intra vaginal au moyen de tampons révélant une dérive toxicomaniaque de l'alcool chez les jeunes.

2. Conséquences sanitaires et sociales de l'alcool.

Il est important de bien différencier les troubles d'usage de l'alcool selon le DSM-5 et les troubles liés à l'usage d'alcool. Bien que le contexte des urgences focalise l'attention sur les pathologies liées à la consommation récente d'alcool, il nous paraît important de reprendre quelques définitions permettant de situer cette consommation dans le contexte des addictions.

1.2.1. Définitions des usages

1.2.1.1. Le trouble de l'usage

En addictologie, l'usage correspond à la « consommation » de sources ou d'objets de gratification. Il peut s'agir de substances comme l'alcool (ou le tabac) ou de comportements comme le jeu. Ces objets sont sources de plaisir et d'effets renforçants, ce qui expose à un trouble de l'usage ou d'addiction (22).

1.2.1.2. L'addiction

Elle est définie comme un trouble de l'usage dans le DSM 5 (23) et correspond au syndrome de dépendance dans le CIM 10 (24). L'addiction se définit donc comme la perte du contrôle de l'usage des sources de gratification, ici l'alcool, ce qui est bien différent de l'usage (25). Le symptôme caractéristique en est le craving et un signe la rechute (25).

Ainsi le DSM – 5 a révisé les critères diagnostiques d'abus et de dépendance qui sont dorénavant regroupés sous le nom de « trouble de l'usage ». Le seuil pour retenir le diagnostic a été placé à 2 critères nécessaires parmi les 11. Des niveaux de sévérité ont également été introduits : léger : 2 à 3 critères ; modéré : 4 à 5 critères et sévère : 6 critères et plus. Un des points importants concernant cette mise à jour est l'abandon du critère des « problèmes légaux » au profit de l'introduction de la notion de « craving ». (Tableau XII)

La CIM 10 conserve elle une classification à deux niveaux : l'« usage nocif » et le « syndrome de dépendance ». (Tableau XIII)

La SFA utilise une définition supplémentaire « d'usage à risque » qui intègre des quantités seuils d'alcool (26). Elle n'appartient ni à la classification CIM-10 ni à celle du DSM-5. Elle se définit par une consommation susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages. Il précise qu'il n'y a pas de consommation d'alcool sans risque, mais des consommations à risque plus ou moins élevé. Ces risques existent de deux manières :

-Soit par un risque différé et cumulatif : les recommandations actuelles fixent à 2 verres maximum par occasion pas plus de cinq jours par semaine pour les deux sexes (27).

-Soit en cas de conduite à risque : conduite de véhicule, poste de sécurité ou en cas de risque individuel, consommation rapide ou associée à d'autres substances psychoactives, pathologies organiques ou psychiatriques associées, modification de la tolérance, situations physiologiques particulières (grossesse, dette de sommeil...).

1.2.1.3. Le craving

Il est défini en addictologie par l'envie intense, irrésistible d'effectuer le comportement gratifiant, ici de consommer de l'alcool, alors que la personne ne veut pas. Le craving est extrêmement fluctuant et subjectif et n'est pas le sevrage. De nombreux facteurs environnementaux l'influencent (25,28). L'intensité du craving prédit l'usage, donc la rechute, dans les 4 heures (28,29). Le craving est ainsi la cible fondamentale du traitement, ainsi que la prévention de la rechute.

1.2.2. Sur le plan sanitaire général

Avec ses cinq millions de consommateurs quotidiens et presque un adulte sur quatre ayant eu une API récente (17%), on comprend aisément que l'alcool représente la 1ère cause de mortalité prématurée et la seconde cause de mortalité évitable après le tabac.

Facteur étiologique de plus de 200 maladies et traumatismes, il est responsable d'environ 3.3 millions de décès chaque année à travers le monde soit environ 6% de la mortalité mondiale dont 13% de la mortalité en Europe particulièrement pour les populations de 20 à 39 ans pour lesquelles la mortalité imputable à l'alcool atteint un pic à 13.5% (15,30).

Selon le rapport de l'institut national du cancer (INCa) de 2019, l'alcool serait responsable de 8% des cancers incidents soit 27 894 nouveaux cas de cancers en 2015 (31). Il conserve ainsi sa place de second facteur de risque évitable après le tabac. Ces nouveaux cas concernent essentiellement le cancer du

sein (8000 nouveaux cas)(31–33). On estime que l'alcool est responsable de 41 000 décès en 2015 (34) (versus 49 000 en 2009), 30 000 chez l'homme et 11 000 chez la femme soit respectivement 11% et 4% de la mortalité totale des adultes de 15 ans et plus, dont 16 000 décès par cancers (versus 15 000 en 2009) (35) (32,36) ce qui est élevé comparativement à d'autres pays d'Europe (34). Ce risque existe même pour des consommations faibles d'un verre par jour bien que 90% des décès concerneraient des gros consommateurs de plus de cinq verres par jour (34).

Chez les plus jeunes, l'alcool serait responsable de 22 % des décès chez les 15-34 ans, proportion qui tend à diminuer avec l'âge (37).

1.2.3. L'alcool facteur protecteur ?

Un seuil de consommation d'alcool « protecteur » fait débat et les différents auteurs et experts ne sont pas unanimes.

La consommation d'alcool en faible quantité a semblé être un facteur neutre voir protecteur de santé (38) notamment cardiovasculaire, qui a été suggérée dans plusieurs études pour un taux variable allant de <30g d'alcool par jour (39) à < 10 g pour les femmes et < 20 grammes pour les hommes (40). Il ne semble pas avoir d'impact sur la tension artérielle chez la femme en dessous de 20 grammes par jour (41). Ces chiffres sont corroborés par d'autres travaux montrant que le risque cardiovasculaire de l'alcool avait été surestimé (42,43). Il diminuerait le risque de diabète de type 2 pour des consommations < 50g/jour chez la femme et <60g/jour chez l'homme (44).

En dehors des pathologies cardiovasculaires, des études récentes de grandes ampleurs ont révélé l'absence du caractère protecteur sur la santé d'une consommation faible d'alcool (45). Ces travaux ont démontré que les risques sanitaires existent même pour des consommations faibles et que le niveau de consommation d'alcool minimisant les effets nocifs sur l'ensemble des conséquences sur la santé était de zéro verre par semaine. Des résultats proches ont été retrouvés dans d'autres travaux avec une consommation d'alcool correspondant au risque de mortalité par alcoolisation le plus faible étant nulle ou proche de zéro pour les femmes de moins de 65 ans et inférieure à 5 g d'alcool par jour pour les femmes de 65 ans et plus. Une consommation d'alcool nulle pour les hommes de moins de 35 ans, d'environ 5 g par jour pour ceux d'âge moyen et de moins de 10 g par jour pour ceux de 65 ans et plus, correspond au risque le plus faible (46,47). L'Institut National du Cancer conclut à un risque vie entière existant pour des consommations faibles avec une courbe en « J » montrant un risque accru à partir de 5g par jour, sans pour autant conclure à un facteur protecteur en deçà puisque cette notion reste très largement discutée (32).

Il existe donc un impact sanitaire pour les consommations mêmes faibles d'alcool. Dans ce contexte, le calcul d'une estimation du risque « vie entière » de décès attribuable à l'alcool est possible et augmente avec la quantité consommée et le sexe. Il est estimé à 1% pour les femmes consommant 15 grammes d'alcool par jour versus 25 grammes chez les hommes. Ce score augmente régulièrement jusqu'à 4% chez les femmes pour une consommation de 40 grammes d'alcool par jour et à 2 % chez les hommes pour les mêmes quantités consommées (1).

1.2.4. Alcool et traumatologie

Une partie importante de la morbidité induite par l'alcool concerne la traumatologie. Si le bon sens désigne l'alcool comme un facteur de risque traumatique évident, beaucoup d'études en France comme à l'étranger s'y sont intéressées.

Une étude australienne a calculé que le risque relatif de traumatisme était de 2.5 dans les six heures qui suivent la consommation de plus de 60 g d'alcool chez les hommes et plus de 40 g d'alcool chez les femmes (48).

On sait également qu'aux urgences, la majeure partie des chutes non intentionnelles sont liées à l'alcool, en particulier chez les jeunes (49), et qu'une consommation excessive d'alcool est un facteur prédictif de blessure avec un risque relatif de 2.57 de blessures liées à la violence et de 2.86 de blessures liées à des chutes (50). Ainsi plus de 16 % des traumatismes présents aux urgences (51), plus de 40% des traumatismes récidivants (52) et 60% des agressions envers le personnel soignant (associées ou non à une co-consommation de drogue) sont liés à une consommation d'alcool (53). Ces traumatismes peuvent être plus graves lorsque cette consommation est élevée (54,55), nécessitent souvent une réadmission (55) et peuvent pour les plus importants conduire plus souvent au décès du patient en cas d'intoxication alcoolique associée (56).

En dehors de ces contextes aigus, la consommation chronique est aussi un motif de consultation aux urgences en raison des comorbidités auxquelles elle est associée : décompensation oedémato-ascitique, pancréatite, troubles cognitifs, syndrome de sevrage ou delirium tremens (57).

Enfin, selon L'ONISR l'alcool est le principal facteur de risque d'accident de la voie publique après la vitesse. Il est impliqué dans 23% des accidents mortels chez les jeunes APAM de 18 à 24 ans (stable par rapport à 2017) et dans 25% chez ceux survenant dans la classe des 35-44 ans (versus 26% en 2017). La présence de l'alcool dans les accidents mortels décroît ensuite avec l'âge pour atteindre 2% chez les plus de 75 ans (58–60). En dehors des accidents mortels, on observe une hausse des contrôles

positifs à l'alcool (3.3% en 2017) avec presque 350 000 contrôles routiers positifs en 2017, un phénomène inquiétant révélateur d'un comportement à risque chez les conducteurs.(61)

1.2.5. L'impact juridico-social de l'alcool

Outre ces pathologies, l'alcool est le vecteur de nombreuses conséquences sociales puisqu'en 2011 on recensait presque 75 000 infractions d'ivresses publiques et manifestes. En 2015, c'est plus d'un français sur deux qui exprimait avoir eu des dommages liés à la consommation d'alcool de personnes connues ou inconnues autour d'elle au cours de l'année (être gêné pour dormir, agression verbale ou physique, menace, sensation d'être en insécurité)(62).

Il est impliqué dans 40 % des violences familiales et/ou conjugales (400.000 /an) ; 25 % des faits de maltraitance à enfants, 30 % des viols et agressions sexuelles (50.000/an) et 30% des faits de violences générales (200.000/an) (63,64).

En plus de ces conséquences juridiques, l'alcool a un impact socio professionnel en entraînant chômage, arrêt de travail, invalidité etc.... A titre d'exemple la proportion de patients en ALD en lien avec l'alcool en France est de 91 pour 100 000 chez les hommes et de 28 pour 100 000 habitants chez les femmes (65). Concernant la consommation de soins l'alcool représente 50 000 personnes vues par semaine chez un médecin généraliste pour sevrage, 108 000 hospitalisations en 2017 (66), 142 000 patients suivis en CSAPA en 2016 (67).

Tout ceci à un cout social, estimé à environ 118 milliards d'euros en 2010(68) dont 283 millions d'euros pour des mesures et campagnes de prévention (65).

1.2.6. L'alcool aux urgences

Concernant la consommation de soins, on sait que l'alcool est une comorbidité fréquente dans les services d'urgences. Il s'agit d'alcoolisations bénignes dans la plupart des cas, mais elles s'associent à de nombreuses comorbidités et représentent un cout significatif (69).

Au niveau international, une méta analyse américaine (70) (USA, Italie, Mexique, Espagne) rapporte que l'alcool serait responsable de 22% des consultations dans les services d'urgences. Sur le plan psychiatrique il serait impliqué dans 62% des tentatives de suicide (5) et jusqu'à 45% des consultations en rapport avec la santé mentale (71). Il existe une grande disparité entre les hommes et les femmes, l'heure de la journée (71) et les jours de la semaine avec une proportion de consultations liées à l'alcool pouvant atteindre 70% le week-end (72). La prévalence d'alcoolémie positive chez les patients consultant aux urgences est variable selon les études mais représente toujours une part significative :

9.3% au Mexique (17.7% pour les traumatisés et 2.6% pour les consultations médicales) (73), 17.5% aux USA (70), 38% au Qatar (74).

En plus des soins d'urgences il est important de rappeler qu'en France, en 2012, 2.2 % des hospitalisations étaient induites par l'alcool ainsi que 10.4% des hospitalisations en psychiatrie (9,75). Ces chiffres sont variables selon les années et les sites d'études mais concordent à dire que l'alcool représente un coût significatif pour la société.

A la lumière de ces données nous avons conscience qu'un très grand nombre d'études concernant la prévalence de l'alcool dans les services d'urgences et son impact sur la morbi mortalité ont été publiées. Nous n'avons pas, à notre connaissance, retrouvé de travaux similaires sur la ville de Bordeaux. Nous souhaitons dans cette étude évaluer la part réelle des consommations récentes des patients de 18 à 35 ans consultant aux urgences du CHU de Bordeaux quel que soit le motif médical ou chirurgical. Nous nous sommes ensuite intéressés aux corrélations entre les motifs de consultations et les consommations d'alcool récentes des patients.

II - MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, prospective et multicentrique sur les sites de Saint André et Pellegrin du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux durant la période du 24 septembre 2018 au 7 octobre 2018.

2.2. Population de l'étude.

La population source était l'ensemble des patients de 18 à 35 ans, correspondant aux étudiants majeurs et aux jeunes actifs et consultant pour un motif médico-chirurgical aux services d'urgences du CHU de Bordeaux.

Les critères d'inclusion étaient les patients de 18 à 35 ans consultant pour un motif médical, chirurgical ou psychiatrique, qu'ils aient consommé ou non de l'alcool dans les 24h précédant leur consultation et qu'ils aient été en état d'ébriété manifeste ou non.

Les critères de non inclusion étaient les patients de moins de 18 ans devant des barrières médico-légales d'un interrogatoire chez un mineur sans la présence parentale et ceux de plus de 35 ans. Les patients ne pouvant répondre oralement au questionnaire, les patients qui refusaient de répondre au questionnaire, les questionnaires inexploitable ou perdus, les patients ayant quitté les urgences sans avoir été interrogés, les patients souffrant d'un trouble psychiatrique majeur empêchant leur information éclairée et leur déclaration authentique, les patients dont l'affection médico-chirurgicale rendait les soins et les mesures réanimatoires ou de surveillances prioritaires.

Les critères d'exclusion étaient les patients dont les questionnaires étaient inexploitable ou perdus et les patients ayant refusé à postériori l'exploitation de leur questionnaire.

2.3. Questionnaire

Nous avons utilisé un questionnaire papier (disponible en annexe III) comportant 34 questions. Il y était renseigné les consommations des patients dans les 24 dernières heures ainsi que les informations suivantes.

Les quantités consommées ont été classées en 3 catégories :

- Moins de 2 verres, correspondant à des alcoolisations minimales,
- De 2 à 5 verres,
- Plus de 5 verres correspondant au seuil des alcoolisations ponctuelles importantes.

Le contexte, seul ou avec d'autres personnes et le lieu, au domicile, au travail, dans un espace public dans un lieu convivial (bar, restaurant, boîte de nuit) ou chez des amis.

Les horaires des principales consommations étaient également renseignés (plusieurs choix possibles).

Les horaires étaient répartis de la manière suivante :

- *minuit- huit heures* pour les consommations festives nocturnes,
- *huit heures – midi* pour les consommations matinales évocatrices d'un mésusage de l'alcool,
- *douze heures – quatorze heures* pour les consommations lors du déjeuner pendant les activités professionnelles
- *dix-sept heures à vingt heures* correspondant aux débauches des salariés et des étudiants,
- *vingt heures à minuit* pour les activités festives.

Les co-consommations des 24 dernières heures : tabac, cannabis, amphétamine, cocaïne, hallucinogène, solvant, opiacé, tranquillisant et somnifère.

Les délais entre la prise du dernier verre, le début des symptômes et la venue aux urgences étaient aussi renseignés selon les intervalles suivants :

- <1h / \geq 1 à 2h / > 2 à 4h / > 4 à 6h / > 6 à 12h / >12 à 24 h / > 24h

Il était demandé : la commune et le quartier de résidence du malade et ceux de leurs dernières consommations selon une répartition géographique des secteurs de la communauté urbaine de Bordeaux préalablement établie. Ensuite les patients étaient interrogés sur leur statut professionnel, matrimonial, le nombre d'enfant et sur leurs antécédents psychiatriques (le recours à une consultation psychiatrique ou à un traitement médicamenteux à visée psychiatrique). Enfin le questionnaire comprenait les 3 items du score AUDIT-C sur 12 points et le questionnaire des symptômes post commotionnels de Rivermead.

Pour les patients déclarant ne consommer aucun alcool les questions concernant les quantités consommées, le contexte et lieu d'alcoolisation, le délai depuis le dernier verre, la commune de consommation et le score AUDIT-C étaient complétés comme « données manquantes » et non pas comme valeur égale à zéro pour ne pas influencer les statistiques de ces items.

Pour compléter le questionnaire l'expérimentateur renseignait les horaires d'entrée et de sortie des urgences, le mode de transport aller et le diagnostic retenu grâce à la base de données DXCARE du CHU. Le diagnostic devait être aussi précis que possible et dans le cas d'un motif traumatologique il bénéficiait d'un score de gravité selon l'échelle AIS (Abbreviated Injury Scale). Si plusieurs diagnostics traumatiques étaient retenus (lésions multiples) chacun était évalué individuellement.

2.4. Recueil des données

Les journées étaient divisées par tranches de huit heures : tranche n° 1 à partir de *minuit jusqu'à huit heures incluse* ; tranche n°2 à partir de *huit heures jusqu'à seize heures incluse* ; tranche n°3 à partir de *seize heures jusqu'à minuit inclu*. En semaine les jours de présence sur le site Pellegrin et Saint André étaient randomisés pour les tranches horaire 1 et 2 mais ont été également réparties pendant les week-ends (du samedi à partir de huit heures jusqu'au lundi à huit heures) ; la tranche 3 était systématiquement réalisée à Pellegrin pendant toute la durée de l'étude en raison d'un faible recrutement la nuit sur le site Saint André. Chaque expérimentateur se relayait afin d'assurer une présence constante sur le CHU selon la répartition qui avait été préalablement établie. Les patients avaient leur premier contact médical avec un clinicien chargé d'évaluer le degré d'urgence et d'autoriser ou non leur participation en fonction de l'urgence des soins. Après avoir recueilli leur consentement, les expérimentateurs interrogeaient les patients en suivant le questionnaire de 34 items consultable en annexe III. Le questionnaire était papier, il y était renseigné avant l'interrogatoire : le centre de recueil (site Pellegrin ou Saint André), l'âge et le sexe du patient et lui était attribué un numéro d'inclusion afin de garantir la confidentialité de ses réponses. L'expérimentateur faisait correspondre l'identité du malade avec son numéro d'inclusion via un tableau de correspondance papier qui était conservé à part par les expérimentateurs. De cette manière le questionnaire était anonymisé et ne comportait aucune information permettant d'identifier le malade sans le tableau de correspondance.

2.5. Saisie et analyse statistique des données

A l'échéance de l'expérimentation, les cinq expérimentateurs ont mis en commun leurs données anonymisées sur un tableau EXCEL en vue de l'analyse statistique informatique. Logiciel utilisé était : R version 3.6.1.

Les variables quantitatives ont été représentées en médianes et étendues interquartiles ou moyennes et écart-type lorsque celles-ci suivent une distribution normale. Elles étaient comparées à l'aide du test de Wilcoxon. Les variables qualitatives sont représentées en effectifs et pourcentages et comparées à l'aide du test de Fisher. Les analyses multivariées sont conduites à l'aide d'une régression logistique. L'ensemble des variables significatives au seuil $\alpha = 0,2$ ont été incluses dans le modèle initial. Une sélection des variables par méthode pas à pas descendante avec recherche d'interactions nous a permis de choisir les variables à inclure dans le modèle final. Une analyse des correspondances multiples a également été conduite pour étudier l'association entre ces différentes pathologies.

2.6. Mesures éthiques et réglementaires

Ce protocole a reçu l'avis favorable du CPP lors de la séance du 07/09/2018 et l'autorisation de la CNIL après un engagement de conformité au protocole MR-003. (Annexes IV et V)

III - RESULTATS

Nous avons interrogé 516 patients de 18 à 35 ans, 246 femmes et 270 hommes. 398 patients ont été interrogés sur le site Pellegrin contre 118 sur le site Saint-André. 274 patients avaient entre 18 et 25 ans et 242 entre 26 et 35 ans, l'âge médian était de 25 ans. Il y avait 161 étudiants, 140 employés, 105 sans-emplois, 73 ouvriers et artisans et 36 cadres.

La répartition des présences sur les deux sites est résumée dans le tableau XII. Elle n'était pas homogène avec 66.6% de présence sur le site Pellegrin.

Sur le site Pellegrin : 29 ne parlaient pas français, 15 ont refusé de répondre dont neuf concernaient des certificats de non hospitalisation, six patients avaient des pathologies médicales rendant les soins prioritaires, neuf avaient des pathologies psychiatriques ou autres ne permettant pas une déclaration authentique, deux patients sont venus plusieurs fois aux urgences et n'ont pas répondu à un second interrogatoire.

Sur le site Saint-André : 12 ne parlaient pas français, trois ont refusé de répondre dont un patient concernait un certificat de non hospitalisation, deux patients nécessitaient une prise en charge médicale prioritaire et quatre avaient des pathologies psychiatriques ou autres ne permettant pas une déclaration authentique.

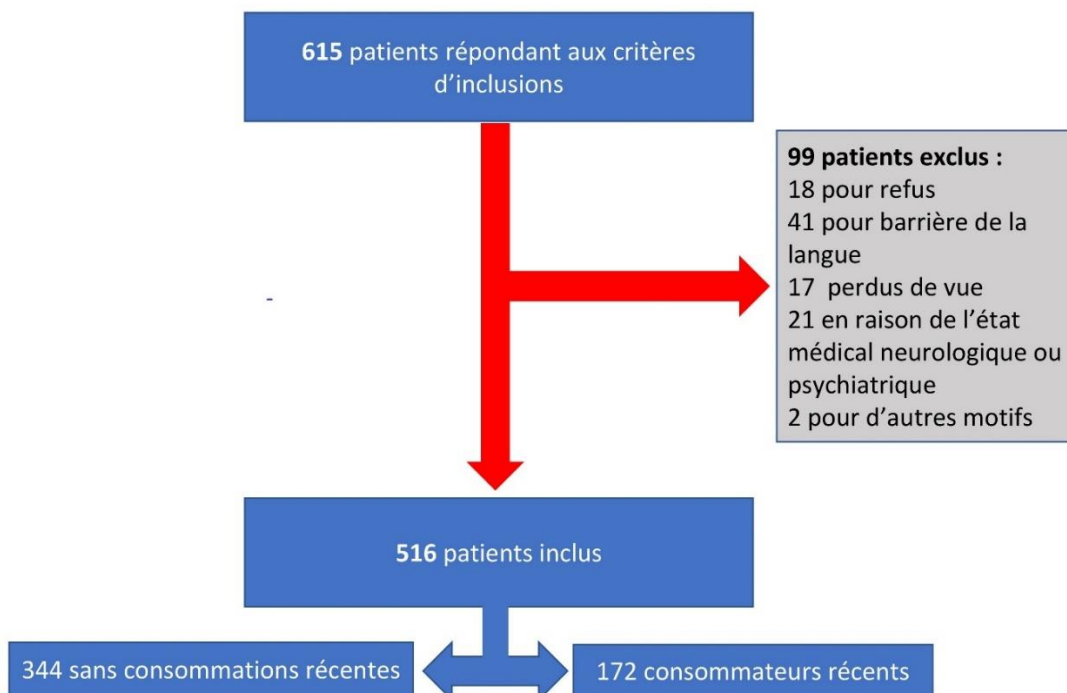


Figure IV : Diagramme de flux

3.1. Profil des consommateurs

172 patients avaient consommé de l'alcool dans les vingt-quatre dernières heures, 63 femmes (25.6% des femmes) pour 109 hommes (40.3% des hommes) représentant respectivement un tiers et deux tiers de ces consommateurs. Il y avait 94 patients déclarant ne jamais consommer d'alcool, 55 hommes pour 39 femmes. 59 consommateurs avaient consulté sur le Site Saint-André et y représentaient 50% des patients. 113 avaient consulté à Pellegrin et y représentaient 28.39 % des patients. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes 18-25 ans et 26-35 ans.

Parmi les 172 consommateurs récents il y avait 52 étudiants (30.4%), 37 employés (21.6%), 36 ouvriers et artisans (21%), 31 patients sans-emplois (18%) et 15 cadres (8.7%). Les catégories socio-professionnelles avec les plus hauts taux de consommateurs récents étaient les ouvriers/artisans avec 49.31% d'entre eux ayant consommé dans les vingt-quatre dernières heures, suivis des cadres avec 41.66%, les étudiants avec 32.3%, les patients sans-emplois avec 29.5% et les employés avec 26.4% (Tableau I). Les buveurs étaient célibataires dans 59% des cas ($p < 0.01$) et sans enfants dans 81.2% des cas sans pouvoir conclure à une différence significative ($p = 0.062$). Nous n'avons pas mis en évidence de différences significatives entre la consommation d'alcool récente et les antécédents de consultation psychiatrique ($p = 0.21$) ou d'utilisation de médicaments psychotropes ($p = 0.68$). (Tableau 1)

3.2. Profil des consommations

3.2.1. Consommation récente d'alcool

Parmi les consommateurs récents, 39 (22.67%) avaient consommé moins de deux verres, 53 (30.81%) avaient consommé entre 2 et 5 verres et 80 (46.51%) avaient consommé plus de 5 verres (Figures V et VI). 54 des 172 buveurs récents (31.39%) estimaient que leur présence aux urgences était en lien avec l'alcool et représentaient (10.46%) de la totalité des patients de l'échantillon. Dans 57 cas (33.52% des consommateurs récents) la dernière consommation survenait moins de six heures avant l'arrivée aux urgences dont parmi eux, 43 patients (25.29%) avaient eu leur dernière consommation moins de quatre heures avant leur arrivée. Les alcoolisations ponctuelles importantes dans les dernières 24 heures étaient plus fréquentes chez les hommes ($OR = 2.34$; $p < 0.05$), chez les patients qui estimaient que leur présence aux urgences était due à l'alcool ($OR = 9.86$; $p < 0.001$) et chez les patients ayant un score AUDIT-C supérieur ou égal à 10 (dépendance probable). Parmi les 80 API de moins de 24 heures 26 cas concernaient des étudiants (32.91%), 21 cas concernaient des ouvriers artisans (26.58%), 20 cas concernaient les patients sans-emplois (25.31%), 9 cas concernaient des employés (11.39%) et 3 cas

concernaient des cadres (3.79%). En revanche parmi les différentes catégories socio-professionnelles, celles avec les plus hauts taux d'API étaient les ouvriers avec 28.76 % d'entre eux ayant eu une API dans les dernières 24h, les patients sans-emplois avec 19.04 %, les étudiants avec 16.25 %, les cadres avec 8.33 % et les employés avec 6.4% (les différences entre les catégories socio-professionnelles sont résumées dans les tableaux III et IV). Les API étaient moins fréquentes dans la classe d'âge 26-35 ans versus celle des 18-25 ans (OR 0.47 ; $p < 0.05$). Il n'y avait pas de différences significatives selon le statut matrimonial ou le nombre d'enfants, ni selon les antécédents psychiatriques des patients. (Tableau II, IV, V)

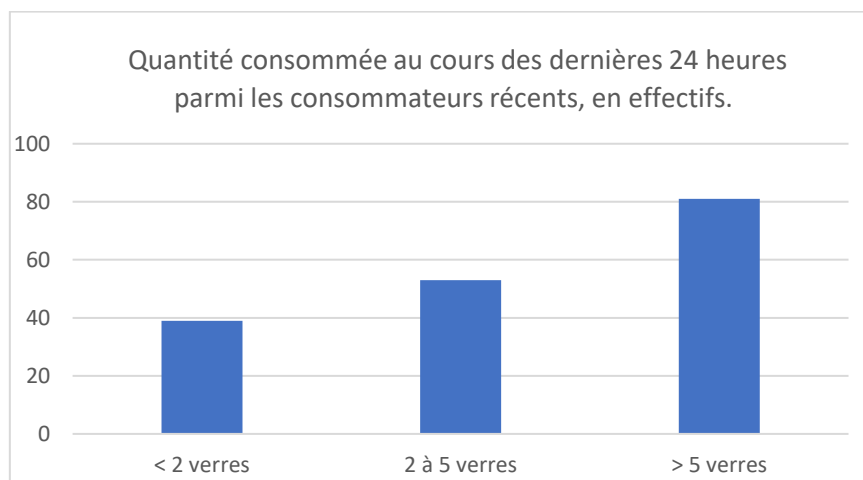


Figure V : Quantités consommées dans les dernières 24 heures parmi les consommateurs récents, en effectifs.

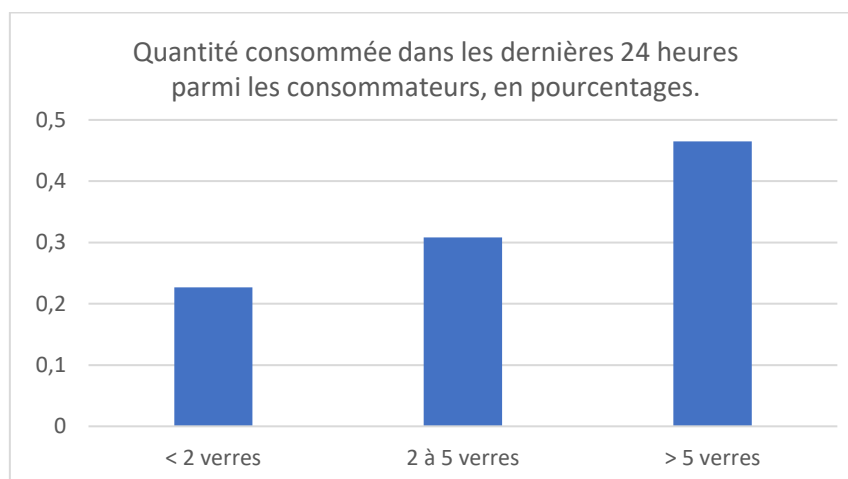


Figure VI : Quantité consommée dans les dernières 24 heures parmi les consommateurs récents, en pourcentages.

3.2.2. Co-consommations concomitantes à l'alcool

259 patients ont reconnu une consommation de substances autres que l'alcool dans les dernières 24 heures. Parmi eux, 121 avaient eu une consommation récente d'alcool.

244 avaient consommé du tabac (47.28% de l'échantillon total), 67 du cannabis (12.98% de l'échantillon total), 13 (2.51%) des tranquillisants ou somnifères (barbituriques, benzodiazépines, GHB, ethchlorvynol, hydrate de chloral, méprobamate), 12 (2.32%) stimulants (cocaïne, amphétamine, MDMA, méthylphénidate), 12 (2.32%) des opiacés (codéine, héroïne, méthadone, morphine, opium, percodan) et 4 (0.77%) des hallucinogènes (MDMA, LSD, champignon, STP, PCP, Kétamine). (Tableau I)

Une consommation d'alcool dans les 24 dernières heures majorait le risque de co-consommation d'autres substances des 24 dernières heures (OR 3.53 ; $p < 0.001$). En étudiant isolément chacune des substances consommées, il n'a pas été observé de différence sur la répartition des consommateurs entre les deux groupes (Tableau I). En revanche, comme les consommateurs se répartissaient de manière similaire, la proportion qu'ils représentaient respectivement dans leur groupe était très différente ($N = 344$, $n = 172$ consommateurs récents d'alcool). Ainsi parmi les consommateurs d'alcool récents il y avait 67.44% de co-consommateurs récents de tabac versus 37.20% dans l'autre groupe (RR = 1.81, OR = 3.5, $p < 0.001$), 20.34% pour le cannabis versus 9.30% (RR = 2.18, OR = 2.49, $p < 0.001$), 5.23% pour les stimulants versus 0.87% (RR = 5.99, OR = 6.28, $p < 0.01$). Il n'y avait pas de différences significatives pour les autres substances : les hallucinogènes ($p = 0.53$), les somnifères ($p = 0.767$) et les opiacés ($p = 0.758$). (Tableau VII et VIII)

3.2.3. Consommations chroniques d'alcool

94 patients déclaraient ne pas consommer d'alcool, 55 hommes et 39 femmes. Parmi les patients consommant habituellement de l'alcool (422 patients), 8.2% d'entre eux ont eu leur dernière consommation seul, 36.6% dans un lieu convivial, 23% à domicile, 22.7% chez des amis, 10% dans un espace public, 2.2% au travail et 6.4% dans un autre lieu. Ces consommations survenaient principalement entre 20h et minuit : 71.3% d'entre eux ; 00h-8h : 15.8% ; 8h-12h : 0.9% ; 12h-14h : 7.3% ; 14h-17h : 3.4% ; 17h-20h : 21.8% (plusieurs réponses étaient possibles). (Tableau I)

Le score au questionnaire Audit-C était significativement plus élevé parmi les patients ayant consommé dans les 24h ($p < 0.001$) avec une médiane à 6 points et $Q1 = 4.00$ $Q3 = 8.00$ versus une médiane à 3 points et $Q1 = 2.00$, $Q3 = 5.50$ dans le groupe n'ayant pas consommé d'alcool sous 24h. 69 consommateurs (16.35%) avaient une consommation à faible risque (score AUDIT-C < 3 chez la femme et < 4 chez l'homme), 323 (76.54%) était des consommateurs à risque (score AUDIT-C entre 3 et 9 chez la femme et entre 4 et 9 chez l'homme) et 30 (7.11%) avait une probable dépendance (score AUDIT-C

supérieur ou égal à 10). Les scores étaient significativement plus élevés chez les hommes ($p < 0.01$) en particulier pour les cas de probable dépendance (83.33 % d'hommes). Les catégories professionnelles les plus représentées par les cas de dépendances probables étaient les patients sans-emploi (36.66%) et les ouvriers/artisans (26.66%). Les plus représentées dans les cas de consommations à risques étaient les étudiants (35.6%) et les employés (25.38%). Les plus représentées dans les cas de consommations à faibles risques étaient les étudiants (30.43%) et les employés (31.88%). La catégorie des cadres était très peu représentée (33 patients) mais 96.96% d'entre eux avaient une consommation classée à risque (32 patients) (Tableau I). Les scores AUDIT-C étaient également plus élevés chez les personnes célibataires ($p < 0.05$), et chez ceux ayant déjà consulté un médecin psychiatre ou psychologue ($p < 0.05$). Il n'y avait pas de différences significatives des scores AUDIT-C chez les patients ayant déjà suivi un traitement psychiatrique ou anxiolytique ni chez ceux ayant ou non des enfants. L'AUDIT-C était similaire entre les classes d'âge de 18 à 25 ans et de 26 à 35 ans. (Tableau III)

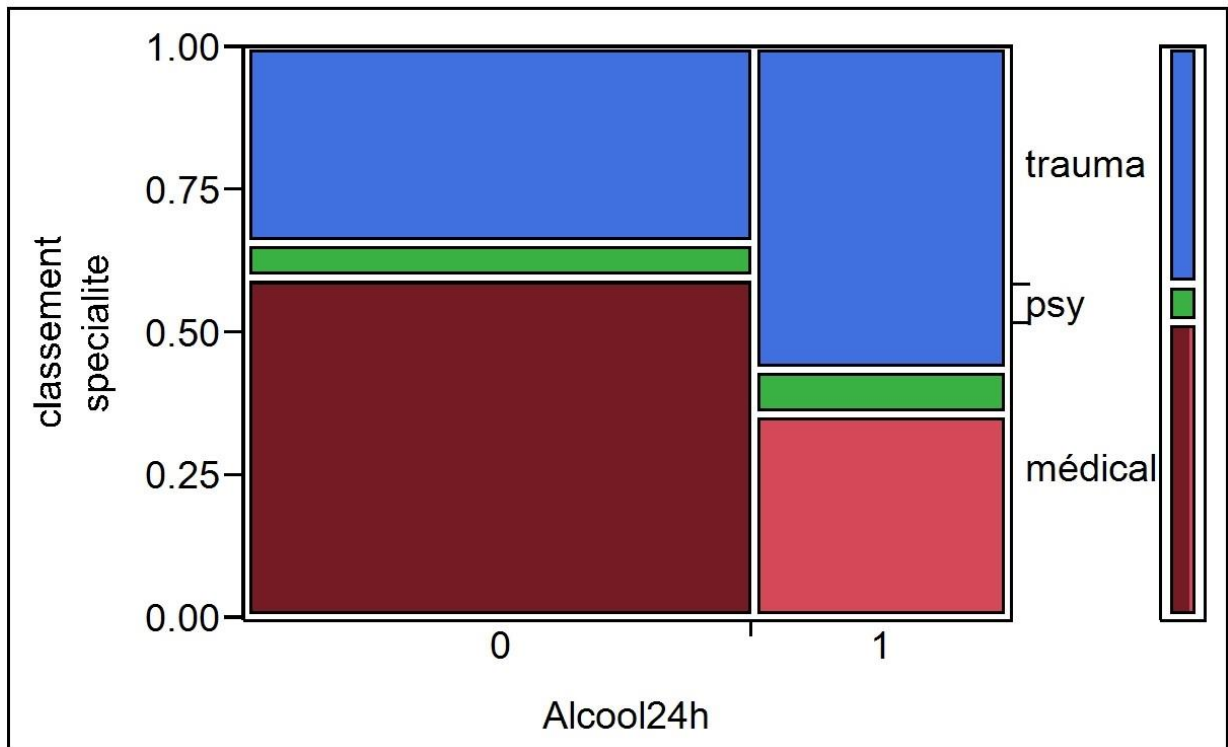
3.2.4. Durées des séjours aux urgences

Il n'y avait pas de différences significatives entre les durées de séjour aux urgences chez les patients ayant consommé dans les dernières 24h versus les patients n'ayant pas consommé ($p=0.23$), la médiane était de 213 minutes pour ceux ayant consommé sous 24h contre 226 minutes dans l'autre groupe.

3.3. Impact de la consommation d'alcool sur les motifs de consultations

Il y a eu 267 patients consultant pour un motif médical, 35 pour un motif psychiatrique et 214 pour un motif traumatologique. Parmi ces consultations, les 172 consommateurs des 24 dernières heures se répartissaient comme il suit : 97 consultaient pour un motif traumatologique, 13 pour un motif psychiatrique et 62 pour un motif médical. Il y avait significativement plus de motifs traumatologiques ($RR = 1.65$, $p < 0.001$) et psychiatriques ($RR=1.18$, $p < 0.001$) chez ceux ayant consommé de l'alcool dans les 24 dernières heures. La proportion de consultations pour un motif médical baissait de 59.6% à 36.05% chez ceux qui avaient consommé dans les 24 heures, au profit des motifs traumatologiques passant de 34.01% à 56.40%. Les admissions pour un motif psychiatrique passaient de 6.40% à 7.56% chez les consommateurs récents. (Tableau I et Figure VII).

Graphique en mosaïque



* trauma = motif traumatologique ; psy = motif psychiatrique ; médical = motif médical

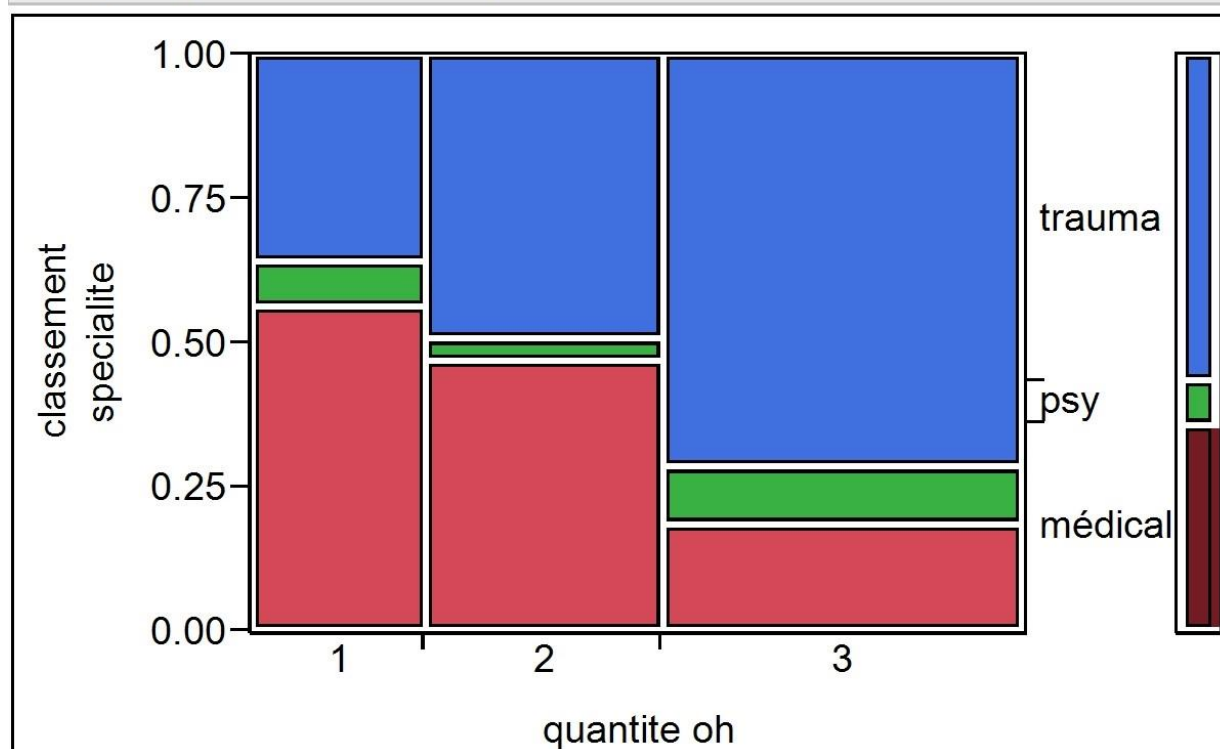
** Alcool24h : consommation d'alcool dans les dernières 24 heures. « 0 » = pas de consommation ; « 1 » = consommation d'alcool dans les 24 dernières heures.

Figure VII : Répartition des diagnostics en fonction de la consommation d'alcool dans les dernières 24 heures.

Les proportions de consultations traumatologiques et psychiatriques augmentaient significativement avec les quantités d'alcools absorbées ($p < 0.001$). Ceux ayant consommé plus de cinq verres dans les dernières 24 heures consultaient dans 71.25% des cas pour un motif traumatologique et dans 10% des cas pour un motif psychiatrique. Le risque relatif de traumatisme était de 1.64 après une consommation de plus de 5 verres dans les 24 heures par rapport aux consommations inférieures. Le risque relatif d'une consultation pour un motif psychiatrique était de 1.84 chez ceux ayant consommé plus de 5 verres par rapport aux autres consommateurs. Le risque relatif d'une consultation pour un motif médical était lui de 0.37. (Tableau II et Figure VIII)

Les proportions des différents motifs de consultations n'étaient pas influencées par les résultats aux tests de l'AUDIT-C ($p = 0.184$). (Tableau III)

Graphique en mosaïque



* trauma = motif traumatologique ; psy = motif psychiatrique ; médical = motif médical

** quantité oh "1" = < 2 verres ; quantité oh "2" = 2 à 5 verres ; quantité oh "3" = plus de 5 verres

Figure VIII : Répartition des diagnostics en fonction des quantités d'alcool consommées dans les dernières 24 heures.

3.4. Analyse multivariée

L'analyse multivariée a révélé que les facteurs associés positivement à une consommation d'alcool dans les 24 dernières heures étaient ; l'âge compris entre 26 et 35 ans (OR = 1.96), les scores AUDIT-C ≥ 10 (probable dépendance) (OR = 10.8), ceux à risque de mésusage ([3;9] p. femmes, [4;9] p. hommes) (OR = 3.68) et les consultations pour un motif traumatologique (OR = 2.45). (Tableau IX)

Les facteurs associés positivement aux API parmi la totalité de l'échantillon étaient les scores AUDIT-C évocateurs de « dépendance probable » (OR = 107.94) et ceux évocateurs de « consommations à risque » (OR= 6.41), les catégories socio-professionnelles des ouvriers/artisans (OR = 5.48) et des sans-emplois (OR = 3.63), les consultations pour un motif traumatologique (OR = 5.79) et psychiatrique (OR = 8.78). Celui associé négativement concernait les antécédents de consultations psychiatriques ou psychologiques (OR = 0.24). (Tableau X)

Les facteurs associés positivement aux API parmi les 172 patients qui avaient consommé dans les dernières 24h étaient les scores AUDIT-C évocateurs de « dépendance probable » (OR = 57.72) et ceux évocateurs de « consommations à risque » (OR = 7.97), la catégorie des ouvriers/artisans (OR = 5.47), les consultations pour un motif traumatologique (OR = 4.78) et psychiatrique (OR = 3.73). Ceux associés négativement étaient l'âge entre 26 et 35 ans (OR = 0.29) et un antécédent de consultation psychiatrique ou psychologique (OR = 0.51). (Tableau XI)

Après élimination des facteurs de confusions, cette analyse n'a pas mise en évidence de différences significatives entre la consommation d'alcool ou les API dans les 24 dernières heures avec le sexe. (Tableau IX, X, XI)

3.5. Analyse de comparaison multiple

L'analyse de comparaison multiple (ACM) retrouvait des associations qui ont été décrite précédemment : l'association entre les scores AUDIT-C élevés (« dépendance ») et une API récente (« quantité oh_3 »), que les hommes sont associés à des consommations récentes comprises entre 2 et moins de 5 verres (« quantité oh_2 »), avec un motif de consultation traumatologique (« Trauma ») et la catégorie sociale « sans-emploi » alors que les femmes sont associées à des motifs médicaux, un score AUDIT-C classé « faible risque » (« ok ») et à une consommation récente inférieure à deux verres (« quantité oh_1 »).

On relève d'autres particularités qui n'ont pas fait l'objet d'analyse spécifique dans ce travail : l'association entre les antécédents de consultations psychiatriques ou psychologique (« psy et soignant ») et les scores AUDIT-C classés « à risque de mésusage » (« mésusage ») et l'association entre ceux n'ayant pas consommé d'alcool dans les 24 dernières heures (« pas d'alcool ») et la catégorie socio professionnelle des employés (« employer »). (Figure IX)

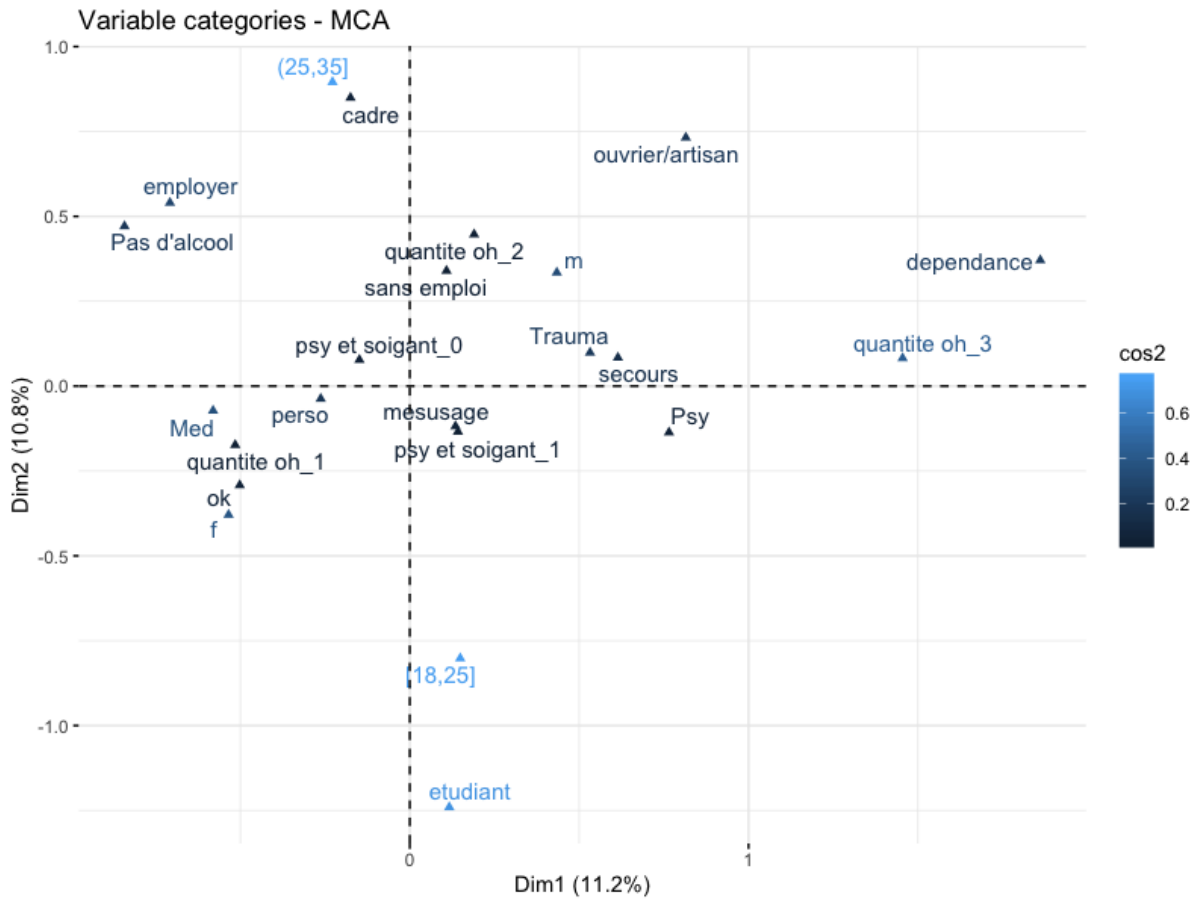


Figure IX : Analyse de comparaison multiple.

IV - DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Profil des consommations et des consommateurs

Nous avons pu montrer qu'un tiers des patients (33%) de 18 à 35 ans consultant aux urgences du CHU de Bordeaux ont consommé dans les 24 dernières heures. Pour un tiers d'entre eux, la dernière consommation avait lieu moins de 6 heures avant l'arrivée aux urgences. Il s'agissait pour presque un patient sur deux (46%) d'alcoolisations importantes d'au moins 6 verres. Ces résultats marquent un profil structuré autour d'alcoolisations massives dans la population jeune qui avaient déjà été décrit dans le Baromètre de santé 2017 (11). Une étude de 2016 menée aux urgences du centre hospitalier de Verdun et s'intéressant, entre autres, aux motifs de consultations des patients alcoolisés avait également montré une tendance aux consommations massives puisque 71.3 % des patients inclus avaient une alcoolémie d'au moins 2g/L ou étaient dans un état d'ivresse clinique (9).

La catégorie des 26-35 ans était associée positivement aux consommations d'alcool récentes (OR = 1.96), et négativement aux API récentes (OR = 0.29), alors que les analyses univariées retrouvaient plus fréquemment les API récentes parmi la classe des 18-25 ans ($p < 0.05$). Ceci nous oriente vers une tendance aux consommations plus modérées chez les 26-35 ans mais aussi peut être plus fréquentes, qui contrastent avec un profil d'alcoolisations massives chez les 18-25 ans.

D'autre part, les consommations ont eu lieu principalement entre 20h et minuit et dans des lieux conviviaux (bar, boîte de nuit, restaurant) suivies des consommations dans des lieux privés, à domicile ou chez des amis, chacun représentant environ un quart des cas (23 % et 22.7%). Ces éléments n'avaient pas été évalués à notre connaissance dans la ville de Bordeaux. Ils feront l'objet d'analyses plus spécifiques dans d'autres travaux pour cartographier les zones à risque de consommation et mieux cibler les actions de prévention.

Il y avait un sexe ratio homme/femme de 2 dans notre étude (OR = 1.96, $p < 0.001$), alors qu'il augmente de 0.5 à 3 dans le Baromètre santé 2017 proportionnellement à la quantité d'alcool consommée par semaine. Néanmoins, l'analyse multivariée n'a pas retrouvé d'association entre le sexe et la consommation d'alcool ou les API dans les 24h alors que la classe des ouvriers/artisans était un facteur associé aux API récentes. On peut donc supposer que cette catégorie sociale à majorité masculine pourrait être un élément responsable des différences observées entre les deux analyses. La plupart des consommateurs récents étaient étudiants et célibataires tandis qu'une relation conjugale

était un facteur protecteur contre les alcoolisations récentes (OR = 0.81, $p < 0.01$). Nous n'avons pas pu déterminer d'association entre la parentalité et la consommation d'alcool récente. En revanche la consommation chronique était influencée par le statut matrimonial puisque les scores AUDIT-C étaient plus faibles chez les patients en couple et avec des enfants ce qui sous-entend un effet protecteur de la famille sur la consommation chronique d'alcool bien que les différences entre les sexes n'aient pas été évaluées. Cet effet protecteur avait déjà été retrouvé dans d'autres travaux notamment contre les alcoolisations massives, surtout chez les femmes, mais suggérait une consommation chronique modérée plus fréquente des hommes (76,77). Enfin, l'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale de 2014 avait aussi montré le facteur protecteur de la famille contre les consommations à risque chronique ainsi que l'aspect protecteur du statut en couple avec des enfants pour les consommations à risque ponctuel (Annexes I et II). Enfin, à la différence de l'analyse univariée, l'analyse multivariée a montré que les antécédents de consultations psychiatriques ou psychologiques étaient un facteur associé négativement aux API (OR = 0.51).

Concernant les co-consommations récentes, presque un patient sur deux avait consommé du tabac et presque 13 % du cannabis (Tableau I). Ces chiffres élevés sont à comparer aux résultats du baromètre de santé 2017 (78). Selon cette étude l'usage récent du cannabis (dans les 30 jours précédents) concerne 16,4% des 18-25ans et 10,2% des 26-34 ans. Son usage répété (au moins 10 usages au cours du mois) concerne 8,4% des 18-24 ans et 6,3 % des 25-34 ans. On ne peut pas déterminer avec nos données actuelles si les consommateurs de cannabis étaient des consommateurs ponctuels ou réguliers. De façon significative, les consommateurs d'alcool dans les dernières 24 heures, sont également plus souvent fumeurs de tabac (OR = 3.5), de cannabis (OR = 2.49) et de stimulants (OR = 6.26). Des tendances similaires ont été observées pour les consommations d'hallucinogènes, de tranquillisants/somnifères sans que des différences significatives aient été mises en évidence. Les opiacés avaient une tendance inverse mais sans significativité (Tableau VII et VIII). Il y avait dans certains cas de très faibles effectifs : 4 pour les hallucinogènes, 12 pour les stimulants et les opiacés et 13 pour les tranquillisants/somnifères ce qui peut faire discuter la significativité ou le manque de puissance de certains résultats. Ainsi parmi les consommateurs récents d'alcool, plus de deux tiers avaient consommé du tabac, plus d'un quart avaient consommé du cannabis et plus de cinq pourcents avaient consommé des stimulants (Tableau VII et VIII). On peut supposer qu'en plus de l'alcool, ces co-consommations pourraient également avoir un lien avec le motif de consultation. Il serait alors pertinent de répéter ce travail en s'intéressant aux consommations récentes de tabac et de substances psychoactives sur la ville de Bordeaux.

Devant leur faible effectif, la catégorie des professions intermédiaires a été ajoutée à celle des employés. Les agriculteurs ont été fusionnés à la classe des ouvriers/artisans et les personnes au foyer ont été rattachées aux sans-emplois. Il y avait dans notre étude une sur-représentation des étudiants au détriment de la catégorie des cadres. Ces différences s'expliquent aisément par la tranche d'âge définie pour l'étude mais sont à l'origine d'une répartition singulière des catégories socio-professionnelles les plus consommatrices. En effet que ce soit pour la consommation récente, les API et les scores AUDIT-C classés à risque, les étudiants étaient toujours les plus représentés. Nous avons jugé pertinent d'établir un autre classement s'intéressant à la proportion que représentaient ces buveurs au sein d'une même catégorie socio professionnelle. Les résultats étaient alors dominés par la catégorie des ouvriers/artisans ou des sans-emplois (Tableau IV et V). L'analyse multivariée retrouvait une association positive aux API récentes avec la classe des ouvriers/artisans (OR = 6.65) et à celle des sans-emplois (OR = 11.01). De plus, il faut prendre en compte que notre étude s'est déroulée au sein des services d'urgences du CHU, dans une ville universitaire avec une prévalence élevée d'étudiants ne disposant pas de médecins traitants sur place. Dans ce contexte, nous préconisons d'interpréter de manière prudente ces résultats en les comparant à d'autres travaux portant sur le sujet. Ces paramètres sociaux avaient été évalués de manière plus exhaustive dans un rapport de 2017 (79). Dans cette étude les catégories socio-professionnelles les plus fréquemment associées à un usage quotidien étaient les agriculteurs (17%), les Artisans/Commerçants/Chefs d'entreprise (15%), les inactifs âgés (14%), les ouvriers (11%) et les chômeurs, cadres et professions intermédiaires avec un taux similaire de 6% (79). Cette répartition était influencée par les proportions hommes/femmes de ces professions. Chez les femmes, les cadres étaient les plus à risque de consommations excessives d'alcool (76).

Selon le rapport Etude santé et protection sociale de l'IRDES de 2014, les catégories socio-professionnelles les plus consommatrices à risque ponctuel sont les cadres, les professions intermédiaires, les artisans/commerçants (80) alors que les consommations à risque chronique ou de dépendance concernent plutôt les inactifs n'ayant jamais travaillé, les agriculteurs, les artisans/commerçants, les professions intermédiaires et les employés de commerces (80).

Concernant les consommations chroniques, une consommation d'alcool récente était significativement associée à des score AUDIT-C plus élevés avec une médiane à 6[4;8] parmi les consommateurs récents versus 3[2;5.5] dans l'autre groupe (Tableau I). L'analyse multivariée suivait les mêmes tendances avec un OR = 3.68 pour les scores « à risque de mésusage » et OR = 10.80 pour les scores évocateurs d'une « dépendance probable » (Tableau IX, X, XI). Il y avait dans notre étude environ 62% des patients ayant une consommation à risque de « mésusage » et 5.8% de dépendants

probables selon l'AUDIT-C. Nous précisons que les valeurs de l'AUDIT-C sont informatives, mais ne permettent pas de diagnostiquer une dépendance à l'alcool qui doit reposer sur les critères du DSM - 5. Ceci explique que nous ayons catégorisé les scores AUDIT-C en « consommations à faible risque », « consommation à risque de mésusage » et « dépendance probable ». Ces chiffres sont néanmoins très élevés comparés à une étude hollandaise retrouvant un taux de mésusage ou de dépendance proche des 10% (81) et plus élevés que les précédents travaux réalisés à Bordeaux (7,8). L'interprétation de ces résultats doit être prudente en raison d'un biais de recrutement dans la population de notre étude puisqu'il a été montré que les patients ayant un mésusage ou une dépendance à l'alcool consultent plus fréquemment aux urgences (82) ce qui pourrait expliquer la proportion élevée de patients à risques dans ce travail par rapport à la population générale. En France, le baromètre de Santé 2017 évalue à 10 % le nombre de consommateurs quotidiens. Là encore nous ne pouvons pas conclure que les 10% d'usagers quotidiens correspondent aux patients ayant les scores AUDIT-C les plus élevés dans notre étude (dépendants probables). Par ailleurs une étude française s'est également intéressée au dépistage systématique des mésusages de l'alcool via le score FACE chez les patients se présentant aux urgences d'un hôpital parisien : 31% des hommes et 19% des femmes présentaient un mésusage de l'alcool, sans qu'il n'y ait de différences significatives entre les motifs d'admissions (traumatologiques vs médicaux) (83). Enfin, au sein des cabinets médicaux de Gironde ce serait un patient sur cinq qui aurait un mésusage de l'alcool, et dans 41% des cas cet état n'est pas connu de leur médecin (84). Ces résultats sont largement en dessous des 68% de consommateurs ayant un score AUDIT-C élevé dans notre étude (à risque ou dépendance probable) mais doivent être interprétés avec prudence puisque les auteurs utilisaient l'échelle FACE et non l'AUDIT-C et que ces travaux ne se limitaient pas aux 18-35 ans. Nous supposons que la sur-représentation des étudiants dans notre travail pourrait expliquer le très haut taux de consommateurs à risque puisqu'ils représentaient à eux seuls environ 35 % de ces patients.

Dans notre travail une alcoolisation ponctuelle importante (API) récente chez les patients consultant aux urgences était révélatrice d'un trouble d'usage de l'alcool ($p < 0.001$) (Tableau II). L'analyse multivariée a confirmé ces résultats en révélant une forte association avec les scores AUDIT-C classés « à risque de mésusage » (OR = 7.97) et « dépendance probable » (OR = 57.72) (Tableau IX, X, XI). Cette tendance a été retrouvée dans une étude française estimant que 80% des intoxications éthyliques aiguës admises aux urgences concerneraient des patients présentant une dépendance à l'alcool (85). Ces résultats viennent renforcer ceux d'un autre travail en hexagone qui avait étudié l'alcoolémie dans un service d'accueil des urgences sur une année via des dosages d'alcoolémies médicalement indiqués. Cette étude avait montré que 53 % des dosages pratiqués (sur prescription) étaient revenus positifs

avec une moyenne à 2,06g/L, conduisant à 823 hospitalisations. 73 % d'hommes et 6 % de moins de 20 ans). Parmi ces patients, 92 % avaient un mésusage de l'alcool et dans plus de 35% des cas, l'alcoolisation s'accompagnait de complications somatiques (86). A l'étranger, c'est environ 80% des patients admis aux urgences et ayant une alcoolémie très élevée (>400mg/dL) qui reconnaissent consommer au moins 5 verres par jour, au moins 4 jours par semaine (55) alors que dans notre étude ces chiffres étaient plus modestes avec sur les 30 patients ayant un score AUDIT-C de dépendance probable, 18 (60%) avaient eu une API dans les 24 dernières heures. Dans ce contexte il semble qu'une alcoolisation aiguë ou récente des patients aux urgences soit très révélatrice d'un mésusage de l'alcool. Le dépistage systématique de ces patients semble nécessaire même en l'absence de signes cliniques d'ébriété. Leurs prises en charge devraient alors comprendre autant que possible une intervention addictologique.

4.1.2. Alcool et motifs de consultations

Environ 10% des patients de notre étude estimaient que leur présence était liée à l'alcool soit 31 % des consommateurs récents. Ces résultats sont similaires à ceux d'une étude australienne dans laquelle 9.5% des consultations aux urgences étaient liées à l'alcool (87). Ils sont aussi assez proches de ceux d'une étude anglaise dans laquelle 14 % des patients totaux consultant aux urgences et 11% des traumatisés estimaient que leur présence était due à l'alcool (88). Une méta-analyse de 21 pays évaluait que parmi les consommateurs récents, plus de 47% estimaient leur présence aux urgences liée à l'alcool, avec cependant une grande variabilité selon les pays (89). En France, Brousse et al. évaluent à 30% les admissions aux urgences qui seraient liées à un usage problématique d'alcool(85). L'évaluation de l'imputabilité de l'alcool dans les diagnostics médicaux et traumatiques a fait l'objet d'une analyse spécifique dans un autre travail.

4.1.2.1. Motifs traumatologiques

Des associations significatives dans l'analyse univariée ont été observées entre l'alcoolisation récente et les consultations de traumatologie. Elles ont été renforcées par l'analyse multivariée qui retrouvait les mêmes tendances pour une consommation d'alcool dans les 24 dernières heures (OR = 2.45), pour les API récentes (OR = 4.78), même au sein du groupe des consommateurs récents (OR = 5.79). Si le risque traumatique après une alcoolisation massive est bien connu, la question se pose concernant les alcoolisations plus modérées. Ce paramètre n'a pas été étudié dans notre travail mais cela avait été observé dans une étude suisse où plus de la moitié des traumatismes attribuables à l'alcool étaient survenus pour des consommations estimées à faible risque (un verre pour les femmes et deux verres pour les hommes). Ainsi sur les 17,2% de traumatismes liés à l'alcool chez les hommes et 12% chez les

femmes, 8,8% chez les hommes et 7,6% chez les femmes étaient attribuables à une consommation dite à bas risque. Le risque traumatique restait bien-sûr lié à la quantité d'alcool consommée et à un délai de consommation < 6h. Le risque relatif de traumatismes liés à l'alcool était au maximum de 26 pour les hommes ayant consommé > 5 verres dans les 6 heures précédant le traumatisme et de 9 pour les femmes ayant consommé > 4 verres dans les 6 heures précédant le traumatisme (57). Ces mêmes conclusions ont été retrouvées dans une méta analyse de 21 pays où plus de 18 % des traumatismes étaient liés à l'alcool. Et parmi eux presque 43% des patients n'avaient bu que deux verres ou moins dans les 6 heures précédant la blessure.

Des travaux complémentaires viendront appuyer l'association statistique retrouvée en recherchant spécifiquement un lien de causalité entre la consommation d'alcool et les traumatismes ainsi que d'en évaluer la gravité.

4.1.2.2. Motifs psychiatriques

Si l'analyse univariée retrouvait une association positive entre la consommation d'alcool et les consultations pour un motif psychiatrique avec un risque relatif modéré (RR = 1.18), l'analyse multivariée n'a pas permis de retrouver cette liaison (IC[0.80;4.48]). En revanche elle était très significative pour les API des dernières 24h (OR = 3.73), notamment par rapport aux consommations plus modérées (OR = 8.78). (Tableau IX, X, XI)

Il y avait peu de consultations psychiatriques au cours de notre travail et les effectifs étaient parfois très réduits (inférieurs à cinq). Ceci rend douteux la significativité de certaines statistiques qui doivent être interprétées avec prudence. Malgré cela il faut reconnaître que les tendances observées concordent avec des travaux antérieurs retrouvant un effet néfaste de l'alcool pour la santé mentale, particulièrement sur l'anxiété (90,91) et la dépression (92) allant même jusqu'à une relation inversement proportionnelle entre le bien être mental et la consommation d'alcool (93).

4.1.2.3. Motifs médicaux

Les motifs médicaux étaient plus rares en fonction des consommations d'alcool, passant de 59.6% des consultations à 36.05% chez les consommateurs récents. Ils ne représentaient plus que 18.75% des consultations pour les consommations élevées supérieures à cinq verres. Cela ne doit pas être interprété comme un facteur protecteur de pathologies médicales. Il s'agit d'un effet collatéral de la proportion croissante d'admissions pour des motifs traumatiques et psychiatriques avec les consommations d'alcool. Nous n'avons pas pu déterminer d'association entre la survenue de pathologies médicales aiguës et l'alcool. Nous insistons sur le fait que les comas éthyliques, les troubles métaboliques graves, les pancréatites aiguës, les décompensations de cirrhoses sévères et autres

pathologies aiguës rendant les soins prioritaires ont été exclues de notre analyse. Ceci constitue un biais de recrutement important pouvant expliquer l'absence de lien significatif entre la consommation d'alcool récente et certaines pathologies médicales.

4.2. Forces et Limites

Les points forts de ce travail sont qu'il a été réalisé de manière prospective en assurant une présence constante sur le CHU de Bordeaux grâce à un roulement toutes les 8h des expérimentateurs permettant un recueil exhaustif. Toutefois nous soulignons que son exhaustivité se limite au CHU de Bordeaux et ne concerne pas les autres centres d'urgences de Bordeaux Métropole.

Nous avons pu minimiser les biais méthodologiques du fait que les cinq expérimentateurs avaient tous participé à la rédaction du questionnaire et en connaissaient les objectifs. Les interrogatoires réalisés en face à face avec les patients facilitaient la compréhension des questions. Enfin le caractère multicentrique de l'étude sur les sites Pellegrin et Saint André donne une vision plus représentative de la consommation d'alcool chez les jeunes de 18 à 35 ans consultants aux urgences, dans la limite toutefois que les créneaux horaires de nuit (minuit à huit heures) étaient systématiquement assurés sur le site Pellegrin en raison du nombre plus modéré d'entrées et sorties pour notre population sur le site Saint André dans cette tranche horaire. La présence sur les deux sites n'était ainsi pas homogène.

Nous devons rappeler que le protocole de cette étude est soumis aux biais déclaratifs des patients ; principalement le biais de désirabilité sociale plus marqué que lors d'une enquête en ligne et qui peut sous-estimer une consommation autodéclarée (94), et du biais de mémoire lors des questions concernant les habitudes de consommations et les symptômes du dernier mois. De plus les patients ont tendance à négliger les alcoolisations excessives occasionnelles dans l'estimation de leur consommation moyenne (95). Pour autant, des recherches antérieures ont montré que l'autodéclaration de consommation d'alcool étaient fiable et valide, d'autant plus lorsque les participants sont assurés de la confidentialité de leurs réponses (96–98). L'autodéclaration a également montré sa validité par rapport à la mesure transcutanée de l'alcool dans plusieurs études (99–101), ainsi que dans une méta-analyse de 16 pays comparant l'autodéclaration à la mesure d'alcool dans l'air expiré chez plus de dix mille patients se présentant à un service d'urgence (102). Enfin, une revue de littérature a récemment évalué 28 études traitant de la fiabilité des autodéclarations et propose des résultats validés sous réserve de conditions optimales de recueil(103). Sa pertinence a été confirmée quel que soit l'origine socioculturelle des patients(104,105) et sur des intervalles de plusieurs années (106). Bien que l'on ne puisse lui soustraire ses biais de désirabilité sociale et de

mémoire, l'autodéclaration reste dans le contexte de cette étude une évaluation fiable de la quantité d'alcool consommée.

A noter que les patients répondaient aussi au questionnaire AUDIT-C qui a fait preuve de sa validité dans la détection des mésusages de l'alcool (107–111). et qui est recommandé comme outil de repérage par la Société Française d'Alcoologie(26).

L'intervalle d'âge étudié est un paramètre à prendre en compte dans ce travail. En effet, en dehors des 18-35 ans, d'autres populations sont également concernées par la consommation d'alcool. Les enfants et adolescents de moins de 15 ans par exemple sont précocement exposés à l'alcool en France (112) comme à l'étranger (113–115). Ces consommations, mêmes faibles, exposent à un risque traumatique chez les adolescents (116), à des difficultés scolaires et professionnelles (117–119) et à un risque de mésusage de l'alcool à l'âge adulte (120–124). Par ailleurs, les femmes enceintes pourraient aussi faire l'objet d'enquêtes puisque la consommation d'alcool pendant la grossesse est relativement fréquente, avec cependant une grande variabilité géographique (125). En France, environ une femme sur dix reconnaît avoir eu au moins une consommation d'alcool pendant la grossesse (126). Ces consommations sont faibles, et les effets potentiels sur la grossesse restent controversés (127–131). Mais si le syndrome d'alcoolisation fœtal est bien connu, des effets sur le développement des enfants exposés durant la grossesse à de faibles quantités d'alcool ont aussi été décrits (132–134) bien que discutés par d'autres auteurs (127,135,136). Enfin, les pathologies psychiatriques étaient très peu représentées dans notre travail. Pourtant la prévalence de la consommation alcoolique et son impact dans les pathologies psychiatriques n'est plus à démontrer (137–140). Le mésusage de l'alcool ou l'alcoolodépendance sont des comorbidités fréquentes des troubles de la personnalité et de la schizophrénie (141,142), des troubles bipolaires (141), des troubles anxieux (142), des syndromes dépressifs (141,143,144) et des suicides (145,146). Bien que des pôles spécialisés pour ces différentes populations existent sur le CHU de Bordeaux nous n'avons pas eu la possibilité de les inclure dans notre travail pour des raisons logistiques et humaines. Il pourrait être pertinent d'élargir ce travail en étudiant la prévalence de l'alcool dans les secteurs pédiatriques, psychiatriques et les maternités pour bénéficier d'une vision plus exhaustive de la consommation d'alcool récente de la communauté de Bordeaux et des soins qu'elle engendre.

V - CONCLUSION

Il existe une part importante d'alcoolisations récentes non évaluées dans les services d'urgences du CHU de Bordeaux. Ces alcoolisations sont massives dans presque un cas sur deux et le dernier verre remonte dans un tiers des cas à moins de 6 heures avant l'arrivée aux urgences. Le volume consommé et le délai relativement court entre la dernière prise et l'entrée au CHU pourrait signifier une prévalence élevée de patients sous l'effet de l'alcool aux urgences. Un patient sur dix reconnaît que sa venue était en lien avec l'alcool. La consommation d'alcool sous 24h était un facteur de risque significatif de survenu d'un traumatisme en particulier pour les API. L'alcool était significativement associé aux consultations pour un motif psychiatrique mais ne semble pas avoir d'impact sur les pathologies médicales pour la population de notre étude qui exclue les patients dont l'affection médico-chirurgicale rend les soins et les mesures réanimatoires ou de surveillances prioritaires. Ces éléments seront approfondis pour déterminer la causalité de l'alcool dans ces différentes pathologies. Il serait alors possible d'estimer la part réelle de soins attribuables à l'alcool dans les services d'urgences du CHU de Bordeaux.

Les consommations de moins de 24h d'autres substances étaient significativement plus fréquentes parmi les consommateurs récents d'alcool avec 67.44% d'entre eux ayant consommé du tabac, 20.34% du cannabis et 5.23% des stimulants alors qu'ils n'étaient respectivement que 37.20%, 9.30% et 0.87% de consommateurs récents parmi les autres patients. En plus de l'alcool ces co-consommations fréquentes pourraient impacter la survenue de certains motifs de consultations qu'il serait pertinent d'étudier.

Les résultats des tests AUDIT-C retrouvaient une consommation chronique à risque de mésusage pour plus de trois quarts des patients qui était d'autant plus fréquente chez ceux ayant consommé dans les 24 heures avant leur arrivée au SU. Plus de 5% des patients avaient une consommation à risque de dépendance. Ces consommations chroniques à risques concernaient surtout les étudiants et les employés alors que les cas de probables dépendances touchaient surtout les ouvriers/artisans et les sans-emplois. 15.5% des patients avaient eu une API dans les 24 dernières heures et étaient principalement des étudiants, des ouvriers/artisans et des personnes sans-emplois. Les consommations avaient principalement lieu entre 20h et minuit, dans des lieux conviviaux, à domicile ou chez des amis.

Ces résultats fournissent les informations initiales pour une enquête plus exhaustive des lieux de consommation de la communauté urbaine de Bordeaux afin de mieux cibler les campagnes de prévention chez les jeunes. Il semble également nécessaire de reconsidérer nos pratiques de dépistage

devant la proportion importante des consommations récentes d'alcool aux urgences ainsi que leur étroite association avec des consommations chroniques à risque même en l'absence de signes manifestes d'ébriété.

VI - RESSOURCES

1. Santé Publique France, Institut National du Cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. France; 2017 p. 153.
2. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur). France; 2018.
3. Gache P. Prise en charge du patient alcoolo-dépendant : préjugés et contre-attitudes. Rev Med Suisse. 2000;4:208–15.
4. Antoni M. Le soignant et le malade alcoolo-dépendant : réflexions éthiques. Le Courrier des addictions. 2008;10(2):2.
5. Benyamina A, Bouchez J, Rahioui H, Reynaud M. Urgences psychiatriques en addictologie. Rev Praticien. 2003;(53):8.
6. Legleye S, Beck F, Spilka S. Morbi-mortalités liées à la consommation d'alcool. ADSP. 2015;90:16–9.
7. Thouailles P, Fleury B. Prévalence de la consommation d'alcool chez les patients admis dans un service d'urgences du CHU de Bordeaux: étude transversale réalisée du jeudi 10 mars 2005 au jeudi 24 mars 2005. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. Université de Bordeaux II; 2008.
8. Gomes de Mattos C, Faure I. Mise en place d'un protocole de prise en charge des patients de 15 à 25 ans admis aux urgences de l'hôpital Saint André de Bordeaux pour ivresse alcoolo-dépendante aiguë: étude de faisabilité à propos de 70 patients. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. Université de Bordeaux II; 2013.
9. Xelot-Mouton J, Colin V. Évaluation des consultations aux urgences pour un motif lié à l'alcool en termes démographique, épidémiologique, économique et de prise en charge addictologique: exemple des urgences de Verdun. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. Université de Lorraine; 2016.
10. Brisacier A-C, Cadet-Tairou A, Díaz C, Gandilhon M, Nézet OL, Martinez M, et al. Drogues, chiffres clés, 7^e édition. OFDT. 2017;7:8.
11. Richard J, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5–6):87–97.
12. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Jourdain-Menninger D. Usages de drogues et pratiques addictives en France analyse du Baromètre santé Inpes. Paris: Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2014.
13. Bourdillon F. Éditorial. Alcool et réduction des risques. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5–6):88–9.
14. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions. 2015 Apr;32:6.

15. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2018. 478 p.
16. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. France; 2018 Fev p. 8. (Tendances).
17. D'Alessio M, Baiocco R, Laghi F. The problem of binge drinking among Italian university students: A preliminary investigation. *Addict Behav.* 2006 Dec;31(12):2328–33.
18. Kypri K, Cronin M, Wright CS. Do university students drink more hazardously than their non-student peers? *Addict Abingdon Engl.* 2005 May;100(5):713–4.
19. White A, Hingson R. The burden of alcohol use: excessive alcohol consumption and related consequences among college students. *Alcohol Res Curr Rev.* 2013;35(2):201–18.
20. Tavolacci M-P, Boerg E, Richard L, Meyrignac G, Dechelotte P, Ladner J. Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France. *BMC Public Health.* 2016 Dec;16(1).
21. Bersani FS, Corazza O, Albano G, Bruschi S, Minichino A, Vicinanza R, et al. The 'Eyeballing' technique: an emerging and alerting trend of alcohol misuse. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015 Jun;19(12):2311–7.
22. Fatseas M, Dubernet J, Auriacombe M. *Addicto : Le Polycop de Bordeaux. Enseignement d'addictologie* [Internet]. [cited 2019 Aug 15]. Available from: <https://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/static31/enseignements-et-formations>
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition – DSM-5.* Washington DC : APA; 2013.
24. World Health Organization. *CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic / coordination générale de la traduction française:* C. B. Pull. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1994.
25. Auriacombe M, Fatséas M, Daulouède J-P, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. *Ann Med Psychol.* 2018;176:746–9.
26. Société Française d'Alcoologie. *Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique.* *Alcoologie et Addictologie.* 2015;37(1):5–84.
27. Santé Publique France. *Alcool et santé : améliorer les connaissances et réduire les risques* [Internet]. France; 2019 [cited 2019 Aug 28]. Available from: </presse/2019/alcool-et-sante-ameliorer-les-connaissances-et-reduire-les-risques>
28. Fatseas M, Serre F, Alexandre J-M, Debrabant R, Auriacombe M, Swendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: A comparison of substance- and person-specific cues. *Addiction.* 2015 Jun;110(6):1035–42.
29. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2015;148:1–20.

30. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2014. 390 p.
31. Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2018 - L'essentiel des faits et chiffres / Edition 2019. Les données / Epidémiologie. France; 2018 p. 28.
32. Institut National du Cancer. Les cancers en France - Edition 2017. Les données / Epidémiologie. France; 2018 Mar p. 254.
33. Cogordan C, Richard JB, Andler R, Ancellin R, Deutsch A. Baromètre cancer 2015. Alcool et cancer. Comportements, opinions et perceptions des risques. Saint Maurice: Santé Publique France; 2018. 16 p.
34. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019 Feb;(5-6):97-108.
35. Institut National du Cancer. Les cancers en France edition 2015. Les données / Epidémiologie. France; 2016 Apr p. 240.
36. Shield KD, Marant Micallef C, Hill C, Touvier M, Arwidson P, Bonaldi C, et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption. Addict Abingdon Engl. 2018 Feb;113(2):247-56.
37. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(16-17-18):163-8.
38. Boeuf-Cazou O, Pourcel L, Lapeyre-Mestre M. Impact d'une consommation modérée d'alcool sur les performances cognitives des salariés : résultats de la cohorte VISAT. Arch Mal Prof Environ. 2011 Apr;72(2):189-95.
39. Roerecke M, Rehm J. Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. BMC Med. 2014 Oct 21;12:182.
40. de Gaetano G, Costanzo S, Di Castelnuovo A, Badimon L, Bejko D, Alkerwi A, et al. Effects of moderate beer consumption on health and disease: A consensus document. Nutr Metab Cardiovasc Dis NMCD. 2016;26(6):443-67.
41. Roerecke M, Tobe SW, Kaczorowski J, Bacon SL, Vafaei A, Hasan OSM, et al. Sex-Specific Associations Between Alcohol Consumption and Incidence of Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. J Am Heart Assoc Cardiovasc Cerebrovasc Dis. 2018 Jun 27;7(13).
42. Roerecke M, Rehm J. Chronic heavy drinking and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. Open Heart. 2014 Aug;1(1):e000135.
43. Rehm J, Shield KD, Roerecke M, Gmel G. Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: an overview. BMC Public Health. 2016 Apr 28;16(1):363.

44. Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009 Nov;32(11):2123–32.
45. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do ‘Moderate’ Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016 Mar;77(2):185–98.
46. White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ*. 2002 Jul 27;325(7357):191.
47. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad). *Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris. 2008;141p.
48. Watt K, Purdie DM, Roche AM, McClure RJ. Risk of injury from acute alcohol consumption and the influence of confounders. *Addiction*. 2004 Oct;99(10):1262–73.
49. Woods C, Jones R, Usher K. The impact of unintentional alcohol-related falls on emergency departments. *Australas Emerg Care*. 2019 Mar 1;22(1):22–7.
50. Cherpitel CJ, Witbrodt J, Ye Y, Korcha R. A multi-level analysis of emergency department data on drinking patterns, alcohol policy and cause of injury in 28 countries. *Drug Alcohol Depend*. 2018 Nov;192:172–8.
51. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M, Chou P, et al. Alcohol Attributable Fraction for Injury Morbidity from the Dose-Response Relationship of Acute Alcohol Consumption: Emergency Department Data from 18 Countries: Alcohol attributable fraction. *Addiction*. 2015 Nov;110(11):1724–32.
52. Nunn J, Erdogan M, Green RS. The prevalence of alcohol-related trauma recidivism: A systematic review. *Injury*. 2016 Mar;47(3):551–8.
53. Nikathil S, Olausson A, Symons E, Gocentas R, O’Reilly G, Mitra B. Increasing workplace violence in an Australian adult emergency department. *Emerg Med Australas EMA*. 2018 Apr;30(2):181–6.
54. Nweze IC, DiGiacomo JC, Shin SS, Gupta C, Ramakrishnan R, Angus LDG. Demographic and socioeconomic factors influencing disparities in prevalence of alcohol-related injury among underserved trauma patients in a safety-net hospital. *Injury*. 2016 Dec;47(12):2635–41.
55. Afshar M, Netzer G, Salisbury-Afshar E, Murthi S, Smith GS. Injured patients with very high blood alcohol concentrations. *Injury*. 2016 Jan;47(1):83–8.
56. Peng S-H, Hsu S-Y, Kuo P-J, Rau C-S, Cheng Y-A, Hsieh C-H. Influence of alcohol use on mortality and expenditure during hospital admission: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016 01;6(11):e013176.
57. Gmel G, Kuendig H, Daeppen J-B, Gaume J. Traumatismes dus à l’alcool - une étude aux départements des urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). *Rev Med Suisse*. 2007;3(123):323–94.

58. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013.
59. Observatoire national Interministériel de la sécurité routière. Bilan définitif de l'accidentalité routière 2017 [Internet]. Sécurité routière | Tous responsables. 2018 [cited 2019 Mar 21]. Available from: <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/espace-presse/publications-presse/bilan-definitif-de-l-accidentalite-routiere-2017>
60. Observatoire national Interministériel de la sécurité routière. Accidentalité routière 2018 - résultats définitifs [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 30] p. 13. Available from: <https://www.onisr.securite-routiere.interieur.gouv.fr/contenus/etat-de-l-insecurite-routiere/bilans-annuels-de-la-securite-routiere/bilan-2018-de-la-securite-routiere>
61. Protais C, Lermenier-Jeannet A. Drogues et addictions, données essentielles. Réponses pénales et conséquences judiciaires. OFDT. 2019;4.
62. Palle C, Beck F, Richard J-B. Usages d'alcool et dommages subis : une perspective européenne. Paris: OFDT; 2017 p. 6. (Tendances). Report No.: 118.
63. Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Paris: MILDT; 2013 p. 109.
64. Manoudi F, Chagh R, Es-soussi M, Asri F, Tazi I. Violence familiale. Encephal. 2013 Sep 14;39(4):271–7.
65. Kopp P. Le coût social des drogues en France. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies; 2015 Dec p. 75.
66. Brisacier A-C, Brissot A, Cadet-Taïrou A, Chyderiotis S, Diaz Gomez C, Gandilhon M, et al. Drogues et addictions, données essentielles. Paris: OFDT; 2019 p. 204.
67. Palle C, Rattanatravay M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. Saint-Denis: Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies; 2018 p. 111.
68. Brisacier A-C, Lermenier-Jeannet A, Palle C. Morbidité et mortalité liées aux drogues. Paris: OFDT; 2019 p. 11.
69. Ihadadene N, Tournoud C, Bayle E, Zagdoun C, Blanc I, Flesch F. L'alcool aux urgences : à quel prix ? Toxicol Anal Clin. 2015 Jun 1;27(2, Supplement):S46.
70. Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. Addiction. 1993 Jul;88(7):923–37.
71. Kelly G, Crick J, Hall T. Alcohol Attendance Within the Emergency Department. Emerg Med J. 2013 Oct 1;30(10):873–4.
72. Parkinson K, Newbury-Birch D, Phillipson A, Hindmarch P, Kaner E, Stamp E, et al. Prevalence of alcohol related attendance at an inner city emergency department and its impact: a dual prospective and retrospective cohort study. Emerg Med J. 2016 Mar 1;33(3):187–93.

73. Borges G, Medina-Mora ME, Cherpitel C, Casanova L, Mondragón L, Romero M. [Alcoholic beverage consumption in the patients of the emergency services of the city of Pachuca, Hidalgo]. *Salud Publica Mex.* 1999 Feb;41(1):3–11.
74. El-Menyar A, Consunji R, Mekkodathil A, Peralta R, Al-Thani H. Alcohol Screening in a National Referral Hospital: An Observational Study from Qatar. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2017 Dec 24;23:6082–8.
75. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013 Feb;(24–25):440–9.
76. Com-Ruelle L, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2008 p. 6. Report No.: 129.
77. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Facteurs socioéconomiques associés à la consommation d'alcool en France : une étude des différents modes de consommations. *Rev Epidemiol Sante.* 2008 Nov 20;56(6S):377.
78. Spilka S, Richard JB, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, et al. Les niveaux d'usages des drogues illicites en France en 2017. *OFDT 2018.* 2018 Nov;(128):6.
79. Fourcade N, Von Lennep F, Luciano L, Rey S, Bauchet E, Grémy I, et al. L'état de santé de la population en France. [Internet]. *Santé publique France; 2017 [cited 2019 Jun 26] p. 434.* (Rapport 2017). Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
80. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé; 2017 p. 282. Report No.: 566.
81. van Loon M, van Gaalen ACP, van der Linden MC, Hagestein-De Bruijn C. Evaluation of screening and brief intervention for hazardous alcohol use integrated into clinical practice in an inner-city Emergency Department. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* 2017 Jun;24(3):224–9.
82. Westwood G, Meredith P, Atkins S, Greengross P, Schmidt PE, Aspinall RJ. Universal screening for alcohol misuse in acute medical admissions is feasible and identifies patients at high risk of liver disease. *J Hepatol.* 2017;67(3):559–67.
83. Hinfray S, Airagnes G, Le Faou A-L, Ducoutumany G, Louville P, Lemogne C, et al. Repérage standardisé du mésusage de l'alcool au service d'accueil des urgences : l'exemple de la passation systématique du questionnaire FACE à l'hôpital Européen Georges-Pompidou. *Rev Med Interne.* 2018 Dec;40(6):355–60.
84. Maurat F, Castera P. Repérage précoce et intervention brève des mésusages d'alcool: étude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. Université de Bordeaux II; 2006.
85. Brousse G, Geneste-Saelens J, Cabe J, Cottencin O. Alcool et urgences. *Presse Med.* 2018 Jul;47(7–8):667–76.

86. 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. *Rev Med Interne*. 2009 Apr;30(4):316–21.
87. Egerton-Warburton D, Gosbell A, Moore K, Wadsworth A, Richardson D, Fatovich DM. Alcohol-related harm in emergency departments: a prospective, multi-centre study. *Addict Abingdon Engl*. 2018 Apr;113(4):623–32.
88. Hoskins R, Bengler J. What is the burden of alcohol-related injuries in an inner city emergency department? *Emerg Med J*. 2013 Mar 1;30(3):21.
89. Cherpitel CJ, Ye Y, Poznyak V. Single episode of alcohol use resulting in injury: a cross-sectional study in 21 countries. *Bull World Health Organ*. 2018 May 1;96(5):335–42.
90. Pereira G, Wood L, Foster S, Haggart F. Access to alcohol outlets, alcohol consumption and mental health. *PloS One*. 2013;8(1):e53461.
91. Thompson K, Davis-MacNevin P, Teehan M, Stewart S, Caring Campus Research Team. The Association Between Secondhand Harms From Alcohol and Mental Health Outcomes Among Postsecondary Students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017;78(1):70–8.
92. Awaworyi Churchill S, Farrell L. Alcohol and depression: Evidence from the 2014 health survey for England. *Drug Alcohol Depend*. 2017 Nov 1;180:86–92.
93. Imtiaz S, Loheswaran G, Le Foll B, Rehm J. Longitudinal alcohol consumption patterns and health-related quality of life: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Rev*. 2018 Jan;37(1):48–55.
94. Davis CG, Thake J, Vilhena N. Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addict Behav*. 2010 Apr;35(4):302–11.
95. Stahre M, Naimi T, Brewer R, Holt J. Measuring average alcohol consumption: the impact of including binge drinks in quantity–frequency calculations. *Addiction*. 2006;101(12):1711–8.
96. Del Boca FK, Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addict Abingdon Engl*. 2003 Dec;98 Suppl 2:1–12.
97. May PA, Hasken JM, De Vries MM, Marais A-S, Stegall JM, Marsden D, et al. A utilitarian comparison of two alcohol use biomarkers with self-reported drinking history collected in antenatal clinics. *Reprod Toxicol Elmsford N*. 2018 Apr;77:25–32.
98. Arfer KB, Tomlinson M, Mayekiso A, Bantjes J, van Heerden A, Rotheram-Borus MJ. Criterion validity of self-reports of alcohol, cannabis, and methamphetamine use among young men in Cape Town, South Africa. *Int J Ment Health Addict*. 2018 Feb;16(1):45–52.
99. Simons JS, Wills TA, Emery NN, Marks RM. Quantifying alcohol consumption: Self-report, transdermal assessment, and prediction of dependence symptoms. *Addict Behav*. 2015 Nov;50:205–12.
100. Karns-Wright TE, Dougherty DM, Hill-Kapturczak N, Mathias CW, Roache JD. The Correspondence between Transdermal Alcohol Monitoring and Daily Self-Reported Alcohol Consumption. *Addict Behav*. 2018 Oct;85:147–52.

101. Barnett NP, Celio MA, Tidey JW, Murphy JG, Colby SM, Swift RM. A Preliminary Randomized Controlled Trial of Contingency Management for Alcohol Use Reduction Using a Transdermal Alcohol Sensor. *Addict Abingdon Engl*. 2017 Jun;112(6):1025–35.
102. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Macdonald S, Stockwell T, et al. Validity of self-reported drinking before injury compared with a physiological measure: cross-national analysis of emergency-department data from 16 countries. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007 Mar;68(2):296–302.
103. McKenna H, Treanor C, O'Reilly D, Donnelly M. Evaluation of the psychometric properties of self-reported measures of alcohol consumption: a COSMIN systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2018 02;13(1):6.
104. Sznitman SR, Bord S, Elias W, Gesser-Edelsburg A, Shiftan Y, Baron-Epel O. Cross-Cultural Validity in Self-Reported Alcohol Use. *Eur Addict Res*. 2017;23(2):71–6.
105. García Carretero MÁ, Novalbos Ruiz JP, Martínez Delgado JM, O'Ferrall González C. Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test in university students: AUDIT and AUDIT-C. *Adicciones*. 2016 Mar 2;28(4):194–204.
106. Bell S, Britton A. Reliability of a retrospective decade-based life-course alcohol consumption questionnaire administered in later life. *Addict Abingdon Engl*. 2015 Oct;110(10):1563–73.
107. Campbell CE MS. Validity of the AUDIT-C screen for at-risk drinking among students utilizing university primary care. *J Am Coll Health*. 2018 Dec;66(8):774–82.
108. Jeong HS, Park S, Lim SM, Ma J, Kang I, Kim J, et al. Psychometric Properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C) in Public First Responders. *Subst Use Misuse*. 2017;52(8):1069–75.
109. Kaarne T, Aalto M, Kuokkanen M, Seppä K. AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF in screening risky drinking among Finnish occupational health-care patients. *Drug Alcohol Rev*. 2010 Sep;29(5):563–7.
110. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 May;29(5):844–54.
111. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Jul;31(7):1208–17.
112. Spilka S, Ehlinger V, Le Nezet O, Pacoricona D, Ngantcha M, Godeau E. Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège ». *Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies*; 2015 Dec p. 6. (Tendances). Report No.: 106.
113. Stolle M, Sack P-M, Thomasius R. Binge Drinking in Childhood and Adolescence. *Dtsch Ärztebl Int*. 2009 May;106(19):323–8.
114. Donovan JE, Molina BSG. Types of Alcohol Use Experience from Childhood through Adolescence. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2013 Oct;53(4):453–9.

115. Bitunjac K, Saraga M. Alcohol intoxication in pediatric age: ten-year retrospective study. *Croat Med J.* 2009 Apr;50(2):151–6.
116. Kelleher D, Renaud E, Ehrlich P, Burd R. Guidelines for alcohol screening in adolescent trauma patients: A report from the Pediatric Trauma Society Guidelines Committee. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013 Feb 1;74(2):671–82.
117. Rothman EF, DeJong W, Palfai T, Saitz R. Relationship of age of first drink to alcohol-related consequences among college students with unhealthy alcohol use. *Subst Abuse.* 2008;29(1):33–41.
118. Englund MM, Egeland B, Oliva EM, Collins WA. Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in early adulthood: a longitudinal developmental analysis. *Addict Abingdon Engl.* 2008 May;103(Suppl 1):23.
119. Soundararajan S, Narayanan G, Agrawal A, Prabhakaran D, Murthy P. Relation between age at first alcohol drink & adult life drinking patterns in alcohol-dependent patients. *Indian J Med Res.* 2017;146(5):606–11.
120. Picherot G, Urbain J, Dreno L, Caldagues E, Caquard M, Pernel A-S, et al. L'alcoolisation des adolescents : une précocité inquiétante ? *Arch Pédiatrie.* 2010 May;17(5):583–7.
121. Morean ME, L'Insalata A, Butler ER, McKee A, Krishnan-Sarin S. Age at Drinking Onset, Age at First Intoxication, and Delay to First Intoxication: Assessing the Concurrent Validity of Measures of Drinking Initiation with Alcohol Use and Related Problems. *Addict Behav.* 2018 Apr;79:195–200.
122. Kuntsche E, Rossow I, Simons-Morton B, Bogt TT, Kokkevi A, Godeau E. Not Early Drinking but Early Drunkenness Is a Risk Factor for Problem Behaviors Among Adolescents from 38 European and North American Countries. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013 Feb;37(2):308–14.
123. Morean ME, Kong G, Camenga DR, Cavallo DA, Connell C, Krishnan-Sarin S. First drink to first drunk: age of onset and delay to intoxication are associated with adolescent alcohol use and binge drinking. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014 Oct;38(10):2615–21.
124. Stamates AL, Lau-Barraco C, Linden-Carmichael A. Alcohol Expectancies Mediate the Relationship between Age of First Intoxication and Drinking Outcomes in College Binge Drinkers. *Subst Use Misuse.* 2016 Apr 15;51(5):598–607.
125. O'Keeffe LM, Kearney PM, McCarthy FP, Khashan AS, Greene RA, North RA, et al. Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: findings from international multicentre cohort studies. *BMJ Open.* 2015 Jul 6;5(7):e006323.
126. Andler R, Cogordan C, Richard J, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, et al. Baromètre de santé 2017. Consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice: Santé publique France. 2018;9.
127. Eriksen H-LF, Mortensen E, Kilburn T, Underbjerg M, Bertrand J, Støvring H, et al. The effects of low to moderate prenatal alcohol exposure in early pregnancy on IQ in 5-year-old children. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2012 Sep;119(10):1191–200.

128. O’Keeffe LM, Greene RA, Kearney PM. The effect of moderate gestational alcohol consumption during pregnancy on speech and language outcomes in children: a systematic review. *Syst Rev*. 2014 Jan 2;3:1.
129. Lundsberg LS, Illuzzi JL, Belanger K, Triche EW, Bracken MB. Low-to-moderate prenatal alcohol consumption and the risk of selected birth outcomes: a prospective cohort study. *Ann Epidemiol*. 2015 Jan;25(1):46-54.e3.
130. Mamluk L, Edwards HB, Savović J, Leach V, Jones T, Moore THM, et al. Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently ‘safe’ levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*. 2017;7(7):e015410.
131. Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Arakawa M. Alcohol consumption during pregnancy and birth outcomes: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Feb 20;14:79.
132. Easey KE, Dyer ML, Timpson NJ, Munafò MR. Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2019 Apr 1;197:344–53.
133. Sundelin-Wahlsten V, Hallberg G, Helander A. Higher alcohol consumption in early pregnancy or low-to-moderate drinking during pregnancy may affect children’s behaviour and development at one year and six months. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2017 Mar;106(3):446–53.
134. Polańska K, Jurewicz J, Hanke W. Smoking and alcohol drinking during pregnancy as the risk factors for poor child neurodevelopment - A review of epidemiological studies. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(3):419–43.
135. Skogerbø Å, Kesmodel US, Denny CH, Kjaersgaard MIS, Wimberley T, Landrø NI, et al. The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on behaviour in 5-year-old children: a prospective cohort study on 1628 children. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2013 Aug;120(9):1042–50.
136. Halliday JL, Muggli E, Lewis S, Elliott EJ, Amor DJ, O’Leary C, et al. Alcohol consumption in a general antenatal population and child neurodevelopment at 2 years. *J Epidemiol Community Health*. 2017 Oct 1;71(10):990–8.
137. Dervaux A, Laqueille X. [Psychiatric comorbidities of Alcohol dependence]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2018 Jun;47(6):575–85.
138. Falcheri J-P. Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Rev Med Suisse*. 2011;7:1462–5.
139. Subramaniam M, Mahesh MV, Peh CX, Tan J, Fauziana R, Satghare P, et al. Hazardous alcohol use among patients with schizophrenia and depression. *Alcohol Fayettev N*. 2017 Dec;65:63–9.
140. Nesvåg R, Knudsen GP, Bakken IJ, Høye A, Ystrom E, Surén P, et al. Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Aug 1;50(8):1267–76.

141. Gammeter R. Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool. *Forum Med Suisse*. 2005 Jun;(23):562–6.
142. Lejoyeux M, Marinescu M. Alcool et comorbidité psychiatrique. *Rev Prat*. 2006;56(10):1081–5.
143. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addict Abingdon Engl*. 2011 May;106(5):906–14.
144. Pavkovic B, Zaric M, Markovic M, Klacar M, Huljic A, Caricic A. Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. *Psychiatry Res*. 2018;270:483–9.
145. Choi KW, Na EJ, Hong JP, Cho MJ, Fava M, Mischoulon D, et al. Alcohol-induced disinhibition is associated with impulsivity, depression, and suicide attempt: A nationwide community sample of Korean adults. *J Affect Disord*. 2018;227:323–9.
146. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS One*. 2015;10(5):e0126870.

VII - ANNEXES

Tableau I : Répartition des consommations d'alcool récentes selon les paramètres étudiés.

		Population		Critère de jugement Consommation d'alcool < 24h		Critère de jugement inverse		P
		n	%	n	%	n	%	
		516	<i>100</i>	172	<i>33.33</i>	344	<i>66.66</i>	
Site	Pellegrin	398	<i>77.13</i>	113	<i>65.69</i>	285	<i>82.84</i>	<0.001
	Saint André	118	<i>22.86</i>	59	<i>34.30</i>	59	<i>17.15</i>	
Sexe	Femme	246	<i>47.67</i>	63	<i>36.62</i>	183	<i>53.19</i>	<0.001
	Homme	270	<i>52.32</i>	109	<i>63.37</i>	161	<i>46.80</i>	0.00038
Age	18-25 ans	274	<i>53.10</i>	84	<i>48.83</i>	190	<i>55.23</i>	0.1903
	26-35 ans	242	<i>46.90</i>	88	<i>51.16</i>	154	<i>44.76</i>	
	(Med[EIQ] En année	25	[21;30]	26	[21;30]	25	[20;30]	0.19
AUDIT-C	(Med[EIQ]	4	[3;7]	6	[4;8]	3	[2;5.5]	<0.001
Score : <3 p. femmes, <4 p. hommes	Consommation faible risque)	69	<i>16.35</i>	11	<i>6.43</i>	58	<i>23.10</i>	<0.001
Score : [3;9] p. femmes, [4;9] p. hommes)	Consommation à risque	323	<i>76.54</i>	139	<i>81.28</i>	184	<i>73.30</i>	
Score supérieur ou égal à 10	Probable dépendance	30	<i>7.10</i>	21	<i>12.28</i>	9	<i>3.58</i>	
Quantité bu	<2verres	39	<i>22.67</i>	39	<i>22.67</i>	0	<i>0</i>	
	2 à 5 verres	53	<i>30.81</i>	53	<i>30.81</i>	0	<i>0</i>	
	> 5 verres	80	<i>46.51</i>	80	<i>46.51</i>	0	<i>0</i>	
Alcool en lien avec la consultation	Oui	55	<i>10.65</i>	54	<i>31.39</i>	1	<i>0.29</i>	<0.001
	Non	461	<i>89.34</i>	118	<i>68.60</i>	343	<i>99.70</i>	
Contexte alcoolisation	Seul	36	<i>6.97</i>	22	<i>12.94</i>	14	<i>5.30</i>	<0.01

	Avec d'autres personnes	386	<i>74.80</i>	149	<i>87.13</i>	237	<i>89.77</i>	0.43
	A domicile	100	<i>19.37</i>	43	<i>25.00</i>	57	<i>21.59</i>	0.41
	Espace publique	44	<i>8.52</i>	28	<i>16.27</i>	16	<i>6.06</i>	<0.001
	Lieu convivial	160	<i>31.00</i>	61	<i>35.46</i>	99	<i>37.50</i>	0.68
	Chez des amis	99	<i>19.18</i>	31	<i>18.02</i>	68	<i>25.85</i>	0.061
	Au travail	10	<i>5.16</i>	5	<i>2.90</i>	5	<i>1.89</i>	0.52
Horaire consommation	00h-8h	69	<i>45.51</i>	44	<i>25.58</i>	25	<i>9.46</i>	<0.001
	8h-12h	4	<i>0.77</i>	3	<i>1.74</i>	1	<i>0.38</i>	0.305
	12h-14h	32	<i>62.01</i>	16	<i>9.30</i>	16	<i>6.06</i>	0.259
	14h-17h	15	<i>2.90</i>	11	<i>6.39</i>	4	<i>1.51</i>	0.012
	17h-20h	95	<i>18.41</i>	43	<i>25.00</i>	52	<i>19.69</i>	0.194
	20h-00h	311	<i>60.27</i>	113	<i>65.69</i>	198	<i>75.00</i>	0.0397
Co consommation <24h	Toutes substances	259	<i>50.19</i>	121	<i>70.34</i>	138	<i>40.11</i>	<0.001
Parmi ces co consommateurs	N = 259	259	100	121	46.71	138	53.28	
	Tabac	244	<i>94.20</i>	116	<i>95.86</i>	128	<i>92.75</i>	0.543
	Cannabis	67	<i>25.86</i>	35	<i>28.92</i>	32	<i>23.18</i>	0.321
	Stimulants	12	<i>4.63</i>	9	<i>7.43</i>	3	<i>2.17</i>	0.071
	Opiacés	12	<i>4.63</i>	3	<i>2.50</i>	9	<i>6.52</i>	0.148
	Hallucinogènes	4	<i>1.54</i>	2	<i>1.65</i>	2	<i>1.44</i>	1
	Tranquillisants	13	<i>5.01</i>	5	<i>4.1</i>	8	<i>5.79</i>	0.582
Profession	Cadre	36	<i>6.99</i>	15	<i>8.77</i>	21	<i>6.10</i>	Nc
	Etudiant	161	<i>31.26</i>	52	<i>30.40</i>	109	<i>31.68</i>	Nc
	Employé	140	<i>27.18</i>	37	<i>21.63</i>	103	<i>29.94</i>	Nc
	Ouvrier/artisan	73	<i>14.17</i>	36	<i>21.05</i>	37	<i>10.75</i>	Nc
	Sans emploi	105	<i>20.38</i>	31	<i>18.12</i>	74	<i>21.51</i>	Nc
Matrimonial	Célibataire	280	<i>54.26</i>	102	<i>59.30</i>	178	<i>51.74</i>	<0.01
	En couple	236	<i>45.73</i>	70	<i>40.69</i>	166	<i>48.25</i>	

Enfant	Pas d'enfant	393	76.75	139	81.28	254	73.83	0.062
	Au moins un enfant	122	23.82	32	18.71	90	26.16	
Antécédents	Consultation psychiatrique	209	40.58	76	44.44	133	38.62	0.216
	Traitement psychiatrique	162	31.45	56	32.74	106	30.81	0.687
Diagnostic	Médical	267	51.75	62	36.05	205	59.59	<0.001
	Traumatique	214	41.47	97	56.40	117	34.01	
	Psychiatrique	35	6.78	13	7.56	22	6.40	
TEMPS AUX SU	(Med[EIQ] En minutes	222.5	[143.8;328.2]	213.0	[132.5;307.8]	226.0	[145.8;333.2]	0.23

Tableau II : Répartition des API des dernières 24 heures selon les paramètres étudiés.

		Population : Parmi les consommateurs récents.		Critère de jugement API dans les dernières 24h		Critère de jugement inverse Pas d'API des dernières 24h		P
		n	%	n	%	n	%	
Population		172	100%	80	46.51	92	53.48	
Sexe	Hommes	109	63.38	59	73.75	50	54.35	<0.05
	Femmes	63	36.62	21	26.25	42	45.65	
Age	18-25 ans	84	48.83	47	58.75	37	40.21	<0.05
	26-35 ans	88	51.16	33	41.25	55	59.78	
Matrimonial	Célibataire	102	59.30	55	68.75	47	51.08	0.052
	En couple	70	40.69	25	31.25	45	48.91	
Parentalité	Sans enfant	139	81.28	69	87.34	70	76.08	0.076
	Avec enfant	32	18.71	10	12.65	22	23.91	
Profession	Cadre	15	8.77	3	3.79	12	13.04	Nc
	Employé	37	21.63	9	11.39	28	30.43	Nc
	Etudiant	52	30.40	26	32.91	26	28.26	Nc
	Ouvrier/ Artisan	36	21.05	21	26.58	15	16.30	Nc

	Sans-emploi	31	<i>18.12</i>	20	<i>25.31</i>	11	<i>11.95</i>	Nc
Antécédents de consultation	Psychiatriques +	76	<i>44.44</i>	31	<i>39.24</i>	45	<i>48.91</i>	0.22
	Psychiatriques -	95	<i>55.55</i>	48	<i>60.75</i>	47	<i>51.08</i>	
Antécédents thérapeutiques	Traitements psychotropes +	56	<i>32.74</i>	27	<i>34.17</i>	29	<i>31.52</i>	0.74
	Traitements psychotropes -	115	<i>67.25</i>	52	<i>65.82</i>	63	<i>68.47</i>	
Motif de consultation	Lié à l'alcool	54	<i>31.39</i>	44	<i>55</i>	10	<i>10.6</i>	<0.001
*jugé par le patient	Non lié à l'alcool	118	<i>68.60</i>	36	<i>45</i>	82	<i>89.13</i>	
Diagnostic	Médical	62	<i>36.04</i>	15	<i>18.75</i>	47	<i>51.09</i>	<0.001
	Traumatique	97	<i>56.39</i>	57	<i>71.25</i>	40	<i>43.47</i>	
	Psychiatrique	13	<i>7.56</i>	8	<i>10.00</i>	5	<i>5.43</i>	
AUDIT-C	(Med[EIQ])	4	<i>[3 ; 7]</i>	7	<i>[5 ; 9]</i>	4	<i>[3 ; 6]</i>	<0.001
Score : <3 p. femmes, <4 p. hommes	Consommation faible risque	11	<i>6.43</i>	2	<i>2.53</i>	9	<i>9.78</i>	<0.001
Score : [3;9] p. femmes, [4;9] p. hommes)	Consommation à risque	139	<i>81.28</i>	59	<i>74.68</i>	80	<i>86.95</i>	
Score supérieur ou égal à 10	Probable dépendance	21	<i>12.28</i>	18	<i>22.78</i>	3	<i>32.60</i>	

Tableau III : Répartition des scores AUDIT-C selon les paramètres étudiés.

		Population : Des consommateurs habituels, exclusion des 94 déclarés abstinents		AUDIT-C : Faible Risque (<3 p. femmes, <4 p. hommes)		AUDIT-C : à risque ([3;9] p. femmes, [4;9] p. hommes)		AUDIT-C : Probable dépendance (Supérieur ou égal à 10)		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Population		422	<i>100</i>	69	<i>16.35</i>	323	<i>76.54</i>	30	<i>7.10</i>	
Sexe	Homme	231	<i>54.73</i>	33	<i>47.82</i>	173	<i>53.56</i>	25	<i>83.33</i>	<0.01
	Femme	191	<i>45.26</i>	36	<i>52.17</i>	150	<i>46.43</i>	5	<i>16.66</i>	
Age	18-25	237	<i>56.16</i>	40	<i>57.95</i>	179	<i>55.41</i>	18	<i>60.0</i>	0.86
	26-35	185	<i>43.83</i>	29	<i>42.02</i>	144	<i>44.58</i>	12	<i>40.0</i>	
Profession	Cadre	33	<i>7.81</i>	0	<i>0.00</i>	32	<i>9.90</i>	1	<i>3.33</i>	Nc
	Employé	108	<i>25.59</i>	22	<i>31.88</i>	82	<i>25.38</i>	4	<i>13.33</i>	Nc
	Etudiant	142	<i>33.64</i>	21	<i>30.43</i>	115	<i>35.60</i>	6	<i>20.0</i>	Nc
	Ouvrier/Artisan	63	<i>14.92</i>	8	<i>11.59</i>	47	<i>14.55</i>	8	<i>26.66</i>	Nc
	Sans-emploi	76	<i>18.00</i>	18	<i>26.08</i>	47	<i>14.55</i>	11	<i>36.66</i>	Nc
Matrimonial	Seul	235	<i>55.68</i>	34	<i>49.27</i>	178	<i>55.10</i>	23	<i>76.66</i>	<0.05
	En couple	187	<i>44.31</i>	35	<i>50.72</i>	145	<i>44.89</i>	7	<i>23.33</i>	
Parentalité	Sans enfant	337	<i>79.86</i>	49	<i>14.54</i>	261	<i>77.45</i>	27	<i>8.01</i>	0.064
	Avec enfant	85	<i>20.14</i>	20	<i>23.53</i>	62	<i>72.94</i>	3	<i>3.53</i>	
Antécédents	Psychiatriques +	183	<i>43.36</i>	24	<i>34.78</i>	139	<i>43.03</i>	20	<i>6.66</i>	<0.05
	Psychiatriques -	239	<i>56.63</i>	45	<i>65.21</i>	184	<i>56.96</i>	10	<i>3.33</i>	
Antécédents	Psychotropes +	134	<i>31.75</i>	24	<i>34.78</i>	96	<i>29.72</i>	14	<i>46.66</i>	0.13
	Psychotropes -	288	<i>68.24</i>	45	<i>65.21</i>	227	<i>70.27</i>	16	<i>53.33</i>	
Diagnostic	Médical	210	<i>49.76</i>	42	<i>60.86</i>	157	<i>48.60</i>	11	<i>36.66</i>	0.184
	Traumatique	183	<i>43.36</i>	23	<i>33.33</i>	144	<i>44.58</i>	16	<i>53.33</i>	
	Psychiatrique	29	<i>6.87</i>	4	<i>5.79</i>	22	<i>6.81</i>	3	<i>10.00</i>	

Tableau IV : Répartition des consommations d'alcool récentes et du score AUDIT-C selon les catégories socio-professionnelles.

Profession	N	Alcool < 24h	proportion de N	API < 24h	proportion de N	AUDIT-C "faible risque"	AUDIT-C "à risque"	AUDIT-C "probable dépendance"
Cadre	36	15	0,416	3	0,083	0	32	1
Employé	140	37	0,264	9	0,064	22	82	4
Etudiant	161	52	0,323	26	0,162	21	115	6
Ouvrier/artisan	73	36	0,493	21	0,287	8	47	8
Sans-emploi	105	31	0,295	20	0,19	18	47	11
TOTAL	515	171		79		69	323	30

Tableau V : Répartition des consommations d'alcool et des API selon les catégories socio-professionnelles.

Colonne1	Alcool dans les 24 h	Alcool dans les 24 h	API dans les 24 h	API dans les 24 h
Profession	% Des buveurs récents (172)	% de la classe professionnelle	% des buveurs récents (172)	% de la classe professionnelle
Cadre	8,72%	41,60%	1,74%	8,33%
Employé	21,51%	26,42%	5,23%	6,42%
Etudiant	30,23%	32,29%	15,11%	16,25%
Ouvrier/artisan	20,93%	49,31%	12,20%	28,73%
Sans-emploi	18,02%	29,52%	11,62%	19,04%

Tableau VI : Motifs de consultations et quantités d'alcool de moins de 24h.

Quantité OH (<24h)	< 2 verres	%	2 à 5 verres	%2	> 5 verres	%3	p
Population	39	22,67	53	30,81	80	46,51	<0,001
Motif médical	22	56,41	25	47,17	15	18,75	
Motif psychiatrique	3	7,96	2	3,77	8	10	
Motif traumatologique	14	35,9	26	49,06	57	71,25	

Tableau VII : Répartition des consommations autres que l'alcool selon les consommations d'alcool dans les 24 dernières heures.

Colonne1	Alcool < 24h	% de N	Pas d'alcool dans les 24h	% de n2
population	N = 172	100	n = 344	100
substance < 24h				
Tabac	116	67,44	128	37,2
Cannabis	35	20,34	32	9,3
Hallucinogène	2	1,16	2	0,58
Stimulant	9	5,23	3	0,87
Tranquillisant	5	2,9	8	2,32
Opiacé	3	1,74	9	2,61

Tableau VIII : Consommation des différentes substances des dernières 24h en fonction de la consommation d'alcool des dernières 24h.

		population		Critère de jugement Alcool < 24h		Critère de jugement inverse Pas d'alcool dans les dernières 24h		P
		n	%	n	%	N	%	
Population		516	100	172	33.33	344	66.66	<0.001
Consommation < 24h	Par rapport aux populations N et n							
	Tabac	244	47.28	116	67.44	128	37.20	<0.001
	Cannabis	67	12.98	35	20.34	32	9.30	<0.001
	Hallucinogènes	4	0.77	2	1.16	2	0.58	0.53
	Stimulants	12	2.32	9	5.23	3	0.87	<0.01
	Somnifères/Tranquillisants	13	2.51	5	2.906	8	2.32	0.767
	Opiacés	12	2.32	3	1.74	9	2.61	0.758

Tableau IX : Facteurs associés à une consommation d'alcool dans les dernières 24h.

		Rapport des cotes	Intervalle de confiance		p-valeur
			2.5%	97.5%	
Sexe Homme		1.86	0.75	1.87	0.46
26-35 ans		1.96	1.16	3.38	0.013
AUDIT-C					
Score : [3;9] p. femmes, [4;9] p. hommes)	Consommation à risque	3.68	1.87	7.84	<0.001
Score supérieur ou égal à 10	Probable dépendance	10.80	3.78	33.48	<0.001
Profession	Employé	0.82	0.36	1.90	0.65
	Etudiant	1.28	0.53	3.17	0.58
	Ouvrier/Artisan	1.81	0.73	4.56	0.20
	Sans-emploi	1.01	0.41	2.55	0.97
Antécédent de consultation psychiatrique		0.97	0.62	1.50	0.88
Motif consultation	Traumatique	2.45	1.58	3.83	<0.001
	Psychiatrique	1.90	0.80	4.48	0.14

Tableau X : Facteurs associés à l'alcoolisation massive (> 5 verres) parmi les consommateurs récents d'alcool.

		Rapport des cotes	Intervalle de confiance		p-valeur
			2.5%	97.5%	
Sexe Homme		1.22	0.52	2.85	0.64
26-35 ans		0.29	0.10	0.80	0.02
AUDIT-C					
Score : [3;9] p. femmes, [4;9] p. hommes)	Consommation à risque	6.42	1.21	52.73	0.046
Score supérieur ou égal à 10	Probable dépendance	107.94	12.37	1456.83	<0.001
Profession	Employé	2.65	0.47	17.87	0.28
	Etudiant	3.28	0.59	21.01	0.18
	Ouvrier/Artisan	6.65	1.25	43.5	<0.05
	Sans-emploi	11.01	1.83	83.09	<0.05
Antécédent de consultation psychiatrique		0.24	0.10	0.58	<0.01
Motif consultation	Traumatique	5.79	2.36	15.49	<0.001
	Psychiatrique	8.78	1.82	46.74	<0.01
Transport par les secours		2	0.84	4.84	0.11

Tableau XI : Facteurs associés à l'alcoolisation massive (> 5 verres) parmi la totalité de l'échantillon.

		Rapport des cotes	Intervalle de confiance		p-valeur
			2.5%	97.5%	
Sexe Homme		1.29	0.67	2.50	0.44
26-35 ans		0.93	0.45	1.93	0.85
AUDIT-C					
Score : [3;9] p. femmes, [4;9] p. hommes)	Consommation à risque	7.97	2.25	50.99	<0.01
Score supérieur ou égal à 10	Probable dépendance	57.72	12.36	434.3	<0.001
Profession	Employé	1.39	0.35	6.99	0.66
	Etudiant	2.85	0.77	14.09	0.15
	Ouvrier/Artisan	5.48	1.49	26.73	<0.05
	Sans-emploi	3.63	0.96	18.01	0.07
Antécédent de consultation psychiatrique		0.51	0.27	0.96	<0.05
Motif consultation	Traumatique	4.79	2.48	9.72	<0.001
	Psychiatrique	3.73	1.18	11.35	<0.05
Transport par les secours		2.10	1.11	3.94	<0.05

Tableau XII : Répartition des présences entre les sites Pellegrin et Saint-André entre le 24 septembre 2018 au 7 octobre 2018.

Horaires]00h,8]]8h;16h]]16h;00]
24/09/18	----	SA	SA
25/09/18	PEL	PEL	PEL
26/09/18	PEL	SA	SA
27/09/18	PEL	PEL	PEL
28/09/18	PEL	PEL	PEL
29/09/18	PEL	SA	SA
30/09/18	PEL	PEL	PEL
01/10/18	PEL	SA	SA
02/10/18	PEL	PEL	PEL
03/10/18	PEL	SA	SA
04/10/18	PEL	SA	SA
05/10/18	PEL	PEL	PEL
06/10/18	PEL	PEL	PEL
07/10/18	PEL	SA	SA
08/10/18	PEL	----	----

*PEL : Pellegrin, SA : Saint-André

Tableau XIII : Comparaison des critères diagnostiques de l'addiction à l'alcool selon la CIM-10 et le DSM-5.

CIM-10	DSM-5
CIM 10 définit « l'usage nocif pour la santé » et le « syndrome de dépendance »	DSM – 5 : Troubles liés à l'alcool Regroupe les anciens critères de « l'abus d'une substance psychoactive » auxquels il a été retiré la notion de « problèmes légaux » et ceux de la « dépendance » auxquels il a été ajouté la notion de « craving ».
Usage nocif pour la santé	-Envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool.
-Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires).	-L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.
-Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.	-Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation d'alcool.
-Conséquences sociales négatives souvent associées et le patient n'est souvent pas au courant des effets nocifs de sa consommation. Ces deux éléments ne sont pas nécessaires au diagnostic.	-Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (absences répétées, diminution des performances au travail, négligence parentale ou de l'entretien du domicile).

Syndrome de dépendance	-Persistance de l'usage d'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
-Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.	-L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
-Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).	-Usage récurrent de l'alcool dans des situations où il est physiquement dangereux.
-Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.	-Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation d'alcool.
-Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives physiques ou psychologique. Le sujet étant au courant, ou aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.	-Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.
-Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants).	Tolérance, telle que définie par l'un des éléments suivants : Un besoin de quantités notablement plus grandes d'alcool pour atteindre l'effet désiré. Un effet notablement diminué avec l'utilisation continue de la même quantité d'alcool.
-Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.	Sevrage, tel que manifesté par l'un des éléments suivants : Le <u>syndrome de sevrage de l'alcool</u> caractéristique. L'alcool (ou une substance très proche, comme un médicament <u>benzodiazépine</u>) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
<i>Diagnostic</i> : au moins 3 critères au même moment au cours des 12 derniers mois.	<i>Diagnostic</i> : au moins 2 critères au cours des 12 derniers mois. <i>Sévérité</i> : Léger : 2 à 3 critères Modéré : 4 à 5 critères Sévère : au moins 6 critères

Annexe I : Personnes de 15 ans ou plus consommatrices d'alcool à risque ponctuel, chronique ou dépendant.

	Consommateurs à risque ponctuel			Consommateurs à risque chronique ou dépendants		
	Effectif brut	% pondéré	Ind. à âge et sexe comp.	Effectif brut	% pondéré	Ind. à âge et sexe comp.
Variables sociodémographiques						
Âge						
15 à 39 ans	1 582	31,9		278	5,4	
40 à 64 ans	1 486	22,5		472	7,4	
65 ans ou plus	291	7,9		268	7,6	
Sexe						
Homme	2 268	32,0		829	11,4	
Femme	1 091	14,5		189	2,4	
Occupation principale						
Actif occupé	2 142	30,8	1,11	468	6,6	1,00
Chômeur	299	25,8	0,91	92	7,8	1,24
Retraité	449	10,2	0,96	348	8,2	1,01
Femme / homme au foyer	84	10,0	0,73	19	2,2	0,84
Étudiant / enfant	319	23,5	0,76	59	4,3	0,82
Autre situation	62	13,4	0,57	31	6,2	0,97
Non renseigné	4	-	-	1	-	-
Profession de la personne de référence du ménage						
Agriculteur	73	15,1	0,85	43	8,5	1,18
Artisan, commerçant	286	22,5	1,07	106	8,8	1,16
Cadre et profession intellectuelle	761	26,8	1,15	199	6,8	0,97
Profession intermédiaire	796	25,1	1,07	231	7,1	1,06
Employé administratif	270	19,9	0,95	83	5,6	0,99
Employé de commerce	119	15,8	0,84	36	4,6	1,06
Ouvrier qualifié	759	23,0	0,94	230	6,8	0,94
Ouvrier non qualifié	240	20,8	0,84	75	5,8	0,82
Inactif n'ayant jamais travaillé	27	18,5	0,83	9	6,5	1,46
Non renseigné	28	-	-	6	-	-
Diplôme obtenu le plus élevé						
Aucun diplôme	361	13,6	0,71	150	5,7	0,84
Certificat d'études primaires (CEP)	86	8,7	0,88	67	6,7	1,00
1 ^{er} cycle : brevet jusqu'à CAP/BEP	915	23,6	1,04	298	7,5	1,00
2 nd cycle : baccalauréat	501	26,1	1,07	158	7,9	1,23
Supérieur	1 132	30,6	1,21	268	6,7	1,04
Scolarité / études en cours	319	23,5	0,76	59	4,3	0,82
Autre diplôme ou non renseigné	45	-	-	18	-	-
Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintiles (indice OCDE)						
1 ^{er} quintile [0 - 952 €]	391	16,0	0,68	150	6,3	1,07
2 ^e quintile [952 - 1 330 €]	492	19,2	0,86	144	5,5	0,86
3 ^e quintile [1 330 - 1 680 €]	665	25,1	1,10	179	6,5	0,98
4 ^e quintile [1 680 - 2 222 €]	699	26,7	1,13	211	7,9	1,14
5 ^e quintile [2 222 € - Max]	741	28,2	1,22	210	7,4	1,00
Non renseigné	371	19,4	0,92	124	6,3	0,92

Suite du tableau page suivante

Source : EHIS-ESPS 2014

Annexe II : Personnes de 15 ans ou plus consommatrices d'alcool à risque ponctuel, chronique ou dépendant (suite).

	Consommateurs à risque ponctuel			Consommateurs à risque chronique ou dépendants		
	Effectif brut	% pondéré	Ind. à âge et sexe comp.	Effectif brut	% pondéré	Ind. à âge et sexe comp.
Variables sociodémographiques (suite)						
Type de ménage						
Personne seule	264	19,3	1,09	134	8,1	1,28
Famille monoparentale	199	18,8	0,77	59	6,2	1,24
Couple sans enfant	865	18,9	1,12	381	7,5	0,95
Couple avec enfant(s)	1940	28,1	0,97	417	5,7	0,90
Autre situation	91	18,2	0,80	27	4,8	0,75
Zonage en aires urbaines						
Commune de grand pôle	1 628	21,8	0,96	480	6,2	0,95
Commune en couronne de grand pôle	1 058	24,8	1,06	303	6,8	1,00
Commune de petit ou moyen pôle	230	21,1	0,96	83	7,9	1,17
Commune en couronne de petit/moyen pôle	257	25,2	1,09	80	7,4	1,09
Commune isolée hors de l'influence d'un pôle	170	21,6	1,04	67	8,1	1,14
Adresse non géocodée	16	-	-	5	-	-
Variables de protection sociale						
Exonération du ticket modérateur pour raison médicale						
Oui	400	13,0	0,83	228	7,3	0,96
Non	2 926	25,4	1,03	780	6,5	1,01
Non renseigné	33	-	-	10	-	-
Présence d'une complémentaire santé (CS) privée ou de la CMU complémentaire (CMU-C)						
Bénéficiaire d'une CS privée	3 022	23,5	1,05	888	6,7	1,00
Bénéficiaire de la CMU-C	167	14,5	0,55	66	5,6	1,04
Ne bénéficie pas d'une CS	104	18,7	0,74	52	8,2	1,17
Situation indéterminée	66	-	-	12	-	-
Variables d'état de santé						
Comment est votre état de santé en général ?						
Très bon	1 069	30,6	1,06	201	5,4	0,84
Bon	1 646	24,9	1,05	457	6,8	1,01
Assez bon	542	14,9	0,86	294	8,4	1,19
Mauvais	92	9,4	0,60	59	6,0	0,86
Très mauvais	1	1,3	0,10	4	2,5	0,39
Non renseigné	9	-	-	3	-	-
Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?						
Oui	932	16,7	0,92	403	7,6	1,06
Non	2 287	26,5	1,04	562	6,1	0,95
Ne sait pas	102	23,1	0,95	47	10,0	1,40
Non renseigné	38	-	-	6	-	-
Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?						
Oui, fortement limité	97	8,3	0,57	74	6,2	0,95
Oui, limité, mais pas fortement	438	16,3	0,93	223	8,3	1,17
Non	2 794	26,0	1,04	713	6,4	0,97
Non renseigné	30	-	-	8	-	-
Ensemble	3 359	22,8	1,00	1 018	6,7	1,00

Source : EHIS-ESPS 2014

Annexe III : Questionnaire

Centre de recueil : Pellegrin Saint André

Numéro d'inclusion :

Sexe : Femme Homme

Age :

**QUESTIONNAIRE DEPISTAGE ET PREVENTION ALCOOLISATION DES
18-35 ANS**

Ce questionnaire a pour but une étude de thèse en médecine

Les informations y figurant seront tenues secrètes

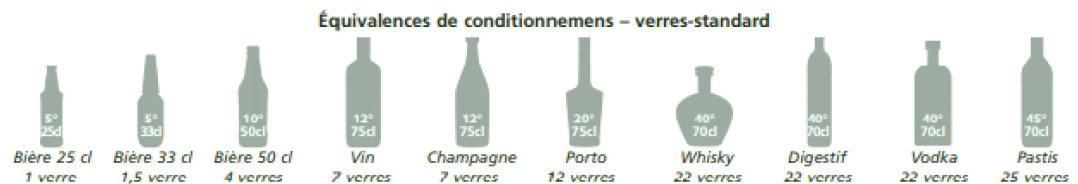
Votre participation n'est pas obligatoire. Vous être libre de ne pas répondre à ce questionnaire

Je consens à répondre librement à ce questionnaire.

1) Avez-vous consommé de l'alcool dans les dernières 24h ? OUI NON

2) Si oui, quelle quantité avez-vous consommé ?

• Pour vous guider voici les équivalences en quantité d'alcool dans les différentes boissons : un verre de vin = un demi de bière = un petit verre d'alcool fort (à la dose d'un bar)



< 2 verres

2 à 5 verres

> 5 verres

3) Pensez-vous que l'alcool a pu en partie être responsable de votre venue aux urgences ?

OUI

NON

4) Lors de votre dernière consommation, avez-vous consommé ? (Plusieurs choix possibles)

Seul Avec d'autres personnes

A votre domicile Au travail Dans un espace public

Dans un lieu convivial (bar, restaurant, boîte de nuit...) Chez des amis

Autre :

5) Quelle a été le moment de la journée de vos principales consommations ? (Plusieurs choix possibles)

Minuit-8H

8H-12H

12H-14H

14H-17H

17H-20H

20H-Minuit

6) Avez-vous consommé des stupéfiants ou drogues autres que l'alcool dans les dernières 24h ? (plusieurs choix possibles)

- NON
 Tabac Cannabis
 Hallucinogènes (LSD, MDA, STP, champignons, 2-CB, PCP, kétamine)
 Stimulants (amphétamine, MDMA, cocaïne, méthylphénidate)
 Solvants et colle (aérosols, colle, décapant, dissolvant, essence)
 Tranquillisants et somnifères (benzodiazépines, GHB, barbituriques, ethchlorvynol, hydrate de chloral, méprobamate)
 Opiacés (codéine, héroïne, méthadone, morphine, percodan, opium, hydromorphone, tramadol)

7) A combien de temps remonte la prise de votre dernier verre (avant l'arrivée aux urgences) ?

- < 1 h 1 à 2 h 2 à 4 h 4 à 6 h 6 à 12 h 12 à 24h > 24h

8) A combien de temps remonte l'apparition de vos symptômes (avant l'arrivée aux urgences) ?

- < 1 h 1 à 2 h 2 à 4 h 4 à 6 h 6 à 12 h 12 à 24h > 24h

9) Lors de votre dernière consommation d'alcool, dans quelle commune de « Bordeaux Métropole » avez-vous consommé la majeure partie de vos boissons ?

Commune :

Préciser le quartier si Bordeaux, Mérignac, Talence, Pessac (plusieurs quartiers possibles) :

10) Quel est votre code postal de résidence :

--	--	--	--	--

11) Si vous habitez la commune de Bordeaux (33000/33100/33200/33300/33800), Pessac (33600), Talence (33400), Mérignac (33700) :

Dans quel quartier résidez-vous ?

12) A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?

- Étudiant Chômage/sans emploi Personne au foyer Agriculteurs
 Ouvriers Artisans/Commerçants/chef d'entreprise
 Cadre/Profession intellectuelle supérieure Employés
 Professions intermédiaires (professeur, paramédicaux, religieux, administratifs)

13) Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Célibataire Marié(e)/ PACSé(e) En Concubinage Séparé(e)/Divorcé(e)

14) Avez-vous des enfants ? OUI Combien : NON

15) Avez-vous déjà vu quelqu'un pour des problèmes nerveux, de stress, ou de mal-être (psychiatre, psychologue ou autre) ? OUI NON

16) Avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, le stress ou le mal-être ?

- OUI NON

Concernant vos consommations d'alcool dans votre vie « de tous les jours »

17) Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais (0) 1 fois/mois (1) 2 à 4 fois/mois (2)
 2 à 3 fois/semaine (3) 4 fois ou plus/ semaine (4)

18) Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 à 2 verres (0) 3 à 4 (1) 5 ou 6 (2) 7 à 9 (3) 10 ou plus (4)

19) Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de de boire 6 verres-standard ou plus ?

- Jamais (0) Moins de 1 fois/mois (1) 1 fois/mois (2) 1 fois par semaine (3)
 Chaque jour ou presque (4)

Concernant votre état de santé au cours du dernier mois

20) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de maux de tête ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

21) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de vertiges ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

22) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de nausées ou vomissements ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

23) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de sensibilité exacerbée au bruit ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

24) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou rester endormi ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

25) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de fatigue ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

26) Dans le dernier mois, dans quelle mesure vous mettez-vous d'avantage en colère qu'auparavant ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

27) Dans le dernier mois, dans quelle mesure vous êtes-vous senti déprimé ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

28) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de troubles de la mémoire ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

29) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous présenté des difficultés de concentration ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

30) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous trouvé votre manière de réfléchir plus lente qu'auparavant ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

31) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous présenté des épisodes de vision floue ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

32) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous présenté des épisodes de vision double ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

33) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous trouvé que vous étiez sensible à la lumière ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

34) Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous eu l'impression de ne pas trouver le repos ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

Diagnostic retenu :

Arrivée : Le...../...../2018 àH.....

Départ : Le...../...../2018 àH.....

Mode de transport aller du patient :

moyen personnel ambulance/VSL pompiers SMUR

Merci pour votre participation, nous vous garantissons la non divulgation de vos réponses.

Annexe IV : Avis favorable CPP.



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

Pierre Henri ROLLAND *Président*
Jean Pierre VIDAL *Vice-président*
Bertrand DUSSOL *Secrétaire Général*

AVIS

Membres titulaires & suppléants

Collège technique

- Personnes qualifiées en recherche

Bertrand DUSSOL
Pierre-Henri ROLLAND
Vincent PRADEL
Houtin BAGHDADI
Noémie RESSEGUIER
Cornel POPOVICI
Claude BAGNIS

- Médecins généralistes

Claude SICHEL
Pierre REYES

- Pharmaciens hospitaliers

Diane BRAGUER
Stéphane HONORE

- Infirmières

Marie RAFFRAY
Patrick BOANICHE

Collège social

- Personnes qualifiées en éthique

Dominique TAILLEFER
Michel CAILLOL

- Psychologues

Janine RICOEUR
Frédérique VINCENT

- Travailleurs sociaux

Gilbert NAURAYE

- Juristes

Jean-Pierre VIDAL
Marine GABORIAU TABARY

- Représentants d'associations et usagers

Patrick D'ANGIO
Patrick BLIEK

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II, agréé par arrêté ministériel en date du 31 mai 2012, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Provence Alpes Côte d'Azur en date du 20 avril 2016,

en application des dispositions du Code de la Santé Publique et de la réglementation en vigueur applicables sur un projet de recherche mentionné au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique

ayant été saisi par l'**Université de Bordeaux**, promoteur d'une recherche impliquant la personne humaine intitulée :

Evaluation systématique de la consommation récente d'alcool chez les jeunes consultants aux urgences du CHU de Bordeaux

identifiée sous le numéro ID RCB : : **2018-A00190-55**
et dont l'investigateur coordonnateur est M. VOISIN Ronan

- ayant, après vérification de la conformité réglementaire, enregistré ce dossier le **09/02/2018** sous la référence interne **218 C06**,
- ayant examiné ce dossier de recherche lors de sa séance plénière du **02/03/2018** au cours de laquelle

N. RESSEGUIER, PH. ROLLAND, V. PRADEL, H. BAGHDADI, C. SICHEL, D. BRAGUER, M. RAFFRAY, D. TAILLEFER, J. RICOEUR, G. NAURAYE, J.P VIDAL, P. D'ANGIO . P. BLIEK

le quorum général étant constaté,

après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

a décidé de demander au promoteur des compléments et des révisions.

Le Comité,

- ayant reçu le **11/03/2018** l'ensemble des informations et des documents demandés,
- ayant examiné le dossier de recherche ainsi constitué :
 - Lettre de saisine du 30/01/2018
 - Lettre du 10/03/2018
 - Formulaire de demande d'avis initial du 10/03/2018

Page 1 / 2



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

- Bordereau de recherches et collections biologiques (RCB) du 10/03/2018
- Note d'information et formulaire de consentement version 2
- Protocole de recherche du 10/03/2018
- Résumé du protocole du 10/03/2018
- Questionnaire dépistage et prévention alcoolisation des 18-25 ans version 2
- Déclaration de conformité du 10/03/2018
- CV de l'investigateur
- Résumé des modifications suite à la séance du 02/03/2018 du CPP

lors de sa séance plénière du **06/04/2018** au cours de laquelle

**D. DUSSOL, PH. ROLLAND, V. PRADEL, H. BAGHDADI, C. SICHEL,
D. BRAGUER, D. TAILLEFER, J. RICOEUR, G. NAURAYE, P.
D'ANGIO . P. BLIEK**

le quorum général étant constaté,

après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

a émis un

AVIS FAVORABLE



à la mise en oeuvre de cette recherche impliquant la personne humaine, considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient réunies.

Le Secrétaire Général
Pr Bertrand DUSSOL

Le Président
M. Pierre Henri ROLLAND

Il appartient au promoteur ou à son mandataire d'informer le Comité de "la date effective de commencement de la recherche correspondant à la date de la signature du consentement par la première personne qui se prête à la recherche en France" (Art. R. Art R1123-40 du Code de la Santé Publique) et « si, dans le délai de deux ans suivant l'avis du comité de protection des personnes, la recherche biomédicale n'a pas débuté, cet avis devient caduc. Toutefois, sur justification produite avant l'expiration dudit délai, celui-ci peut être prorogé par le comité concerné". (Art R1123-26).

Annexe V : Autorisation CNIL au titre d'un engagement de conformité au protocole MR-003.

 Informatique et Libertés Registre des traitements de données à caractère personnel												
FINALITÉ	MED - évaluation systématique de la consommation d'alcool récente des jeunes consultant aux urgences du CHU de Bordeaux											
DESCRIPTION ET OBJECTIFS (DÉTAILS DES FINALITÉS)	Evaluer la proportion vraie de consommation récente d'alcool chez les 18 - 25 ans consultant aux urgences du CHU de Bordeaux et évaluer l'impact sur la Morbidité.											
CIL DÉSIGNÉ	Chantal Durand											
ENTITÉ	Université de Bordeaux											
RESPONSABLE DE TRAITEMENT	Université de Bordeaux											
RESPONSABLE DE LA MISE EN OEUVRE	Département de médecine générale											
GESTIONNAIRE DU DROIT D'ACCÈS	CIL											
DATE DE MISE EN OEUVRE	18/05/2018											
CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES	jeunes de 18/25 ans consultant aux urgences du CHU de Bordeaux site Pellegrin et Saint André pour un motif médico chirurgical.											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Type de données</th> <th>Destinataires</th> <th>Durée de conservation des données</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>auto questionnaire papier complété par le patient</td> <td>thésard.</td> <td>24 mois</td> </tr> <tr> <td>Dossier médical des urgences du CHU sur la base de donnée DXCARE.</td> <td>thésard.</td> <td>24 mois</td> </tr> </tbody> </table>		Type de données	Destinataires	Durée de conservation des données	auto questionnaire papier complété par le patient	thésard.	24 mois	Dossier médical des urgences du CHU sur la base de donnée DXCARE.	thésard.	24 mois		
Type de données	Destinataires	Durée de conservation des données										
auto questionnaire papier complété par le patient	thésard.	24 mois										
Dossier médical des urgences du CHU sur la base de donnée DXCARE.	thésard.	24 mois										
DATE D'INSCRIPTION AU REGISTRE	22/05/2018											
AUTEUR ORIGINAL DE LA FICHE	Chantal Durand											
Type de formalité	MR-003 / Engagement de conformité											
Nom du logiciel	DXCARE											
N° Déclaration CNIL												
Vérification : Information	INFORMATION ET CONSENTEMENT DES PATIENTS par oral et par écrit sur chacun des questionnaires -sur les objectifs de l'étude -l'utilisation des données du questionnaire -leur droit de refuser à l'étude ou de refuser l'utilisation des données du questionnaire ou du dossier médical informatique - la non divulgation des données recueillies. auto questionnaire déclaratif : pas de modification pour la prise en charge des malades, pas d'administration de traitement, pas d'intervention dans la prise en charge médical aux urgences.											
Vérification : Sécurité	informatique : base de donnée DXCARE du CHU, données étudié sur place, pas de copie. Risque négligeable de vols de données. questionnaires : recueillis par le thésard, gardés par ses soins à son domicile, risque de perte des données en cas de perte des questionnaires : risque faible. vols des données papiers : risques négligeables. les données sont pseudonymisées.											
Pièces jointes												

EN TANT QUE SIGNATAIRE DU TRAITEMENT, JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS PORTÉES SUR CETTE DÉCLARATION. J'AI PRIS CONNAISSANCE DES ÉVENTUELLES ALERTES DU CORRESPONDANT INFORMATIQUE ET LIBERTÉS (CIL).

Date : 23 Mai 2018

Nom : CASTERA

Signature :



CETTE DÉCLARATION SIGNÉE EST À RETOURNER À CIL@U-BORDEAUX.FR AFIN DE VALIDER SON ENREGISTREMENT DANS LE REGISTRE DE L'UNIVERSITÉ. TOUTE MODIFICATION OU SUPPRESSION DES INFORMATIONS CI-DESSUS DEVRA ÊTRE SIGNALÉE À CIL@U-BORDEAUX.FR.

RESUME

Evaluation systématique de la consommation d'alcool récente chez les 18-35 ans consultant aux urgences du CHU de Bordeaux et l'impact sur la morbidité.

Introduction : malgré une diminution de la consommation d'alcool par habitant en France depuis les années soixante. Il persiste un profil d'alcoolisation ponctuelle massive chez les jeunes, et 10 % des consommateurs consomment 58% du volume total d'alcool annuel. Nous avons évalué la part réelle des consommateurs récents aux urgences et recherché une association avec leur motif de consultation et leur profil psychosocial. **Matériel et méthode** : étude observationnelle, transversale, prospective et multicentrique sur le CHU de Bordeaux durant 15 jours 24h sur 24. Tous les patients de 18 à 35 ans consultant aux urgences et aptes à répondre ont été interrogés sur leur consommation récente, habituelle et leur profil psycho-social. Les diagnostics pour chaque patient étaient enregistrés. **Résultats** : 172 patients sur 516 inclus avaient consommé récemment dont 46% avaient eu une API, 76.54% avaient une consommation à risque de mésusage et 7.1% avaient une dépendance probable avec des différences significatives selon les catégories socio-professionnelles. La consommation d'alcool récente majorait le risque de co-consommation de tabac (OR = 3.5, $p < 0.001$), de cannabis (OR = 2.49, $p < 0.001$) et de stimulants (OR = 6.28, $p < 0.01$). 10% des patients reconnaissaient que leur présence était en lien avec l'alcool. L'alcool augmentait la survenue de motifs traumatiques (RR = 1.65, $p < 0.001$) et psychiatriques (RR=1.18, $p < 0.001$). **Discussion** : le caractère déclaratif crée des biais de désirabilité sociale et biais de mémoire. Il y avait une sur-représentation des étudiants et des employés et les motifs de consultations psychiatriques étaient sous-représentés rendant discutable la significativité des résultats. **Conclusion** : il apparaît essentiel de dépister les consommations d'alcool récentes et les mésusages aux urgences même en l'absence de signe d'ivresse. Les consommations faibles ne doivent pas être négligées, particulièrement en traumatologie.

SERMENT

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”