



HAL
open science

Consultations imputables à une alcoolisation récente chez les 18-35 ans aux urgences du CHU de Bordeaux

Pierre Gibaud

► **To cite this version:**

Pierre Gibaud. Consultations imputables à une alcoolisation récente chez les 18-35 ans aux urgences du CHU de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02519352

HAL Id: dumas-02519352

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02519352>

Submitted on 25 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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018/2019

N°187

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Pierre GIBAUD

Né le 27/09/1989 à Soyaux (16)

Le 14/10/2019

Consultations imputables à une alcoolisation récente chez les 18-35 ans aux urgences du CHU de Bordeaux

Directeur de thèse : Docteur Cédric GIL-JARDINE

Jury

Pr Jean-Philippe JOSEPH.....	Président
Pr Philippe CASTERA.....	Rapporteur
Dr Philippe REVEL.....	Juge
Dr Michel GALINSKI.....	Juge

REMERCIEMENTS

A notre Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Professeur des Universités

Directeur et coordinateur du DES de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce travail et de l'intérêt que vous y avez porté.
Je vous témoigne toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,

Professeur associé des Universités

Docteur en Médecine Générale

Je vous remercie pour avoir été aux origines de notre projet commun de thèses. Votre expérience nous a été précieuse. Je vous remercie de vos conseils avisés et de votre disponibilité. Ce travail est également l'occasion de saluer votre enseignement dispensé durant l'internat.

Monsieur le Professeur Philippe REVEL,

Professeur associé des Universités

Praticien Hospitalier

Vous nous faites l'honneur de lire et de juger ce travail, nous vous en remercions. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Michel GALINSKI,
Professeur associé des Universités
Praticien Hospitalier

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir ici le témoignage de mes sincères remerciements.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE,
Docteur en médecine générale
DESC de Médecine d'Urgence
Praticien Hospitalier

Je te remercie d'avoir rendu ce projet commun de thèses possible en nous ouvrant les portes des urgences. Merci également pour ton implication, en particulier concernant l'analyse de notre recueil de données. Je garde également un bon souvenir de t'avoir accompagné aux urgences et au déchoc lorsque j'étais externe.

Aux rencontres lors de mon parcours médical,

A toutes les équipes des urgences de Pellegrin et de Saint-André, je vous remercie de votre accueil durant cette thèse.

A tous mes co-thésards, Julien, Ronan, Christine et Anaïs :

Merci pour ce travail d'équipe et votre efficacité, je garderai de bons souvenirs de notre recueil de données aux urgences avec nos passages de relais. Je remercie tout particulièrement Ronan, qui est à l'origine du projet, de nous avoir invité à y participer.

A tous les maîtres de stage que j'ai pu croiser :

- Dr ROLLET-GERARD de Saint-Médard-en-Jalles avec qui j'ai découvert la médecine de ville alors que je n'étais qu'externe. Notre rencontre fut tout simplement un déclic : c'était cette médecine-là que je voulais exercer plus tard.

- Dr LUACES, Dr NAMMATHAO et Dr LARRIEU de Port-Sainte-Marie :

C'est avec vous que j'ai commencé mes premiers pas de médecin généraliste. Je garde un excellent souvenir de la médecine rurale, en particulier grâce à votre accueil. Merci pour vos conseils et votre soutien.

- Dr CARRE, Dr CADET et Dr ALLAIRE-SAUQUET de Périgueux :

Vous m'avez permis de m'améliorer en tant que praticien, vos conseils avisés m'ont été précieux.

- Dr DAULOUEDE, Dr FERRARIS et Dr COUSIN-MAIRE de Bordeaux :

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagner dans ma nouvelle paternité.

A Ronan, Laura et May de la team Sarlat :

Il ne pouvait pas y avoir meilleure équipe mon commencer l'internat. Je vous souhaite à tous un épanouissement personnel et une réussite professionnelle.

A mes amis,

A Laura et Aurélien, j'ai été heureux de vous voir à Bordeaux ces dernières années et de suivre l'arrivée de la petite Nina, je vous souhaite le meilleur pour votre retour à Tours. J'en profite pour saluer toute la « dream team ».

A Sylvain et Jérémy, même si nos indisponibilités rendent nos rencontres trop occasionnelles, je vous remercie de rester des amis fidèles.

A mes compagnons rollistes, Guiby, Nico, Perni, Bubu et Jérôme :

Même si on n'a pas l'habitude de s'épancher je vous remercie pour tous les moments passés ensemble, au cinéma, au billard, à Smash, aux jeux de plateau, ou à « Donjon et Dragon ». Beaucoup d'aventures imaginaires, mais avec un plaisir toujours réel. J'espère vous voir très bientôt !

A mes proches,

A Philippe mon parrain, je te remercie de m'avoir accompagné pendant mon enfance et pour ta joie de vivre.

A Frédéric, Ghislaine et à toute ma « belle » famille, je vous remercie de m'avoir accepté parmi vous. Vous avez le cœur sur la main.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines ainsi qu'à leur enfants, je vous remercie pour tous ces moments partagés ensemble. Bien qu'éparpillés aux quatre coins de la France c'est toujours un plaisir de vous retrouver.

A ceux qui ne sont plus là, mais que je n'oublie pas.

A mes grands-parents, je vous remercie d'avoir pris soin de moi toutes ces années, de m'avoir appris tant de choses, de votre simplicité. Merci à Papy de m'avoir donné le goût de la médecine générale. Je suis toujours épaté quand tu me racontes ta pratique d'antan, la médecine d'autrefois, qui était parfois limitée en terme de moyen, mais toujours humaine et pleine de bon sens.

A ma petite maman chérie, ce n'est pas un hasard si j'en suis arrivé là, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi et tous ce que tu continues à faire. Ces quelques lignes ne peuvent pas suffire à te rendre hommage. Je t'aime.

A Baptiste, mon petit garçon, tu m'apportes joie et bonheur depuis bientôt 2 ans. Je t'aime.

Enfin, à Anaïs. Ta rencontre a changé ma vie. Merci de m'avoir soutenu et accompagné durant ces années passées ensemble. J'ai hâte de partager ce beau voyage avec toi et Baptiste. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	7
PREAMBULE	8
I. INTRODUCTION	9
1.1. L'alcool et sa consommation	9
1.1.1. Définition	9
1.1.2. Seuils de consommation	9
1.1.3. Evolution de la consommation	10
1.1.4. Le binge drinking : profil des consommateurs	11
1.2. L'alcool et ses effets aigus sur la santé	12
1.2.1. Physiologie, absorption de l'alcool et métabolisme	12
1.2.2. Les effets immédiats de l'alcool sur l'organisme	13
1.2.3. Morbidité aigue liée à l'alcool	14
1.2.4. Mortalité liée à l'alcool	14
1.2.5. L'alcool aux urgences	14
1.3. Construction de l'étude commune	15
1.4. Objectifs de l'étude	17
II. MATERIELS ET METHODES	18
2.1. Type d'étude	18
2.2. Population	18
2.3. Recueil de données	18
2.3.1. Questionnaire	18
2.3.2. Analyse des dossiers médicaux	19
2.4. Analyse statistique	19
2.5. Critère de jugement principal	19
2.6. Critères de jugement secondaires	19
2.7. Mesures éthiques et réglementaires	20
III. RESULTATS	21
3.1. Description de la population	21
3.2. Résultat principal	22
3.3. Résultats secondaires	22
IV. DISCUSSION	27
4.1. Comparaison avec la littérature et analyse des principaux résultats	27
4.2. Forces et Faiblesses	29
V. CONCLUSION	32
VI. BIBLIOGRAPHIE	33
ANNEXES	38
SERMENT MEDICAL	50
RESUME DE L'ARTICLE	51

LISTE DES ABREVIATIONS

AIS : Abbreviated injury scale

API : alcoolisation ponctuelle importante

AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test - Concise

AVP : Accident de la Voie Publique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

IEA : Intoxication Ethylique Aigue

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

NIAAA : National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism (institut américain)

OFDT : Observatoire Français de Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONISR : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

OR : Odds Ratio

PCLS : Post Concussion Like Symptoms

SDF : Sans Domicile Fixe

PREAMBULE

La consommation d'alcool est une composante culturelle importante en France malgré son enjeu de santé publique. L'alcool est la substance psycho-active la plus consommée en France même si on note une diminution progressive depuis des décennies.

Parallèlement à cette baisse globale de la consommation d'alcool est apparu le phénomène de "binge drinking" dans la population jeune. Il s'agit d'un mode de consommation excessif de boissons alcoolisées sur une courte période de temps (par épisodes ponctuels ou répétés) dans lequel l'état d'ivresse est recherché rapidement.

Les effets à court et long terme de la consommation d'alcool sont bien connus, mais la littérature ne dispose que de peu de données sur l'impact de ce nouveau mode de consommation sur la santé des jeunes.

Nous allons nous attacher au cours de cette étude à mettre en évidence les risques que représente ce mode de consommation en évaluant la proportion de consultations aux urgences imputables à une alcoolisation récente dans la tranche des 18-35 ans.

I. INTRODUCTION

1.1. L'alcool et sa consommation

1.1.Définition

Les boissons alcoolisées sont des boissons contenant de l'éthanol. Le degré ou pourcentage correspond à la quantité d'alcool pur contenu dans 100 ml.

Un verre d'alcool standard français contient 10 g d'alcool pur, quel que soit le type de boisson alcoolisée (**figure 1**), calculé selon la formule :

$$\text{Gramme d'alcool pur} = \text{degré d'alcool pur} \times \text{volume (en litre)} \times 8$$



Figure 1 : Verre standard par type d'alcool (source : Alcool-info-service)

1.2.Seuils de consommation

Un Avis d'experts sur l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France, rendu en mai 2017, délivre de nouveaux seuils de consommation pour limiter les risques (1).

Il est ainsi recommandé de :

- Ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour quel que soit le sexe ;
- Avoir des jours dans la semaine sans consommation.
- Pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :
 - Réduire la quantité totale d'alcool bu à chaque occasion ;
 - Boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
 - Éviter les lieux et les activités à risque ;
 - S'assurer d'avoir des personnes permettant de rentrer en toute sécurité.
- Pour les femmes qui envisagent une grossesse, enceintes ou qui allaitent ainsi que pour les jeunes et les adolescents : il est recommandé de ne pas consommer d'alcool.

D'une façon générale, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas de : conduite automobile, manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.), pratique de sports à risque, consommation de certains médicaments et de l'existence de certaines pathologies.

1.3. Evolution de la consommation d'alcool

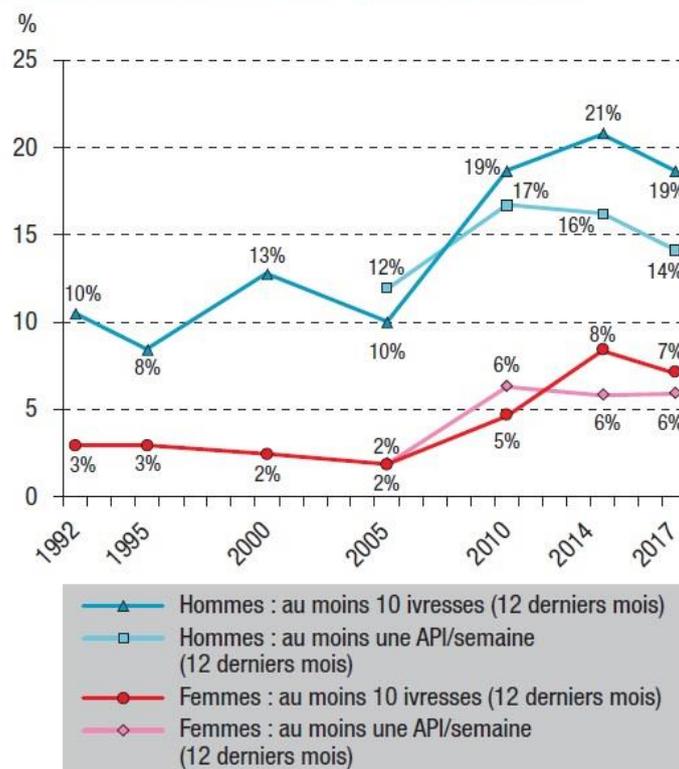
La consommation d'alcool en France a considérablement baissé au cours des 60 dernières années. Selon ce rapport de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) (2), un français consommait en moyenne 11.7 litres d'alcool pur par an en 2017 (soit 2.56 verres standards par jour), contre 26 litres en 1961. Cette baisse spectaculaire est principalement liée à la baisse de la consommation de vin de table au quotidien.

Le "binge drinking" est une pratique apparue au milieu des années 2000, qui a fortement progressé par la suite dans la population jeune, notamment chez les 15-25 ans. Il s'agit d'un mode de consommation excessif de boissons alcoolisées sur une courte période de temps (par épisodes ponctuels ou répétés) dans lequel l'état d'ivresse est recherché rapidement. Selon l'institut national américain sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (NIAAA) (3) il s'agit de la consommation d'au moins 6 unités alcool (française) en moins de deux heures. En France le terme d'"alcoolisation ponctuelle importante (API)" est également utilisé même s'il n'est pas strictement synonyme. Il correspond à la consommation de plus de 5 verres d'alcool au cours d'une même occasion.

Entre 2005 et 2014, cela s'est traduit par une augmentation de la part des 18-24 ans ayant connu une ivresse dans l'année de 33 à 46 %, et par un quasi-doublement de ceux en ayant connu trois dans l'année en passant de 15 % à 29 % (4). La **figure 2** montre les tendances

d'ivresses et d'API régulières entre les années 1992 et 2017. Cette courbe a connu une forte progression entre 2005 et 2014 puis un léger infléchissement entre 2014 et 2017.

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

Ces études nous renseignent sur le niveau des consommations et leur évolution, mais ne nous renseignent pas sur l'impact de ces modes de consommation sur la santé.

1.4. Le binge drinking : profil des consommateurs (5)

Ce mode de consommation s'observe majoritairement chez les plus jeunes notamment les étudiants : 14 % des 15-24 ans, 10 % des 25-34 ans, et 6 % des 35-44 ans s'y sont adonnés au cours de l'année.

Les garçons sont plus concernés par ce phénomène, bien que les filles aient tendance à les rattraper.

Il s'agit souvent de poly-consommateurs, c'est-à-dire que l'alcool est l'un des produits consommés parmi d'autres (tabac, cannabis, médicaments...).

Selon l'INSERM, il y aurait des facteurs qui augmenteraient le risque d'entrer dans ce type de pratique, tels que :

- Recherche de sensations et de nouveauté,
- Impulsivité et faible capacité d'auto-contrôle,
- Consommation pour gérer ses émotions et ses problèmes (principalement chez les adolescentes),
- Consommation excessive des pairs,
- Relation conflictuelle avec les parents (ou leur « laisser-faire »).

Les influences psychosociales semblent déterminantes dans les usages et les conduites à risques des jeunes (sociabilité et la volonté d'appartenance au groupe). Les jeunes consomment à l'excès pour tester leurs limites, les limites du corps social, mais aussi pour réguler les tensions sociales et les angoisses. La pression sociale au sein du milieu étudiant prévaut sur l'influence parentale et maintient le *binge drinking* comme un rite d'appartenance et de reconnaissance : les *binge drinkers* sont valorisés et reconnus. Pour beaucoup, il s'agit d'atteindre l'ivresse voire dans certains cas extrêmes le coma éthylique le plus rapidement possible.

1.2.L'alcool et ses effets aigus sur la santé

1.2.1.Physiologie, absorption de l'alcool et métabolisme

Une fois ingéré l'alcool est rapidement absorbé par l'intestin grêle. La présence ou non d'aliments dans l'estomac modifie son absorption. En effet, l'individu à jeun ne présentera aucun obstacle de type solide entre l'éthanol et la paroi digestive. Ainsi l'alcool est absorbé environ 30min après son ingestion dans l'organisme et jusqu'à 90 min chez l'individu estomac plein (6).

Une fois l'alcool passé dans le sang, il est emmené vers le foie via la veine porte. Ce dernier va métaboliser une partie de l'éthanol ingéré (principalement par la voie de l'alcool déshydrogénase) mais pas la totalité. La partie non métabolisée remonte donc vers le cœur puis est distribuée à l'ensemble des organes, et en particulier au cerveau où l'action de l'éthanol se répercute sur le système de neurotransmission.

1.2.1. Les effets immédiats de l'alcool sur l'organisme (7)

Nous traiterons ici des effets habituels décrits pour un adulte de 70 Kg en fonction du taux d'alcool dans le sang.

Entre 0,2 g/L et 0,5 g/L :

- Légère diminution de l'acuité visuelle et auditive
- Relâchement de l'attention, de la concentration et augmentation du temps de réaction
- La désinhibition et la surestimation de soi augmentent. L'esprit critique et la capacité de jugement sont altérés, la propension à prendre des risques augmente dès 0,5 g/L
- Troubles de l'équilibre
- A 0,5g/L : probabilité d'accident de la voie publique déjà multipliée par deux

Entre 0,5 g/L et 1 g/L :

- Le champ de vision se rétrécit, euphorie, en plus des éléments précédents qui se majorent.

Entre 1 g/L et 2 g/L : stade de l'ivresse

- Confusion, troubles du langage, de l'orientation en plus des éléments précédents qui se majorent.

Entre 2 g/L et 3 g/L : stade de la torpeur

- Capacité de réaction quasiment inexistante
- Troubles de la mémoire, de la conscience, confusion
- Vomissements

A partir de 3 g/L et au-delà : stade du coma.

- À partir de 3,0 g/L : perte de conscience, amnésie, respiration faible, baisse de la température, perte des réflexes.
- À partir de 4,0 g/L : paralysies, coma avec perte des réflexes, mictions involontaires, arrêt respiratoire et décès.

Les indications ci-dessous à propos des effets de l'alcool et l'alcoolémie s'appliquent aux adultes et doivent être considérées uniquement comme des points de référence. La manière dont un taux d'alcool donné se manifeste concrètement varie d'une personne à l'autre. Chez les jeunes, on doit s'attendre à des altérations à des taux nettement moins élevés.

1.2.2.Morbidité aigue liée à l'alcool

Les principales complications de l'intoxication éthylique aiguë (IEA) sont : le coma avec risque d'inhalation, les convulsions, les troubles du rythme supraventriculaire, l'hypothermie, les hypoglycémies, l'acidocétose alcoolique, l'hépatite alcoolique aiguë, la pancréatite aiguë, l'accident vasculaire cérébral hémorragique, la rhabdomyolyse, les décompensations psychiatriques. On peut y associer l'ensemble des traumatismes secondaires à l'alcoolisation aiguë : traumatismes crâniens, plaies, fractures et autres contusions (8).

1.2.3.Mortalité liée à l'alcool

D'après le rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2018 (9), l'alcool est responsable de 3 millions de décès chaque année dans le monde soit 1 décès sur 20 (globalement 30 % liée à une alcoolisation aiguë et 70 % à une alcoolisation chronique). Ces décès touchent particulièrement la tranche des 20-34 ans avec près de 25% du nombre total de décès attribuables à l'alcool en Europe.

En France, l'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. On estime que l'alcool est responsable de 41 000 décès en 2015 (10) (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. Chez les sujets jeunes, l'alcool serait responsable de 22 % des décès chez les 15-34 ans, proportion qui tend à diminuer avec l'âge (11).

Selon l'Observatoire Nationale Interministériel de la Sécurité Routière (ONISR) (12), l'alcool serait impliqué dans près de 25 % des accidents de la voie publique (AVP) mortels dans la tranche des 18-35 ans.

1.2.4.L'alcool aux urgences

Au niveau international, une méta analyse américaine (13) rapporte que l'alcool serait responsable de 22% des consultations dans les services d'urgences. Une étude anglaise (14) a retrouvé que 29% des entrées dans les services d'urgences concernaient un problème d'alcool.

Une étude rétrospective française de 2011 (15), se basant sur la cotation des consultations aux urgences en France, montrait que l'intoxication éthylique aiguë représentait 1 % seulement des consultations totales, mais ce chiffre grimpeait à 17 % dans la catégorie des 15-24 ans. Les

variations saisonnières faisaient apparaître deux pics dans l'année, un en juin et un en octobre avec un niveau de recours constant au cours du mois et une augmentation très marquée les week-ends.

Selon une autre étude, en 2012, plus de 580 000 séjours en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) ont été induits par l'alcool soit 2,2% des séjours ; en psychiatrie, 10,4% du total des journées d'hospitalisations lui sont liées et 3,7% des actes ambulatoires ; en SSR, 5,6% de l'activité totale est liée à l'alcoolisation excessive (16).

Bien entendu, l'alcool tient une place importante en traumatologie, où 16% des admissions seraient en lien avec une consommation d'alcool (17), voire 40% pour les admissions récurrentes (18). Une majorité des chutes, en particulier chez les jeunes, y seraient liées (19), de même concernant des faits de violence ou des accidents de la voie publique. L'alcool est impliqué dans 60 % des agressions envers le personnel soignant (20).

En France, l'alcool 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) (21,22).

Enfin, tout le monde s'accorde pour dire que l'alcool représente un coût important aux urgences (23).

A Bordeaux, il n'y a pas de chiffres connus sur les consommations aiguës d'alcool précédentes les consultations aux urgences. Mais une étude sur le site de Saint-André en 2005 (24) montrait que 41% des patients avaient une consommation problématique et que 17% des patients avaient une alcoolodépendance. Le problème a particulièrement été identifié chez les jeunes (25), avec 57% des 15-25 ans ayant une consommation nocive.

1.3.Construction de l'étude commune

Cette thèse s'intègre dans un projet collaboratif de cinq thèses de médecine générale. Elle soulève différents questionnements autour de la consommation d'alcool chez les jeunes adultes consultant aux urgences du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux. Le but est d'améliorer les connaissances sur cette consommation afin de mieux prévenir les risques. L'étude s'articule autour d'un questionnaire commun concernant l'alcool chez les adultes de 18 à 35 ans dont les réponses ont été recueillies par les cinq thésards pendant 14 jours et 14 nuits aux urgences des sites Pellegrin et Saint André du CHU de Bordeaux.

Le questionnaire commun a été réalisé ainsi (**Annexe 1**) :

- Les 3 premières questions portent sur la consommation d'alcool dans les dernières 24h et si le patient pense que cette consommation est responsable de sa venue aux urgences.

- Les questions 4 et 5 portent sur la dernière consommation d'alcool et son contexte social ainsi que le moment de la journée où le patient a consommé. La question 6 concerne la consommation de tabac et stupéfiants dans les dernières 24 heures.

- Les questions 7 et 8 interrogent sur le temps écoulé entre la dernière consommation d'alcool et l'arrivée aux urgences ainsi que le temps écoulé entre l'apparition des symptômes ayant conduit aux urgences et l'arrivée aux urgences.

- La question 9 porte sur la commune de consommation, ainsi que les quartiers le cas échéant (pour les communes de Bordeaux, Mérignac, Pessac et Talence).

- Les questions 10 et 11 concernent le lieu de résidence.

- Les questions 12 à 14 interrogent sur la situation socioprofessionnelle, le statut matrimonial et le nombre d'enfant.

- Les questions 15 et 16 portent sur les antécédents psychologiques du patient et sur sa consommation de psychotrope.

- Les questions 17 à 19 sont celles du score AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise) qui a prouvé son efficacité pour le dépistage de troubles liés à l'usage d'alcool (26). Un score supérieur à 3 pour les femmes ou supérieur à 4 pour les hommes est synonyme de consommation à risque. Un score supérieur à 10 suggère une probable dépendance quel que soit le sexe (**Annexes 2**).

- Les questions 20 à 34 sont les questions de l'échelle Rivermead pour la recherche du syndrome post-commotionnel.

- En fin de questionnaire, le diagnostic retenu était noté, à partir duquel le score AIS (Abbreviated Injury Scale) était extrapolé pour les traumatismes uniquement. Ce score permet d'évaluer leur gravité.

- Les dates et heures d'entrée et sortie étaient également précisées afin de calculer les temps

de passage, ainsi que le moyen de transport pour la venue aux urgences.

Au total, le questionnaire était réalisable en 5 minutes environ.

1.4.Objectifs de l'étude

Les différentes questions de thèse développées par les autres thésards étaient :

- Quelle est la proportion d'alcoolisation chez les jeunes adultes de 18-35 ans se présentant aux urgences pour un motif médico-chirurgical sur les sites du CHU de Pellegrin et Saint-André ? par Ronan Voisin.
- Dans quelles principales zones géographiques de Bordeaux Métropole résident les jeunes de 18 à 35 ans consultant aux urgences Pellegrin et Saint André du CHU de Bordeaux dans les 24h suivant une consommation d'alcool ? par Anaïs Davignon
- Quelle est la proportion de syndrome post-commotionnel ou symptômes équivalents selon la consommation d'alcool, chez les 18-35 ans consultant aux urgences de Pellegrin et Saint André du CHU de Bordeaux ? par Julien Dassé.
- Existe-t-il un impact de la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives sur la survenue et sur la gravité des lésions traumatiques chez les jeunes consultants aux urgences de Pellegrin et Saint André à Bordeaux ? par Christine Bonhomme.

La question de recherche de cette thèse était :

Quelle proportion de consultations aux urgences des jeunes adultes de 18 à 35 ans sur les sites du CHU de Pellegrin et Saint-André est imputable à une alcoolisation récente ?

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la proportion de consultations aux urgences des sites Pellegrin et Saint André du CHU de Bordeaux des jeunes adultes de 18-35 ans imputables à une alcoolisation récente.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- d'identifier les facteurs sociaux et de consommation les plus fréquemment rencontrés lorsque les patients consultent à cause d'une alcoolisation récente,
- d'identifier le type de pathologies les plus fréquemment liées à une alcoolisation récente (traumatique, médicale ou psychiatrique),
- d'observer s'il existe une différence entre l'imputabilité documentée et l'imputabilité ressentie par les patients,
- d'identifier les jours de la semaine où l'alcool a le plus de responsabilité dans la venue des patients aux urgences.

II.MATERIELS ET METHODES

2.1.Type d'étude

Une étude observationnelle descriptive transversale, avec un recueil de données mixte a été réalisée. Elle comportait un recueil prospectif sur deux semaines au moyen d'hétéro-questionnaires, associé à une analyse rétrospective des dossiers médicaux par deux relecteurs.

2.2.Population

Les patients inclus étaient les personnes âgées de 18 à 35 ans consultant aux urgences des sites Pellegrin et Saint André du CHU de Bordeaux. Les critères d'exclusion étaient le refus du patient de participer, l'impossibilité d'interroger le patient pour des raisons de santé (inconscience, confusion) ou de barrière de la langue.

2.3.Recueil de données

2.3.1.Questionnaire

Le recueil de données s'est déroulée du 24 septembre au 8 octobre 2018, 24h sur 24, soit 14 jours et 14 nuits. Les données ont été recueillies grâce à un hétéro-questionnaire utilisé par les cinq médecins investigateurs de l'étude sur un roulement de 8h par personne. La tranche horaire de 00h à 8h était systématiquement réalisée aux urgences Pellegrin en raison d'un nombre de passages nocturnes plus important. Les sites de recueil pour les tranches horaires de 8h à 16h et de 16h à 00h étaient répartis aléatoirement par randomisation.

Les données du questionnaire qui intéressaient cette étude étaient la consommation d'alcool déclarée au cours des dernières 24 heures, la responsabilité ressentie par le patient de l'alcoolisation dans son passage aux urgences, les facteurs sociaux-professionnels et la présence de co-consommation de substances toxiques. Le score AUDIT-C était intégré au questionnaire afin de connaître les habitudes de consommation des patients.

2.3.2.Analyse des dossiers médicaux

Les dossiers médicaux des personnes ayant déclaré une consommation d'alcool depuis moins

de 24 heures ont été étudiés a posteriori par deux relecteurs (mon directeur de thèse et une autre personne extérieure à l'étude). Il s'agissait de déterminer si chaque consultation aux urgences était due, en partie ou en totalité, à une alcoolisation récente, ou si elle ne l'était pas. Pour cela l'examineur pouvait consulter l'histoire clinique, la quantité d'alcool que le patient avait déclaré consommer et le diagnostic final retenu.

2.4. Analyse statistique

Différentes caractéristiques ont été comparées entre le groupe de consultations « imputables à une alcoolisation récentes » et le groupe de consultations « non imputables à une alcoolisation récente ».

Dans un premier temps, une analyse univariée a été réalisée. Les variables qualitatives étaient représentées en effectifs et pourcentages et comparées à l'aide du test exact de Fisher. Le risque de première espèce (seuil alpha) a été fixé à 5% pour toutes les analyses. Les variables quantitatives ont été représentées en médianes et étendues interquartiles. Elles étaient comparées à l'aide du test de Wilcoxon.

Dans un second temps les analyses multivariées ont été 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.

L'ensemble des analyses a été réalisée avec le logiciel R version 3.6.1 (2019-07-05).

2.5. Critère de jugement principal

Il s'agissait du pourcentage de consultations aux urgences imputables à une alcoolisation récente, concernant les patients âgés de 18 à 35 ans se présentant aux urgences des sites Pellegrin et Saint-André du CHU de Bordeaux.

2.6. Critères de jugement secondaires

Il s'agissait d'identifier les facteurs associés au risque accru de venir aux urgences à cause de l'alcool, comme certains facteurs socio-professionnels, la quantité d'alcool consommée, les types de pathologies (médicales, traumatiques ou psychiatriques) et certains jours de la semaine. Il s'agissait également de mesurer le taux de consultations pour lesquelles les

patients reconnaissent eux-mêmes la responsabilité d'une alcoolisation récente dans leur venue.

2.7. Mesures éthiques et réglementaires

Cette étude a été soumise à un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) sous la référence ID RCB : 2018-A000190-55 et l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) après un engagement de conformité au protocole MR-003.

III. RESULTATS

Sur la période allant du 24 septembre 2018 au 8 octobre 2018, 518 patients ont été inclus dans l'étude. La **figure 3** présente les étapes de sélections.

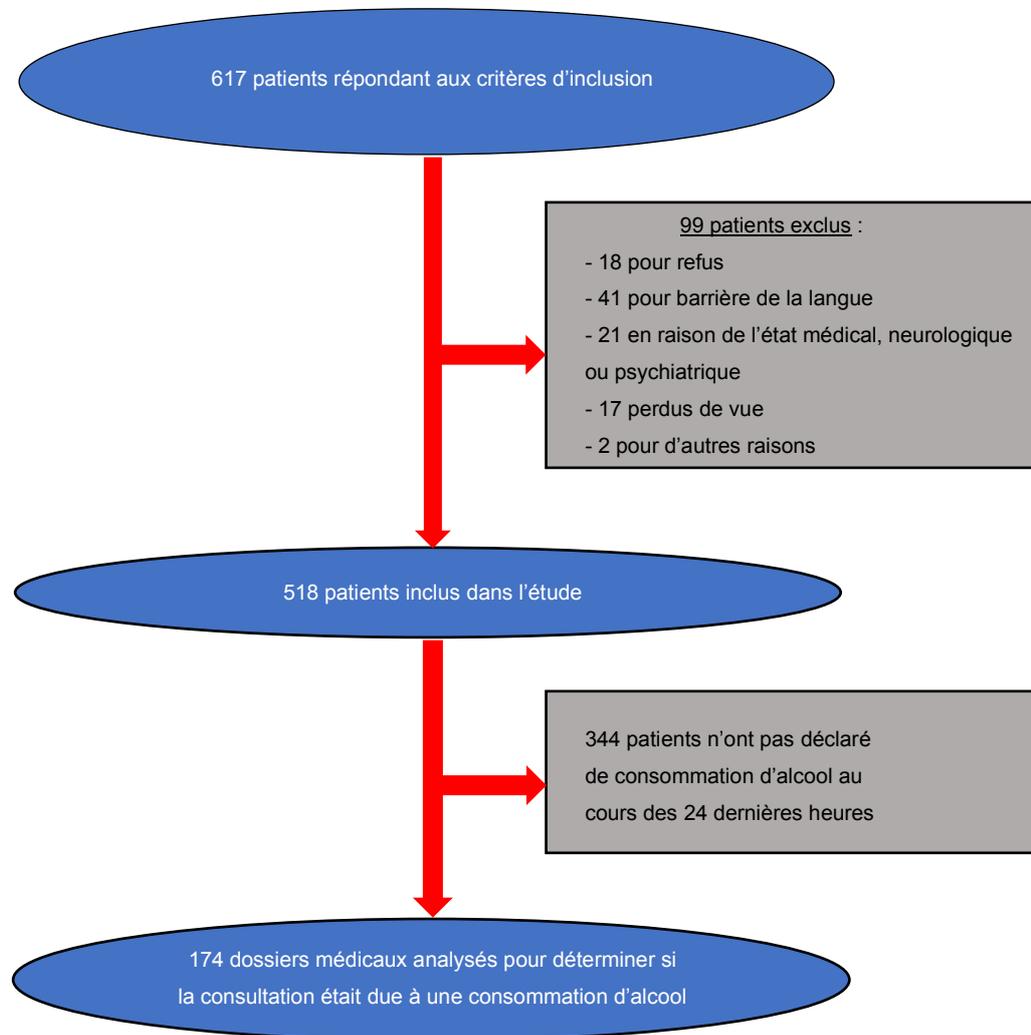


Figure 3 : Diagramme de flux de la sélection des patients

3.1. Description de la population

La médiane d'âge des patients étudiés était de 25 ans. Sur les 518 patients inclus, 247 était des femmes soit 47.68%. 398 des passages aux urgences, soit 77%, avaient lieu sur le site Pellegrin, contre 120 sur le site Saint-André. Il y avait 161 étudiants, 142 employés, 105 sans-emplois, 73 ouvriers/artisans et 36 cadres (**tableau I**).

268 patients (52%) venaient pour un motif médical, 214 (41%) pour un motif traumatique et 36 (7%) pour un motif psychiatrique.

De manière générale, 93 patients sur les 518 (18%) ne consommaient jamais d'alcool.

Au cours des dernières 24 heures précédant leurs passages aux urgences, 47% avaient consommé du tabac et 13% du cannabis.

Au cours des 24 heures précédant leurs passages aux urgences, 174 patients sur 518 (34%) ont déclaré avoir consommé de l'alcool. 40 (23%) avaient consommés moins de deux verres, 54 (31%) avaient consommé entre 2 et 5 verres, et 80 (46%) avaient consommés au moins 6 verres.

3.2.Résultat principal

Sur les 518 passages aux urgences des patients de 18 à 35 ans, 95 étaient imputables, en partie ou en totalité, à une alcoolisation aigue. Cela représente 18.34% des consultations dans cette tranche d'âge.

3.3.Résultats secondaires

Parmi les 95 passages aux urgences imputables à une alcoolisation aigue, 52 patients ne reconnaissaient pas la responsabilité de l'alcool dans leur venue aux urgences soit 55 %. Par ailleurs 12 personnes reconnaissaient venir à cause de l'alcool, alors que leur passage n'avaient pas été reconnu imputable à l'alcool par les experts.

Parmi ces passages imputables à une alcoolisation aigue, 68% des patients étaient des hommes, 61% étaient célibataires, 84% sans enfant, 46% avaient entre 18 et 25 ans. 39% étaient étudiants, 22% étaient ouvriers/artisans et 18% étaient sans emploi. 61% avaient consommé récemment plus de 5 verres et 80% consultaient pour un motif traumatique. Sur les habitudes de consommation, 89% consommaient avec d'autres personnes, plutôt dans un lieu convivial (44%), entre 20h et 00h (69%) ou entre 00h et 08h (35%). Ils consommaient du tabac (73%) et du cannabis (22%). Sur les API, 33% déclaraient en avoir 1 fois par mois, 25% une fois par semaine et 8% chaque jour ou presque.

En analyse univariée (**tableau I**), plusieurs caractéristiques étaient significativement associées

à un risque accru de venir aux urgences à cause d'une alcoolisation aiguë.

Les patients consultant sur le site Saint-André avaient plus de risque de venir à cause de l'alcool (OR 1.9 ; $p = 0.01$), d'autant plus si ils étaient transportés par les pompiers ($p < 0.001$). Les pathologies traumatiques étaient secondaires à une alcoolisation récente dans 36% des cas, soit une association très significative ($p = 0.003$) contre 15% pour les pathologies médicales et 5% pour les pathologies psychiatriques. Certains mécanismes traumatiques étaient étroitement liés à une consommation d'alcool : la chute, l'agression et l'accident de la voie publique ($p < 0.001$), comme le montre la **figure 4**.

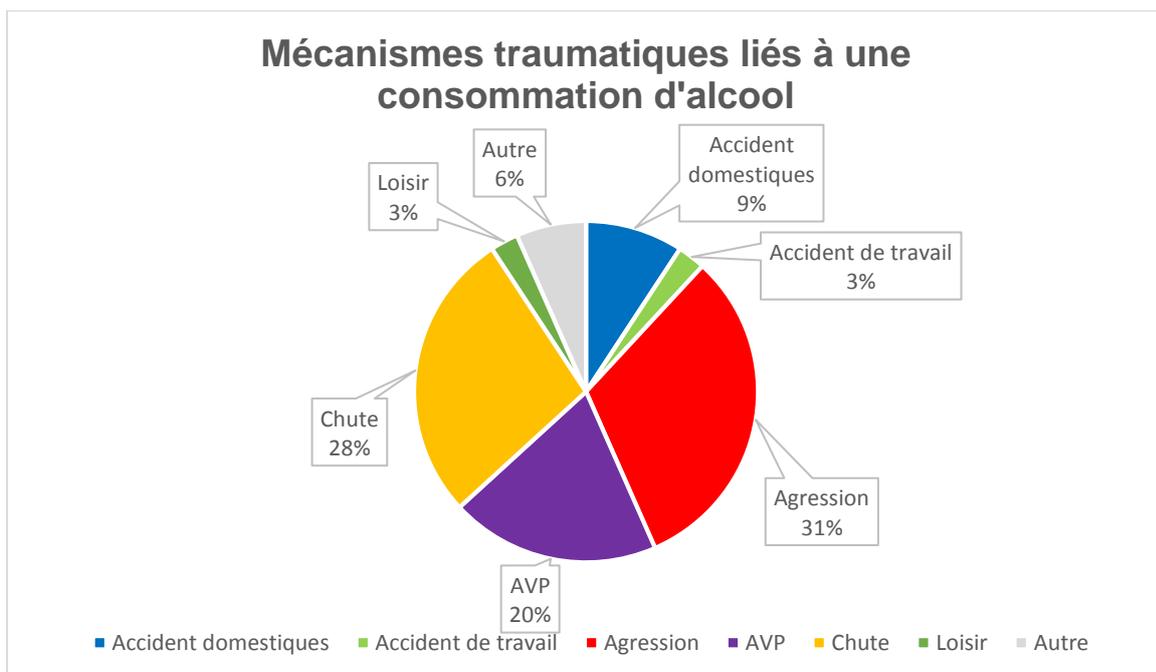


Figure 4 : Répartition des mécanismes traumatiques chez les personnes venant à cause de l'alcool (n=95)

Sur le plan sociologique, les hommes (OR 2.28 ; $p < 0.001$), les personnes célibataires (OR 1.39 ; $p = 0.008$) et les personnes sans enfants (OR 1.96 ; $p = 0.03$) avaient plus de risque de venir à cause d'une alcoolisation récente. Certains statuts professionnels étaient significativement liés au fait de venir à cause de l'alcool : les étudiants et les ouvriers/artisans ($p = 0.0036$). A l'inverse, les personnes employées ou sans emploi avaient moins de risque de consulter à cause de l'alcool.

Concernant les modes de consommations (**tableau II**), parmi les buveurs récents, le fait de

consommer dans un lieu convivial (OR 2.37 ; p = 0.01), entre 00h et 8h (OR 3.49 ; p = 0.001), et en quantité importante (supérieure à 5 verres) (**figure 5**) augmentait significativement le risque de consulter à cause de l'alcool. A l'inverse, consommer à domicile (OR 0.45 ; p = 0.032) ou au travail (OR 0 ; p = 0.016) était associé à un faible risque de consulter à cause de l'alcool. Il n'y avait pas de différence significative pour le fait de consommer seul ou à plusieurs, ni sur le fait de consommer dans un espace public.

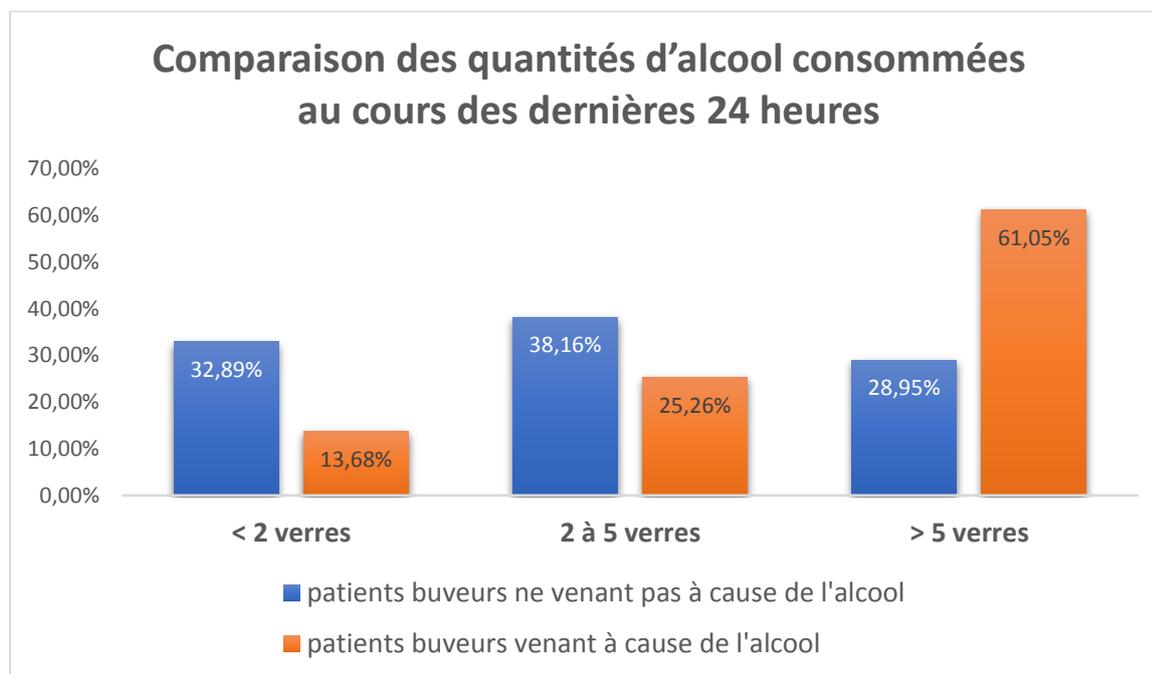


Figure 5 : Comparaison des quantités d'alcool consommées entre le groupe « buveurs consultant à cause de l'alcool » et « buveur ne consultant pas à cause de l'alcool »

Les personnes consultant à cause de l'alcool avaient une consommation à risque selon l'AUDIT-C dans 83% des cas et une probable dépendance dans 12% des cas. La **figure 6** permet de comparer les habitudes de consommation des deux groupes.

En analyse multivariée (**tableau III**) avec un modèle ajusté sur les facteurs professionnels et les mécanismes traumatiques, le sexe masculin n'était pas associé à un risque accru de consulter en lien avec une alcoolisation aiguë, mais un âge compris entre 26 et 35 ans l'était. Une consommation jugée à risque (OR 3.72) ou une probable dépendance (OR 4.65) selon le score AUDIT-C augmentaient significativement le risque de consulter à cause de l'alcool. Les consultations pour traumatismes étaient étroitement liées à une consommation d'alcool (OR 5.26). Les personnes transportées par les secours venaient plus souvent à cause d'une alcoolisation aiguë (OR 2.04).

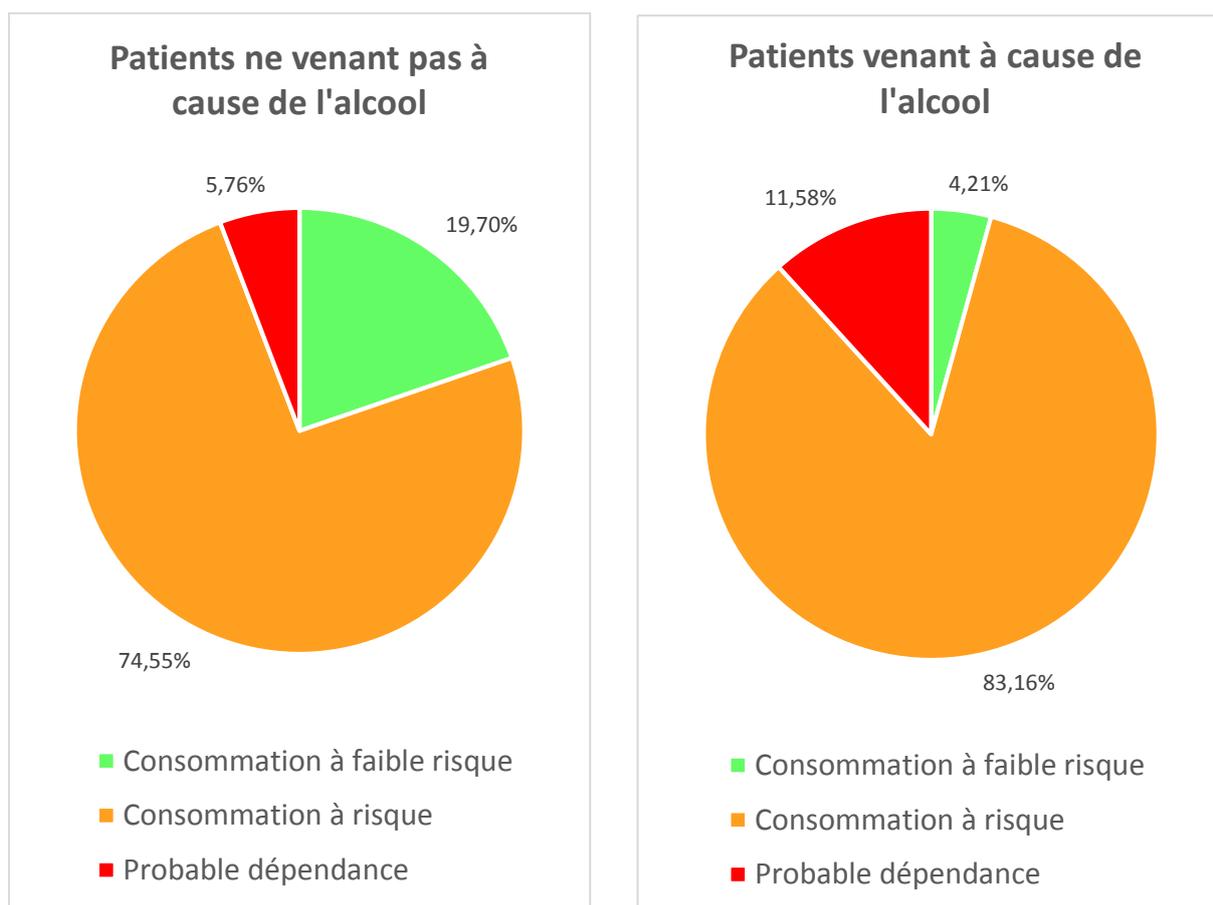


Figure 6 : Représentation des habitudes de consommations selon le score AUDIT-C

Enfin, certains jours de la semaine comportaient une surreprésentation de patients venant à cause de l'alcool, à savoir le samedi et le dimanche ($p = 0.0025$). La **figure 7** représente la proportion de passages imputables à une alcoolisation récente en fonction des jours de la semaine.

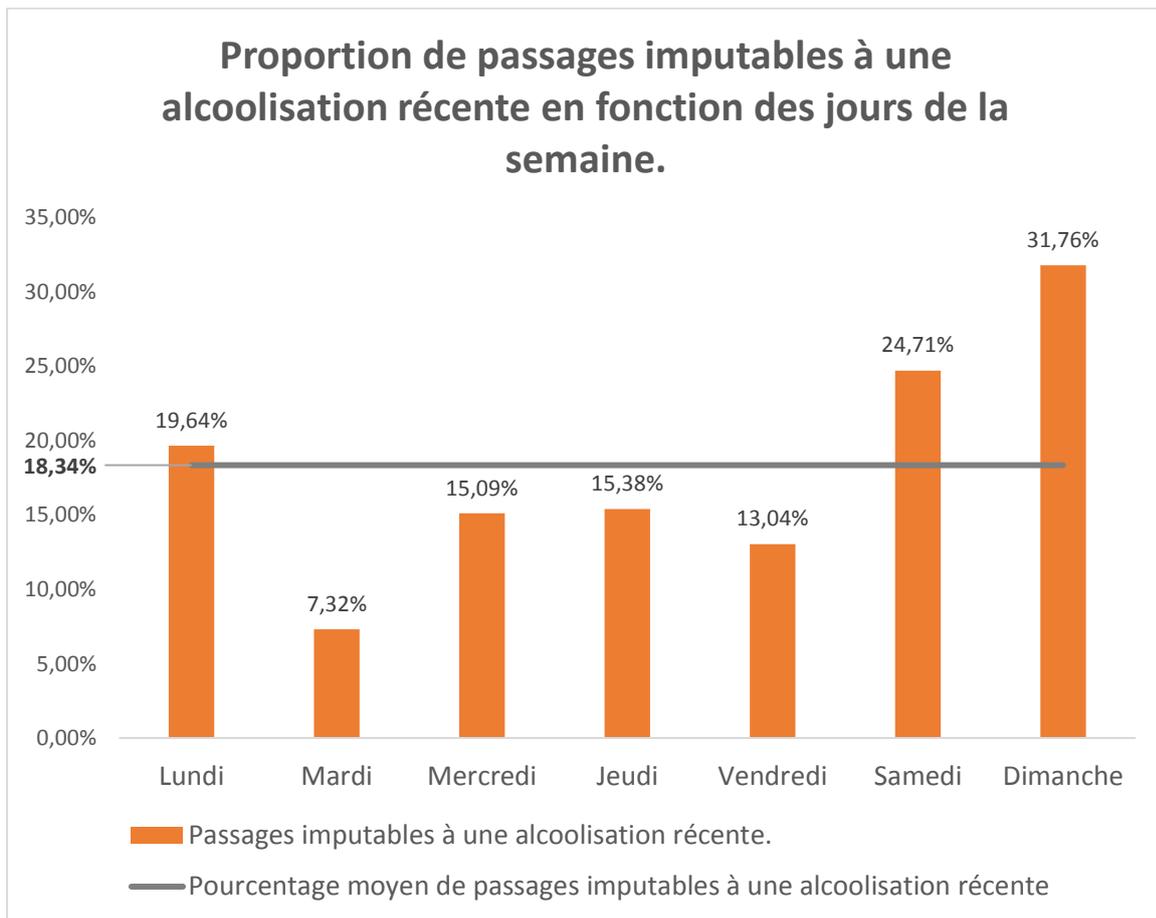


Figure 7 : Proportion de passages imputables à une alcoolisation récente en fonction des jours de la semaine.

IV. DISCUSSION

4.1. Comparaison avec la littérature et analyse des principaux résultats

Cette étude a montré que l'alcool était impliqué dans la venue de 18.34% des jeunes patients de 18 à 35 ans, soit quasiment un sur cinq. Si l'on additionne les 95 passages reconnus imputables par les experts aux 12 passages non jugés imputables mais où les patients avaient reconnu la responsabilité de l'alcool dans leur venue, on arrive même à un chiffre de 107 passages en lien avec l'alcool soit 20.66% de l'ensemble. Il s'agit de chiffres proches de celui retrouvé dans cette étude française de 2011 (15), où une intoxication éthylique aigüe était présente chez 17 % des jeunes de 18 à 25 ans aux urgences. Des études étrangères avançaient le chiffre de 22% (13), de 29% (14) ou de 30% (43), mais sans tenir compte de l'âge des patients ou du caractère uniquement aigüe de la consommation, expliquant une proportion plus importante. Ce résultat ne fait que renforcer l'idée que les alcoolisations aigües sont responsables d'un nombre conséquent de passages aux urgences et donc d'une morbidité importante chez les sujets jeunes. Néanmoins il ne nous renseigne pas sur les impacts à moyen et long terme de ces alcoolisations massives répétées. En effet le cerveau poursuit son développement et sa maturation jusqu'à 25 ans. De récentes recherches ont mis en évidence un impact sur le développement du cerveau de jeunes patients exposés à ce type de consommation (27-30).

Parmi ces jeunes patients alcoolisés, plus de la moitié (55%) ne reconnaissaient pas la responsabilité de l'alcool dans leur venue. C'est très proche du chiffre de 48% avancé par une étude anglaise (44). Cela correspond parfaitement aux effets aigus connus de l'intoxication éthylique (7), à savoir une altération du jugement et une surestimation de soi.

Des éléments ont été associés à un plus fort risque de consulter à cause d'une alcoolisation aigüe. Certains étaient associés aux caractéristiques du binge drinking : la quantité d'alcool consommée supérieure à 5 verres ; le fait de consommer dans un lieu convivial et de consommer entre 00h et 8h. D'autres renforcent le portrait des patients "binge drinker" : personnes célibataires, sans enfant, étudiantes ou exerçant comme ouvrier/artisan. L'analyse multivariée a montré que le fait d'être un homme n'était pas un facteur de risque en soi de consulter à cause de l'alcool, si on ajustait sur le statut professionnel et les mécanismes traumatiques. Cependant il faut nuancer cette analyse compte tenu des faibles effectifs composant les caractéristiques d'ajustement. Ainsi on peut quand même considérer que le fait d'être un homme augmente le risque de consulter à cause d'une alcoolisation aigüe.

De manière surprenante, en analyse multivariée, c'étaient les patients de plus de 25 ans qui venaient significativement le plus à cause d'une consommation d'alcool, ce qui rentrait en contradiction avec le profil consensuel des binge drinker (15-25 ans). Ce résultat est renforcé par la surreprésentation des personnes ayant moins de 26 ans (53%) alors que les deux tranches d'âge définies n'étaient pas équitables (8 ans pour les 18-25 ; 10 ans pour les 26-35). En outre le fait de consommer dans un espace public, pourtant caractéristique des binge drinker, n'était pas significatif pour le fait de venir en lien avec l'alcool. L'une des hypothèses que l'on peut avancer est que ces patients faisaient partie d'une « génération » de binge drinker ayant fait augmenter de manière importante les chiffres d'alcoolisations massives (ivresses et API) de 2005 à 2014 (4), ayant gardé les mêmes habitudes de consommation en prenant de l'âge, mais en modifiant leur lieux de consommation. En effet depuis 2014 (2,31) les API et les ivresses avaient tendance à légèrement diminuer, ce qui conforterait cette hypothèse. Des études complémentaires seraient néanmoins nécessaires pour explorer ces suppositions.

Parmi les patients consultant pour un motif traumatologique, une alcoolisation en a été jugée responsable dans 36 % des cas, avec une analyse multivariée renforçant ce résultat. Une méta-analyse américaine (17) avançait en 2015 le chiffre de 16%, ce qui est légèrement éloigné de notre résultat, mais la méthode utilisée (le calcul de la fraction attribuable) est différente de la nôtre.

Les mécanismes traumatiques les plus fréquemment liés à l'alcool étaient les chutes, les agressions et les accidents de la voie publique, ce qui concordait avec de nombreuses études (32,33). Le lien entre consommation d'alcool et gravité des blessures faisait l'objet d'une question spécifique au sein de notre étude commune.

L'alcoolisation était jugée responsable dans 15% des pathologies médicales et dans 5% des pathologies psychiatriques. Il est pourtant bien connu qu'il existe un lien étroit entre pathologie psychiatrique et alcoolisation (34,35), mais on peut expliquer ce faible pourcentage en précisant que la ville de Bordeaux dispose d'urgences psychiatriques sur le site Charles Perrens qui se trouve non loin des urgences Pellegrin. Bien que les patients aient besoin d'être dégrisés pour consulter à ces urgences, on peut quand même avancer qu'une proportion importante de ces consultations soient secondaires à l'alcool.

L'étude suggère que les alcoolisations aiguës surviennent fréquemment dans un contexte de consommations chroniques problématiques. En effet 94% des patients imputables présentaient un probable trouble lié à l'alcool : un usage à risque dans 83% des cas selon le score AUDIT-C et une probable dépendance dans 11% des cas. Cette problématique fait

l'objet d'un axe de recherche spécifique au sein de cette étude afin de mieux cerner le profil des consommateurs. Ceci implique de mettre en place un suivi spécifique pour ces patients, autant que faire se peut.

Enfin, les journées de la semaine comportant proportionnellement plus de lien avec l'alcool étaient sans surprise le samedi et le dimanche, correspondant donc aux alcoolisations de week-end (du vendredi soir au dimanche matin). On pouvait également noter un creux le mardi, en lien avec le côté peu festif du lundi soir.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude

Une de principales forces de ce travail est que le recueil de données 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. Cela permettait d'une part un recueil exhaustif (les personnes consultant la nuit n'étaient pas exclues de l'étude) et d'autre part un recueil de qualité. En effet tous les expérimentateurs avaient participé à l'élaboration du questionnaire et en maîtrisaient son contenu et ses objectifs. De plus les expérimentateurs pouvaient en temps réel s'assurer de la bonne compréhension des questions de la part des patients, ce qui n'aurait pas été possible au moyen d'un auto-questionnaire. Ce mode de recueil est théoriquement soumis à un biais de désirabilité sociale (faisant parti des biais de déclaration) avec une tendance à la sous-estimation des consommations déclarées (36). En réalité il est admis que les consommations déclarées dans le cadre d'études de recherche anonymes sont fiables (37-41).

Un autre point positif était le caractère multicentrique de l'étude qui permettait d'améliorer la représentativité de notre échantillon en élargissant le champ des pathologies et des catégories sociales rencontrées. Le site Pellegrin est connu pour accueillir proportionnellement plus de pathologies traumatiques que le site Saint-André. Le site Saint-André est connu pour accueillir une patientèle plus précaire que sur le site Pellegrin, notamment en raison de sa proximité du centre-ville et donc des personnes sans domicile fixe (SDF). La répartition sur les deux sites n'était pas homogène puisque toutes les nuits ont été effectuées à Pellegrin en raison d'un faible nombre de passage sur le site Saint-André. Les créneaux de journées (8h-16h et 16h-00h) étaient malgré tout répartis équitablement entre les deux sites au moyen d'une randomisation afin de limiter les biais de sélection. En effet les patients consultant en début de journée ne sont pas les mêmes et ne viennent pas pour les mêmes raisons que ceux venant en fin de journée.

Nous avons décidé de déterminer notre critère de jugement principal (le caractère imputable à l'alcool de chaque consultation) au moyen d'une analyse rétrospective des dossiers médicaux par des experts ce qui est une méthode originale n'ayant pas à notre connaissance été réalisée par ailleurs, mais qui comporte un certain nombre de biais. Son avantage était de juger avec un regard humain et médical si chaque consultation aux urgences étaient réellement liée, en partie ou en totalité, à une consommation récente d'alcool. Cela permettait de s'affranchir d'un calcul statistique de la « fraction attribuable à l'alcool », qui n'aurait probablement pas pu aboutir au vue du nombre relativement faible de sujets inclus. Le principal inconvénient de cette méthode était bien évidemment le manque de critères objectifs pour déterminer si oui ou non la consultation était imputable à l'alcool. Cela constituait un biais de mesure car la catégorisation des consultations selon les experts était souvent subjective et parfois délicate.

Le principal biais de notre étude reste la faiblesse relative des effectifs nous obligeant à nuancer certaines associations statistiques et ne nous ayant pas permis d'effectuer des analyses plus précises notamment concernant une classification plus rigoureuse des pathologies. Nous n'avons pas pu en effet mettre en évidence que certains motifs/diagnostics étaient souvent secondaires à une alcoolisation aigue comme les douleurs abdominales de lendemain de soirée ou les entorses de cheville secondaires aux déséquilibres.

Notre étude comporte un certain nombre de biais de sélection. Nous ne pouvons pas inclure les 14-17 ans, alors qu'une bonne partie d'entre eux sont déjà concernés par le problème d'alcoolisation massive dès le lycée. Il est connu que les personnes consultant aux urgences boivent statistiquement plus d'alcool que la moyenne (42). Notre échantillon n'était pas représentatif de la population moyenne des 18-35 ans. Les personnes recrutées étaient majoritairement de jeunes étudiants bordelais, ce qui ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats à la population de villes moins peuplées. Nous ne prenions pas en compte les patients admis aux urgences des hôpitaux privés de la ville. En outre, nous ne prenions pas en compte les patients admis directement en réanimation, alors qu'un certain nombre d'entre eux sont justement très alcoolisées (AVP, trouble de la conscience, crise d'épilepsie, etc.). Nous ne prenions pas en compte les patients consultant directement aux urgences cardiologiques ou psychiatriques. Enfin nous ne pouvons pas inclure les personnes ne parlant pas français, alors qu'il s'agit d'une population précaire, clairement plus touchée par l'alcoolisation. Il n'en demeure pas moins que notre étude est représentative de la population des 18-35 ans venant aux urgences du CHU de Bordeaux et apporte des enseignements utiles pour l'optimisation de leur prise en charge.

Il est possible que notre résultat principal ait été sous-estimé car nous avons vu un certain

nombre de patients consultant aux urgences mais avec un large retard depuis la consommation d'alcool et l'apparition des symptômes. Nous n'avions pas anticipé cela lors de la rédaction du questionnaire. Cela excluait d'emblée à tort certains patients de l'analyse rétrospective des dossiers médicaux et donc du critère de jugement principal car ils n'avaient en effet pas consommé les 24 heures précédant leur passage aux urgences. On peut considérer qu'il s'agit d'un biais de mesure.

V. CONCLUSION

L'alcool serait impliqué dans 18.34% des consultations aux urgences dans la population des 18-35 ans ce qui est un chiffre déjà important et probablement sous-estimé en raison de biais de sélection et de mesure au sein de cette étude. 80% de ces consultations avaient un motif traumatologique. Ces consommateurs partageaient majoritairement le profil consensuel du *binge drinker* : des hommes, célibataires, sans enfant, principalement étudiants, consommant massivement la nuit dans des lieux conviviaux.

Des actions de prévention et de dépistage seraient nécessaires pour limiter les conséquences de ces alcoolisations aiguës. Cela n'est pas chose aisée quand on sait que l'alcool est profondément inscrit dans la culture de la fête en France. Parmi les consultations imputables à l'alcool, plus de la moitié des patients ne reconnaissaient pas la responsabilité de l'alcool dans leur venue. Cela est peut-être la donnée la plus inquiétante car elle révèle à la fois une sous-estimation par les patients des risques encourus à consommer massivement de l'alcool, mais aussi car elle rend les actions de dépistage et de prévention délicates dans le cadre des services d'urgences. Le dépistage de consommations à risque aux urgences reste un élément important au vu de la prévalence de consommations à risque, même pour des patients a priori non alcoolisés, afin de proposer aux jeunes patients un parcours de prévention secondaire adapté, par exemple en les orientant vers leur médecin traitant. Une solution serait de sensibiliser les médecins généralistes à s'enquérir systématiquement des habitudes de consommations de ce type de patient, afin d'instaurer un dialogue et une prise de conscience de leur part. Une autre option pourrait être de mieux identifier géographiquement les lieux de consommations et surtout de résidence de ces consommateurs afin de déployer des campagnes de prévention mieux ciblées et en amont. Il s'agit de l'objectif d'une autre étude au sein de notre projet commun. De plus en plus développée, cette option de la réduction des risques et des dommages, objectif plus accessible, consiste à mieux encadrer les consommations en mettant en place des moyens, en proximité, pour protéger les consommateurs. On peut citer les Tendances Alternatives Festives (TAF) mises en place par l'ANPAA à Bordeaux, les lieux de dégrisement (sommibus...), les bus financés par les clubs, des associations de taxis dans des programmes ciblés, le capitaine de soirée, etc. Ces accompagnements solidaires sont aussi le moyen de sensibiliser les jeunes et de repérer ceux le plus en difficulté.

VI. BIBLIOGRAPHIE

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. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017.

2. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie. (page consultée le 17/09/2019). Alcool : évolution des quantités consommées par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961, [en ligne].

Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>

3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (page consultée le 17/09/2019). Drinking Level defined, [en ligne].

Disponible sur : <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>

4. Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions. 2015 Apr;(32):1-6

5. INSERM. (page consultée le 17/09/2019). Effets néfastes de l'alcool : impact du binge drinking sur le cerveau. 2014, [en ligne].

Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5966/?sequence=19>

6. Haber Ps. Metabolism of alcohol by the human stomach. Alcohol Clin Exp Res. 2000;24:407-8

7. Stop-alcool. (page consultée le 17/09/2019). Les effets immédiats de l'alcool sur l'organisme, [en ligne].

Disponible sur : <https://www.stop-alcool.ch/fr/l-alcool-en-general-2/une-substance-psychoactive/les-effets-immediats>

8. Sureau C, Charpentier S, Philippe JM, et al. Actualisation de la seconde conférence de consensus 1992 "L'ivresse éthylique aigue dans les services d'urgences". Société Française de Médecine d'Urgence; 2006.

Disponible sur :

https://www.sfmu.org/upload/consensus/Actualisation_consensus_ivresse__thylique_aigu__2006.pdf

9. Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 17/09/2019). Global status report on alcohol and health 2018, [en ligne].

Disponible sur : https://www.grea.ch/sites/default/files/alcool_oms_2018-eng.pdf

10. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):97-108.

11. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bull Epidémiol Hebd. 2013;(16-17-18):163-8.

12. Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière. (page consultée le 17/09/2019). Bilan définitif de l'accidentalité routière 2017. Sécurité routière | Tous responsables. 2018, [en ligne].

Disponible sur : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/espace-presse/publications-presse/bilan-definitif-de-l-accidentalite-routiere-2017>

13. Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. Addiction. 1993 Jul;88(7):923-37.

14. Malone D, Friedman T. Drunken patients in the general hospital : their care and management. Postgrad Med J. 2005;81:166-1.

15. Perrine AL, Develay AE. Recours aux urgences pour intoxication éthylique en France en 2011, L'apport du réseau Oscour®. BEH. 2013 May 7;(16-17-18):195-8.

16. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(24-25):440-9.

17. 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.

18. Nunn J, Erdogan M, Green RS. The prevalence of alcohol-related trauma recidivism: A systematic review. Injury. 2016 Mar;47(3):551-8.

19. 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.
20. 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.
21. Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Paris: MILDT; 2013.
22. Manoudi F, Chagh R, Es-soussi M, Asri F, Tazi I. Violence familiale. *Encephal*. 2013 Sep 14;39(4):271-7.
23. 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 Suppl 2:S46.
24. 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 de médecine générale]. Bordeaux: Faculté de médecine; 2008.
25. 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 alcoolique aiguë: étude de faisabilité à propos de 70 patients [Thèse d'exercice]. Bordeaux: Faculté de médecine; 2013.
26. Gache P et al. The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of the french version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(11):2001-07.
27. Cservenka A, Brumback T. The Burden of Binge and Heavy Drinking on the Brain: Effects on Adolescent and Young Adult Neural Structure and Function. *Front Psychol*. 2017 Jun 30;8:1111.
28. Maurage P, Pesenti M, Philippot P, et al. Latent deleteri-ous effects of binge drinking over a short period of time revealed only by electrophysiological measures. *J Psychiatry Neurosci* 2009;34(2):111-8.

29. Houlé K, Abdi M, Clabough EBD. Acute ethanol exposure during late mouse neurodevelopment results in long-term deficits in memory retrieval, but not in social responsiveness. *Brain Behav.* 2017 Mar 21;7(4):1-9.
30. Goldstein A, Déry N, Pilgrim M, Ioan M, Becker S. Stress and binge drinking: A toxic combination for the teenage brain. *Neuropsychologia.* 2016 Sep;90:251-60.
31. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. (page consultée le 06/09/2019). Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Fev 2018, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Falcheri J-P. Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Rev Med Suisse.* 2011;7:1462-5.
36. Davis CG, Thake J, Vilhena N. Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addict Behav.* 2010 Apr;35(4):302-11.
37. 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.
38. 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.
39. May PA, Hasken JM, De Vries MM, 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.

40. Simon 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.

41. 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.

42. 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.

43. R. Touquet, A. Brown. PAT - Revisions to the Paddington Alcohol Test for early identification of alcohol misuse and brief advice to reduce emergency department re-attendance. *Alcohol Alcohol*. 2009 Mar 27;44(3):284-286

44. Hoskins R, Bengner J. What is the burden of alcohol-related injuries in an inner city emergency department? *Emerg Med J*. 2013 Mar 1;30(3):21.

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire

Centre de recueil : <input type="checkbox"/> Pellegrin	<input type="checkbox"/> Saint André
Numéro d'inclusion :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> 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 2 : le score AUDIT-C

Le questionnaire AUDIT-C

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

- (0) Jamais
- (1) 1 fois par moi ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) Au moins 4 fois par semaine

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

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

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

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

Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score ≥ 10 dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

Tableau I : Répartition des consultations imputables ou non à une alcoolisation récente, selon les paramètres étudiés sur la population entière.

		Population		Critère de jugement « imputable à l'alcool »		Critère de jugement inverse		p
		n	%	n	%	n	%	
Population totale		518	100	95	18.34	423	81.66	
Variables								
Site	Pellegrin	398	76.83	63	66.32	335	79.20	0.0102
	Saint-André	120	23.17	32	33.68	88	20.80	
Sexe	Homme	271	52.32	65	68.42	206	48.70	< 0.001
	Femme	247	47.68	30	31.58	217	51.30	
Age	18-25	274	52.90	51	53.68	223	52.78	0.90
	26-35	244	47.10	44	46.32	200	47.28	
	(Med[EIQ] En année	25	[21;30]	25	[21;29.5]	25	[21;30]	0.94
Alcoolisation récente	Oui	174	33.59	95	100	79	18.68	
	Non	344	66.41	0	0	344	81.32	
Quantité bue	< 2 verres	40	7.72	13	13.68	27	6.38	< 0.001
	2 à 5 verres	54	10.42	24	25.26	30	7.09	
	> 5 verres	80	15.44	58	61.05	22	5.20	
Lien ressenti avec l'alcool	Oui	55	10.62	43	45.26	12	2.84	< 0.001
	Non	463	89.38	52	54.74	411	97.16	
Conso OH en général	Oui	425	82.05	94	98.95	331	78.25	< 0.001
	Non	93	17.95	1	1.05	92	21.75	
Contexte alcoolisation	Seul	38	7.36	10	10.64	28	8.19	0.53
	Avec d'autre	386	74.52	85	89.47	301	88.01	0.85
	A domicile	102	19.69	17	17.89	85	24.78	0.17
	Espace publique	44	8.49	16	16.84	28	8.16	0.019
	Lieu convivial	160	30.89	42	44.21	118	34.40	0.092
	Chez des amis	99	19.11	20	21.05	79	23.10	0.78
	Au travail	10	1.93	0	0.00	10	2.92	0.12
	Autre	31	5.98	8	8.51	23	6.71	0.30
Horaire de consommation	00h - 8h	69	13.32	33	34.74	36	10.50	< 0.001
	8h - 12h	4	8.49	1	1.05	3	0.88	1
	12h - 14h	32	6.18	11	11.58	21	6.12	0.0773
	14h - 17h	15	2.90	5	5.26	10	2.92	0.33
	17h - 20h	97	18.73	19	20.00	78	22.74	0.67

	20h - 00h	311	60.04	66	69.47	245	71.43	0.70
Co- consommation	Oui	259	50.00	70	73.68	189	44.68	< 0.001
	Non	259	50.00	25	26.32	234	55.32	
	Tabac	244	47.10	69	72.63	175	41.37	0.0769
	Cannabis	67	12.93	21	22.11	46	10.87	0.42
	Stimulants	12	2.32	4	4.21	8	1.89	0.73
	Opiacés	12	2.32	1	1.05	11	2.60	0.19
	Hallucinogènes	4	0.77	1	1.05	3	0.71	1
	Tranquillisants	13	2.51	2	2.11	11	2.60	0.52
Heure du dernier verre	< 1h	7	1.35	5	5.26	2	0.47	0.0005
	1 à 2h	15	2.90	10	10.53	5	1.18	
	2 à 4h	22	4.25	12	12.63	10	2.36	
	4 à 6h	14	2.70	10	10.53	4	0.95	
	6 à 12h	28	5.41	21	22.11	7	1.66	
	12 à 24h	85	16.41	35	36.84	50	11.82	
	> 24 h	254	49.03	0	0.00	254	60.05	
Heure apparition symptôme	< 1h	46	8.89	18	18.95	28	6.62	< 0.001
	1 à 2h	54	10.42	15	15.79	39	9.22	
	2 à 4h	55	10.62	13	13.68	42	9.93	
	4 à 6h	47	9.07	13	13.68	34	8.04	
	6 à 12h	38	7.34	12	12.63	26	6.15	
	12 à 24h	50	9.65	15	15.79	35	8.27	
	> 24h	224	43.24	8	8.42	216	51.06	
Profession	Cadre	36	7.53	8	8.42	28	6.62	0.0036
	Employer	142	27.41	11	11.58	131	30.97	
	Etudiant	161	31.08	37	38.95	124	29.31	
	Ouvrier/artisan	73	14.09	21	22.11	52	12.29	
	Sans emploi	105	20.27	17	17.89	88	20.80	
Matrimonial	Célibataire	282	54.44	58	61.05	224	52.96	0.0081
	En couple	236	45.56	37	38.95	199	47.04	
Enfant	Pas d'enfant	395	76.25	80	84.21	315	74.47	0.0313
	Au moins un enfant	122	23.55	14	14.74	108	25.53	
Antécédents	Consultation psychiatrique	210	40.54	40	42.11	170	40.19	0.73
	Psychotropes	163	31.47	34	35.79	129	30.50	0.33
Fréquence de	Jamais	104	20.08	2	2.11	102	24.11	< 0.001

consommation								
	1/mois	90	17.37	4	4.21	86	20.33	
	2 à 4 fois par mois	158	30.50	37	38.95	121	28.61	
	2 à 3 fois par semaine	122	23.55	33	34.74	89	21.04	
	> 4/semaine	43	8.30	18	18.95	25	2.91	
Nombre de verre / jour	1 à 2	170	32.82	19	20.00	151	35.70	< 0.001
	3 à 4	128	24.71	35	36.84	93	21.99	
	5 à 6	53	10.23	20	21.05	33	7.80	
	7 à 9	34	6.56	5	5.26	29	6.86	
	Plus de 10	39	7.53	15	15.79	24	5.67	
Plus de 5 verres en une occasion	Jamais	211	40.73	8	8.42	203	47.99	< 0.001
	< 1/mois	126	24.32	23	24.21	103	24.35	
	1/mois	90	17.37	31	32.63	59	13.95	
	1/semaine	67	12.93	24	25.26	43	10.17	
	Chaque jour ou presque	23	4.44	8	8.42	15	3.55	
AUDIT-C	(Med[EIQ]	4	[3;7]	6	[4;8]	4	[2;6]	< 0.001
	Consommation à faible risque	69	13.32	4	4.21	65	19.70	< 0.001
	Consommation à risque	325	62.74	79	83.16	246	74.55	
	Probable dépendance	30	5.79	11	11.58	19	5.76	
Motif	Médical	268	51.74	14	14.74	254	60.05	0.0030
	Psychiatrique	36	6.95	5	5.26	31	7.33	
	Traumatique	214	41.31	76	80.00	138	32.62	
Mécanisme traumatique	Accident domestique	24	11.21	7	9.21	17	12.32	< 0.001
	Accident de travail	13	6.07	2	2.63	11	7.97	
	Agression	44	20.56	24	31.58	20	14.49	
	Autre	22	10.28	5	6.58	17	12.32	
	AVP	35	16.36	15	19.74	20	14.49	
	Chute	38	17.76	21	27.63	17	12.32	
	Sport/Loisir	38	17.76	2	2.63	36	26.09	
Transport	Moyen	381	73.55	53	55.79	328	77.54	< 0.001

	personnel							
	Ambulance/ VSL	40	7.72	9	9.47	31	7.33	
	Pompiers	90	17.37	31	32.63	59	13.95	
	SMUR	5	0.97	0	0.00	5	1.18	
Temps aux urgences	(Med[EIQ] En minutes	222. 5	[144;328]	225	[145;325]	215	[144;342]	0.99

Tableau II : Répartition des consultations imputables ou non à une alcoolisation récente, selon les paramètres étudiés sur la population des patients ayant bu dans les 24 dernières heures

		Population		Critère de jugement "imputable à l'alcool"		Critère de jugement inverse		p
		n	%	n	%	n	%	
Population des patients ayant consommé depuis 24 h		171	100	95	55.56	76	44.44	
Variable								
Site	Pellegrin	113	66.08	63	66.32	50	65.79	1
	Saint-André	58	33.92	32	33.68	26	34.21	
Sexe	Homme	108	63.16	65	68.42	43	56.58	0.1148
	Femme	63	36.84	30	31.58	33	43.42	
Age	18-25 ans	83	48.54	51	53.68	32	42.11	0.107
	26-35 ans	88	51.46	44	46.32	44	57.89	
	(Med[EIQ] En année	27	[21 ; 30]	25	[21 ; 29.5]	27	[22 ; 30]	0.1659
Quantité bue	<2 verres	38	22.22	13	13.68	25	32.89	< 0.001
	2 à 5 verres	53	30.99	24	25.26	29	38.16	
	> 5 verres	80	46.78	58	61.05	22	28.95	
Lien ressenti avec l'alcool	Oui	54	31.58	43	45.26	11	14.47	< 0.001
	Non	117	68.42	52	54.74	65	85.53	
Contexte alcoolisation	Seul	22	12.94	10	10.64	12	16.00	0.36
	Avec d'autre	148	87.06	85	90.43	63	84.00	0.3591
	A domicile	42	24.71	17	18.09	25	33.33	0.0316
	Espace publique	28	16.47	16	17.02	12	16.00	1
	Lieu convivial	61	35.88	42	44.68	19	25.33	0.0104
	Chez des amis	31	18.24	20	21.28	11	14.67	0.3203
	Au travail	5	2.94	0	0	5	6.67	0.0161
	Autre	15	8.82	8	8.51	7	9.33	0.5755
Horaire consommation	00h-8h	43	25.15	33	34.74	10	13.16	0.0013
	8h-12h	3	1.75	1	1.05	2	2.63	0.5856
	12h-14h	16	9.36	11	11.58	5	6.58	0.3021
	14h-17h	11	6.43	5	5.26	6	7.89	0.5415
	17h-20h	43	25.15	19	20.00	24	31.58	0.11
	20h-00h	113	66.08	66	69.47	47	61.84	0.3313
Co-consommation	Oui	120	70.18	70	73.68	50	65.79	0.3135
	Non	51	29.82	25	26.31	26	34.21	
	Tabac	115	67.25	69	72.63	46	60.53	0.1592
	Cannabis	35	20.47	21	22.11	14	18.42	0.8414

	Stimulants	9	5.26	4	4.21	5	6.58	0.4877
	Opiacés	3	1.75	1	1.05	2	2.63	0.5716
	Hallucinogènes	2	1.17	1	1.05	1	1.32	1
	Tranquillisants	4	2.34	2	2.11	2	2.63	1
Matrimonial	Célibataire	101	59.06	58	61.05	43	56.58	0.2074
	En couple	70	40.94	37	38.95	33	43.42	
Enfant	Pas d'enfant	138	81.18	80	85.11	58	76.32	0.1694
	Au moins un enfant	32	18.71	14	14.89	18	19.74	
Antécédents	Consultation psychiatrique	75	44.12	40	42.55	35	46.05	0.7562
	Médicament psychiatrique	55	32.35	34	36.17	21	27.63	0.2529
Consommation Fréquence	Jamais	3	1.76	2	2.13	1	1.32	0.3858
	1/mois	10	5.88	4	4.26	6	7.89	
	2 à 4 fois par mois	57	33.53	37	39.36	20	26.32	
	2 à 3 fois par semaine	63	37.06	33	35.11	30	39.47	
	> 4/semaine	37	21.76	18	19.15	19	25.00	
Nombre de verres / jour	1 à 2	50	29.41	19	20.21	31	40.79	0.0093
	3 à 4	58	34.12	35	37.23	23	30.26	
	5 à 6	29	17.06	20	21.28	9	11.84	
	7 à 9	13	7.65	5	5.32	8	10.53	
	Plus de 10	20	11.76	15	15.96	5	6.58	
Plus de 5 verres en une occasion	Jamais	25	14.71	8	8.51	17	22.37	0.0595
	< 1/mois	42	24.71	23	24.47	19	25.00	
	1/mois	45	26.47	31	32.98	14	18.42	
	1 /semaine	42	24.71	24	25.53	18	23.68	
	Chaque jour ou presque	16	9.41	8	8.51	8	10.53	
AUDIT-C	(Med[EIQ])	6	[4;8]	6	[4;8]	5	[4;8]	0.1233
	Consommation à faible risque	10	5.88	4	4.26	6	7.89	0.5931
	Consommation à risque	139	81.76	79	84.04	60	78.95	
	Probable dépendance	21	12.35	11	11.70	10	13.16	
Transport	Moyen personnel	114	67.46	53	56.99	61	80.26	< 0.001

	Ambulance/ VSL	10	5.91	9	9.68	1	1.32	
	Pompiers	43	25.44	31	33.33	12	15.79	
	SMUR	2	1.18	0	0.00	2	2.63	
Temps au SU	(Med[EIQ] En minutes	213	[132 ; 307]	215	[144;342]	214	[130;290]	0.305

Tableau III : Analyse multivariée ajustée sur les statuts professionnels et les mécanismes traumatiques.

Variable		Rapport de côte	Intervalle de confiance à 95 %	
			2.5%	97.5%
Sexe	Femme	ref		
	Homme	1.27	0.67	2.40
Age	18 à 25 ans	ref		
	26 à 35 ans	2.18	1.05	4.70
AUDIT-C				
Score < 3 p. femmes, < 4 p. hommes	Consommation à faible risque	ref		
Score : [3;9] p. femmes, [4;9] p. hommes	Consommation à risque	3.72	1.29	13.76
Score supérieur ou égal à 10	Probable dépendance	4.65	1.14	22
Motif	Médical	ref		
	Traumatique	5.26	1.54	16.95
	Psychiatrique	1.99	0.55	6.26
Transport	Personnel	ref		
	Secours	2.04	1.08	3.85

Tableau IV : Répartitions des populations en fonction des jours de la semaines

Jours de la semaine	Population		Critère de jugement « imputable à l'alcool »		Critère de jugement inverse		p
	n	%	n	%	n	%	
	518	100	95	18.34	423	81.66	
Lundi	56	10.81	11	19.64	45	80.36	0.0025
Mardi	82	15.83	6	7.32	76	92.68	
Mercredi	53	10.23	8	15.09	45	84.91	
Jeudi	65	12.55	10	15.38	55	84.62	
Vendredi	92	17.76	12	13.04	45	86.96	
Samedi	85	16.41	21	24.71	64	75.29	
Dimanche	85	16.41	27	31.76	58	68.24	

SERMENT MEDICAL

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 leurs 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 sont 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.

RESUMÉ EN FRANÇAIS

Introduction : Cette étude avait pour objectif d'évaluer la proportion de consultations imputables à une consommation récente d'alcool, dans la population des 18-35 ans, aux urgences des sites Pellegrin et Saint-André du CHU de Bordeaux.

Matériels et méthodes : Le recueil de données a été réalisé en deux temps : d'abord un recueil prospectif aux urgences pendant deux semaines à l'aide d'un hétéro-questionnaire interrogeant sur la consommation d'alcool au cours des dernières 24 heures ; puis une analyse a posteriori des dossiers médicaux des patients par deux personnes expertes pour juger si chaque consultation était imputable ou non à une alcoolisation récente. Le critère de jugement principal était le pourcentage de consultations imputables à l'alcool des patients de 18 à 35 ans. Les critères secondaires étaient le taux ressenti par les patients d'imputabilité à l'alcool, les caractéristiques de consommations, les caractéristiques socio-professionnelles et les différents types de pathologies.

Résultat : Le recueil de données a été réalisé du 24 septembre 2018 au 8 octobre 2018 sur les sites Pellegrin et Saint-André du CHU de Bordeaux par 5 investigateurs. Sur les 518 passages aux urgences inclus, 95 étaient imputables (en partie ou en totalité) à l'alcool, soit 18.34 %. Parmi ces personnes, 55% n'avaient pas conscience de la responsabilité de l'alcool dans leur venue. Les pathologies traumatiques étaient plus fréquemment liées à l'alcool ($p = 0.003$). Le pourcentage de consultations imputables à l'alcool augmentait significativement pour les consommations en lieux conviviaux (OR 2.37 ; $p = 0.0104$) et entre 00h et 8h (OR 3.49 ; $p = 0.0013$), ainsi que chez les hommes (OR 2.28 ; $p < 0.001$), les personnes célibataires (OR 1.39 ; $p = 0.0081$), sans enfant (OR 1.96 ; $p = 0.0313$).

Conclusion : L'alcool était responsable de 18.34 % de consultations aux urgences des 18-35 ans aux urgences, bien qu'une majorité de ces patients n'en avait pas conscience.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLES : alcool ; jeune adulte ; service hospitalier d'urgences ; causalité.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. : U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux