



Prise en charge des ivresses publiques manifestes dans la structure des urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué au cours de l'année 2018

Côme Lourde

► To cite this version:

Côme Lourde. Prise en charge des ivresses publiques manifestes dans la structure des urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué au cours de l'année 2018. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02895640

HAL Id: dumas-02895640

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02895640>

Submitted on 9 Jul 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 MÉDICALES

Année 2020

Thèse n°79

THÈSE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par l'interne des hôpitaux des armées Côme LOURDE

Né le 31 janvier 1993 à Montpellier

Élève de l'école du Val-de-Grâce – Paris

Ancien élève de l'école du service de santé des armées de Lyon

Le 03 juillet 2020

**Prise en charge des ivresses publiques manifestes dans la
structure des urgences de l'Hôpital d'Instruction des
Armées Robert PICQUE au cours de l'année 2018**

Sous la direction de : Monsieur le Médecin en Chef Christophe GRAMOND

Membres du jury :

Monsieur le Médecin en Chef Luc AIGLE

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Monsieur le Médecin Chef des Services Bruno FONTAINE

Monsieur le Médecin Principal Jonathan ALOIRD

Monsieur le Médecin en Chef Christophe GRAMOND

Président

Rapporteur

Examineur

Examineur

Examineur

ÉCOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le médecin général Eric-Marie KAISER

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Officier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Commandeur de l'ordre national du Mérite

Chevalier de l'ordre des Palmes académiques

À notre Président de jury,

Monsieur le Médecin en Chef Luc AIGLE

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

médecine générale

Merci de nous avoir fait l'honneur d'être notre président de jury. Soyez assuré de notre profond respect et de notre gratitude. Votre parcours en temps que médecin des forces est pour nous une source d'inspiration.

À nos juges,

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Maître de conférence associé de médecine générale

Pour avoir accepté d'évaluer notre travail et de faire partie de notre jury, nous vous remercions infiniment. Nous avons été heureux de vous avoir connus lors des enseignements du département de médecine générale à Bordeaux.

Monsieur le Médecin Chef des Services Hors Classe Bruno Fontaine

Professeur agrégé du Val de Grâce

anesthésie réanimation

Merci d'avoir immédiatement accepté de faire partie de notre jury. Votre bienveillance nous accompagne depuis notre première rencontre au Val-de-Grâce en 2017. Soyez assuré de notre plus grand respect.

Monsieur le Médecin Principal Jonathan ALOIRD

Je suis extrêmement touché que tu aies accepté de faire partie de mon jury. Nous nous sommes rencontrés lors de mon 3ème semestre au 5ème RHC à Pau et ce semestre a été particulièrement important pour moi. Tu m'as beaucoup appris sur la médecine des forces mais aussi sur moi-même. Tu as été un excellent professeur et j'espère que d'autres auront la même chance de pouvoir apprendre de toi. Tu m'as fait grandir dans tous les aspects de ma vie, merci pour tout ce que tu m'as apporté. Tu es devenu un ami, et je suis sûr que nous nous recroiserons en unité et que nous pourrons ainsi continuer nos sorties VTT et nos jeux « intelligents »...

À notre directeur de thèse,

Monsieur le médecin en Chef Christophe Gramond

Christophe, tu me suis depuis que je suis devenu interne à l'hôpital Robert PICQUE. D'abord en tant que tuteur puis en tant que chef aux urgences de l'HIA et enfin en tant que directeur de thèse. Tu as toujours été bienveillant et tu m'as permis d'avoir la chance de faire un semestre au 5ème RHC puis en gynécologie et pédiatrie au CH de Pau. Merci d'avoir été mon directeur de thèse, cela n'a pas dû être de tout repos...Mais j'ai finalement terminé (et dans les temps!) et c'est grâce à ton investissement et à tes précieux conseils.

Remerciements

À mon frère,

Mayeul, malgré notre éloignement géographique nous sommes restés proches et cela compte beaucoup pour moi. Nous ne sommes pas toujours d'accord mais tes conseils sont toujours pertinents. Merci d'avoir pris soin de moi et de continuer à le faire, tu es un grand frère formidable.

À mes parents,

Papa, Maman, je suis très reconnaissant de tout ce que vous avez fait et tout ce que vous continuez à faire pour moi. Vous êtes un appui solide qui me permet d'avancer en sécurité depuis que je mon plus jeune âge. Ce que vous m'avez transmis m'a permis d'en arriver là et je ne pense pas pouvoir rêver mieux ! Votre vision des choses, votre ouverture d'esprit et votre curiosité naturelle sont une inspiration pour moi.

À ma famille Besson,

Vital et Manu, je ne suis pas là souvent mais je pense beaucoup à vous. Je suis toujours heureux de venir vous voir et de discuter avec vous.

Jean-Claude, Vianney j'espère vous revoir pour l'ouverture de la chasse !

Henri-Vital, Claire, Paul, Anam, Héloïse, Pauline, Sarah, Basile, je garde en souvenirs tous nos moments passés ensemble en Bourgogne.

À Marie-Denise, Xavier, Guillemette, Akram, Christiane, Jacques, Fabienne, Marine, Priscille, Armelle, May, Olivier, Anaïs.

À tous les autres membres de la famille.

À ma famille Lourde,

Christiane, Paul et Yves, prenez soin de vous

À grand Mayeul, Odile, Bernard je ne vous oublie pas.

À Noémie,

Toi qui m'accompagne sur les chemins de la vie depuis bientôt 4 ans, j'espère que cette « balade » est aussi agréable que celles que nous faisons dans les montagnes paloises.

Merci d'être toujours là pour moi. Tu es une femme brillante avec une force de caractère impressionnante. Ton perfectionnisme et ton organisation me font grandir et m'aident beaucoup dans ma vie et dans mon métier, moi qui peut être si désordonné. Tu es un excellent médecin et une femme exceptionnelle.

À Philippe et Anne,

J'espère vous revoir bientôt autour d'un verre de vin et d'un plateau fruits de mer !

À Alexis,

Ton amitié m'est précieuse, nous nous sommes toujours retrouvés au fil des ans malgré nos vies éloignées. Ne change pas. Je garde des souvenirs inoubliables de Cyprien, Mayeul et toi en Bourgogne.

À mes amis de la Boîte,

Benef et Toto, nos virées dans Lyon me manquent (le jeudi c'est toujours DV!)

Maxence, Erwan, Tex, le Baron, Boy, Reva, Jossou, JB, Dodo, Gigi, Chateaux, Erwin, Flochy, Wuwu, Marchandea, Méli, Popo, Gaby, Nana, Beber, Melki, ainsi que tous ceux que je n'ai pas cités mais que je n'oublie pas.

À toute la promotion DELORME.

À mes co-internes bordelais,

Manon, Titi, Xavier, Jaouan, Coco, mon numéro, mon mannequin abercombie, yeux bleus et tous les autres.

Au XV champion de la Boîte,

Notre roi Tatane, Jo, Cousti, Jeannot, la Chap, les anciens et les plus jeunes.

À l'antenne médicale du 5ème RHC ainsi qu'à tous ceux du 5 que j'ai rencontrés lors de mon stage, je garde de merveilleux souvenirs de mon passage chez vous.

À l'ensemble des équipes des urgences de l'HIA Robert PICQUE et de la MAU 1, merci pour tous les bon moments passés avec vous et pour tout ce que vous m'avez appris.

À Monsieur David TRAN VAN, merci de m'avoir aidé à construire toute la méthodologie de mon projet.

À Romain GRIFFIER, merci de m'avoir aidé pour la présentation de ma partie « matériel et méthode » et de mes résultats.

À monsieur Adrien GABRIEL, qui a prit sur son temps pour créer le formulaire sur le logiciel des urgences. Je ne m'en serai sûrement pas sorti sans vous.

À David LAMBAN, merci d'avoir tout de suite adhéré au projet et de t'être autant impliqué. Tu nous as activement aidé à la mise en place du formulaire et tes connaissances en informatiques ont été précieuses.

À monsieur Yann Le Goff, merci d'avoir permis ce projet en autorisant mon travail de recherche et la mise en place du formulaire sur TU.

Aux secrétaires des urgences qui m'ont beaucoup aidé en me sortant gentiment tous les dossiers ! Vous m'avez fait gagner un temps considérable.



« Mari transve mare, pro patria et humanitate, hominibus semper prodesse »

**Prise en charge des ivresses publiques manifestes dans la
structure des urgences de l'Hôpital d'Instruction des
Armées Robert PICQUE au cours de l'année 2018**

Abréviations

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CNH : certificat de non hospitalisation

ECG : électrocardiogramme

HIA : hôpital d'instruction des armées

IEA : intoxication éthylique aiguë

IOA : infirmier organisateur de l'accueil

IPM : ivresse publique manifeste

OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : organisation mondiale de la santé

PAD : pression artérielle diastolique

PAS : pression artérielle systolique

SFMU : société française de médecine d'urgence

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

ZPN : zone de police nationale

Table des matières

1.	Introduction	p 14
2.	Matériels et méthode	p 19
2.1.	Type d'études	p 20
2.2.	Objectifs de l'étude	p 20
2.3.	Population d'étude	p 20
2.4.	Variables d'intérêts	p 21
2.5.	Data management et analyse des données	p 21
3.	Résultat	p 23
4.	Discussion	p 30
3.1.	Choix du sujet, méthodologie et biais	p 31
3.2.	Description de la population	p 32
3.3.	Description de la prise en charge médicale	p 33
3.4.	Le formulaire informatique	p 37
3.5.	Perspectives	p 40
4.	Conclusion	p 41
5.	Références	p 43
6.	Annexes	p 47

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe la France en **8ème position** des pays consommant le plus d'alcool pur avec 12,6 litres par habitant en 2016 (1). En 2017, Selon l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 10 % de la population des 18-75 ans présente une consommation **quotidienne** d'alcool(2), et 16,2 % déclarent avoir consommé au moins six verres en une même occasion au cours du mois(3).

En France, être en état d'ébriété dans un lieu public est une **infraction** depuis la loi de 1873. Elle est régie par l'**article L 3341-1** du Code de la santé publique : « une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison » et par l'article R 3353-1 : « Le fait de se trouver en état d'ivresse manifeste dans les lieux mentionnés à l'article L. 3341-1 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2ème classe » (4).

Le nombre **d'ivresse publique manifeste** (IPM) en France lors de l'année 2017 est de 52999 dont 2267 pour la région Nouvelle Aquitaine (5). Les circulaires du 16/07/1973 et du 09/10/1975 du ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale stipulent que « tout individu en état d'ivresse manifeste sur la voie publique ou dans un lieu public doit être conduit dans les locaux de police ou des brigades de gendarmerie (Code des débits des boissons et des mesures contre l'alcoolisme – article L 76), mais après avoir bénéficié d'un **examen médical** à l'hôpital. Le médecin doit remettre aux autorités un bulletin ou un **certificat de non-admission**» (6).

L'IPM repose donc sur une évaluation subjective des forces de l'ordre. Puis l'individu est amené devant un médecin afin de déceler une éventuelle contre indication médicale à la garde à vue. Or il n'existe aucune recommandation médicale proposant une conduite à tenir dans une telle situation. Le praticien ne peut que s'appuyer sur les **recommandations** de la conférence de consensus de la société française de médecine d'urgence (SFMU) de 1992, actualisée en 2003 puis en 2006 et sur les recommandations pour la pratique clinique de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de 2001 (7-10).

La conférence de consensus stipule que dans le cas d'un patient adressé pour un certificat de non admission : «Il ne pourra quitter le service qu'après s'être assuré de la permanence des fonctions relationnelles et dans la mesure où aucune thérapeutique sédatrice n'aura été administrée. Dans tous les autres cas, le patient doit être gardé sous surveillance médicale et paramédicale. ».

La procédure de l'examen médical des IPM doit donc s'appuyer sur les recommandations de la SFMU et de l'ANAES pour rechercher et écarter les différents facteurs de gravités d'une IEA.

Contexte

La conférence de consensus sur l'ivresse éthylique aiguë (IEA) permet de classer les intoxications éthyliques aiguës en plusieurs catégories :

- **IEA simple** qui comporte trois phases distinctes : excitation psychomotrice avec désinhibition et euphorie, puis incoordination avec troubles de la vigilance et enfin coma.
- **IEA pathologique** qui se caractérise par un tableau clinique prolongé et une dangerosité majeure.

Et c'est bien dans le cas d'une intoxication éthylique aiguë pathologique que le **pronostic vital** du patient est menacé, et donc que le certificat de non hospitalisation revêt toute son importance. Le médecin engage sa responsabilité et doit s'appuyer sur une démarche objective pour rendre une décision argumentée : faut-il ou pas hospitaliser ce patient revient à dire est-il à risque de développer une complication ?

L'IEA est la conséquence de l'ingestion d'un toxique, l'alcool éthylique. Ce toxique a des effets sur de nombreux organes.

Au niveau du **myocarde**, des anomalies électrocardiographiques peuvent être visualisées, avec notamment des allongements des espaces PR et du QTc. Ces troubles peuvent se

compliquer de l'apparition d'arythmie auriculaire, ventriculaire ou de tachycardie paroxystique. L'alcool entraîne une diminution de la contractibilité du myocarde et engendre une vasodilatation périphérique responsable d'une baisse modérée de la pression sanguine, compensée par une augmentation de la fréquence et du débit cardiaque.

Au niveau **pulmonaire**, la pneumopathie d'inhalation est la principale complication. Il s'agit de l'inhalation du contenu gastrique ou oropharyngé dans le larynx ou les voies aériennes inférieures. Le facteur de risque principal de la pneumopathie d'inhalation est le trouble de la conscience, évaluée par le score de Glasgow.

Au niveau **digestif**, le syndrome de Mallory-Weiss est une déchirure de la muqueuse du cardia, il peut survenir en cas d'efforts de vomissement répétés et entraîner un hémorragie digestive haute. L'hépatite alcoolique aiguë est la complication la plus grave. Elle survient souvent dans un contexte d'hépatopathie chronique chez des sujets de plus de 50 ans.

Au niveau **neurologique**, des crises comitiales peuvent survenir. Il s'agit de l'ivresse convulsivante secondaire à l'intoxication éthylique aiguë avec abaissement du seuil épileptogène, ou bien d'une épilepsie due à une consommation chronique. Le coma éthylique est dû à l'ingestion massive d'alcool. Il fait partie de l'évolution naturelle de l'intoxication éthylique simple. L'alcool est aussi un facteur de risque de survenue des accidents vasculaires cérébraux, qu'ils soient ischémiques ou hémorragiques par la possibilité d'entraîner une hypertension artérielle secondaire, des troubles du rythme, des cardiomyopathies, des troubles de la coagulation, ou une augmentation de la viscosité sanguine.

Au niveau **psychiatrique**, l'alcool peut entraîner une agitation ou un délire.

Au niveau **métabolique**, l'hypoglycémie est une complication courante de l'IEA. L'alcool peut induire aussi des troubles hydro-électrolytique, ou une hypothermie. L'alcool est un

facteur de risque de rhabdomyolyse par toxicité directe de l'alcool ou par une station prolongée au sol.

Au niveau **traumatologique**, l'alcool est un facteur de risque de traumatisme et notamment de traumatisme crânien par chute.

Comme nous venons de le voir, l'alcoolisation aiguë peut se traduire par une atteinte de plusieurs organes. Ces atteintes doivent être systématiquement recherchés lors d'un examen clinique pour IPM.

Nous pouvons distinguer quatre facteurs de gravités d'une IEA :

- 1) La gravité est **secondaire à l'intoxication** elle même : coma, manifestations excito-motrices, délires, hallucinations;
- 2) **IEA compliquée** : inhalation, crise convulsive, hypothermie, troubles du rythme supraventriculaire, hypoglycémie, acidocétose, gastrite, syndrome de MalloryWeiss, hépatite alcoolique aiguë, rhabdomyolyse, accident vasculaire cérébral;
- 3) **IEA associée** : traumatisme crânien, polytraumatisme ou autre traumatisme, intoxication associée, pathologie infectieuse, toute autre pathologie;
- 4) **IEA de l'enfant** qui est plus à risque de coma, d'hypoglycémie, et d'acidose métabolique.

Nous avons le sentiment que les pratiques aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Robert PICQUE n'étaient pas homogènes, que la tenue des dossiers médicaux n'était pas optimale et que certaines informations importantes sur l'état de santé du patient pouvaient manquer. Nous avons donc mené une évaluation de nos pratiques et mis en place un formulaire informatisé destiné à aider les praticiens.

Matériels et méthode

Type d'études

Nous avons donc mené une étude observationnelle, monocentrique, rétrospective, descriptive sur dossiers existants.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de décrire la prise en charge des patients admis pour IPM aux urgences de l'hôpital Robert PICQUE au cours de l'année 2018.

L'objectif secondaire était de rédiger une procédure standardisée sur le logiciel « Terminal Urgence » reprenant les principaux éléments d'anamnèse et d'examen clinique permettant au praticien des urgences de ne pas négliger les critères de gravité d'une intoxication éthylique aiguë (IEA) en se basant sur les recommandations de la SFMU et de l'ANAES.

Population d'étude

Dans cette étude, **les critères d'inclusions** étaient : tous les patients présentés aux urgences des l'HIA Robert PICQUE par les forces de l'ordre pour IPM du premier janvier 2018 à 00h00 au 31 décembre 2018 à 23h59.

Les critères de non-inclusions étaient :

- Les patients réorientés vers la seconde ligne de garde par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) faute de possibilité d'accueil ce jour-là sur l'HIA ;
- Les patients dont le dossier n'a pas été trouvé.

Les patients présentant un IPM ont été identifiés sur la base d'un **registre** tenu par les secrétaires du service à chaque admission.

Variables d'intérêts

Les données suivantes ont été extraites des dossiers médicaux :

- **données administratives** : date et heure d'admission aux urgences, date et heure de sortie, heure de début de l'examen clinique par le médecin, sexe, date de naissance, présentation par les forces de gendarmerie ou de police, examen effectué par un médecin senior ou un interne. Nous avons découpé la journée de 24 heures en deux parties à partir des heures de changement de l'équipe médicale : le jour entre 8 heures et 19 heures et la nuit entre 19 heures et 8 heures ;

- **paramètres vitaux** recueillis par l'IOA : tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, score de Glasgow, glycémie capillaire, température, saturation en oxygène ;

- utilisation d'un **éthylotest** par les forces de l'ordre ;

- données de l'**examen clinique** médical : anamnèse, antécédents, traitements habituels, signes fonctionnels, consommation de toxiques associée, examen clinique cardio-pulmonaire, abdominal, neurologique, traumatologique, examens complémentaires, orientation du patient. Nous avons considéré l'examen clinique appareil par appareil. Si une partie de l'examen clinique était noté nous avons considéré que le reste de l'examen pour cet appareil était sans particularité. S'il n'apparaissait pas sur le dossier, nous ne pouvions pas savoir si il était normal ou non car le médecin n'avait peut être pas pensé à le noter. Nous notons alors comme « donnée manquante dans le dossier ». Nous avons recherché les signes cliniques pouvant indiquer une complication de l'IEA.

Data management et analyse des données

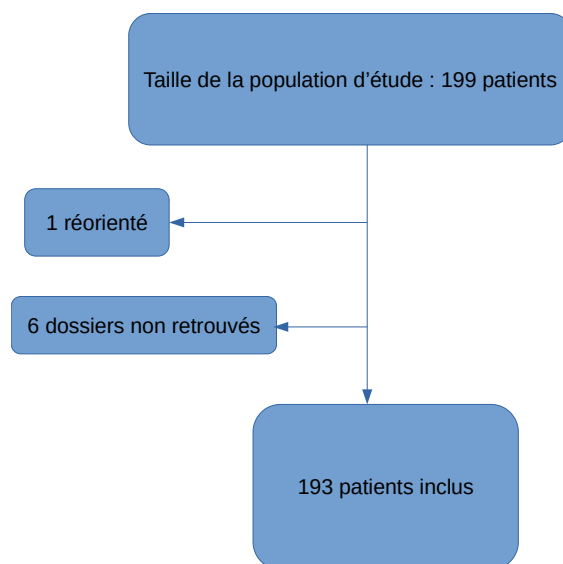
Un **courrier** a été adressé à l'ensemble des patients éligibles afin d'une part de leur présenter l'étude et d'autre part de recueillir leur non opposition. On considère qu'une absence de réponse du patient sous les 30 jours vaut pour une non-opposition.

Les données recueillies ont été produites dans le cadre de la prise en charge courante des patients. Elles ont été collectées dans un **fichier Excel**® verrouillé par mot de passe et détenu exclusivement par l'interne en charge de leur exploitation. Les dossiers ont été **anonymisés** en attribuant à chaque patient un numéro spécifique à l'étude.

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Excel®. Les variables qualitatives ont été décrites en terme d'effectif et de pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectif, de moyenne, de médiane... Le nombre et le pourcentage de données manquantes a également été évalué.

Résultats

Le registre des urgences de l'HIA Robert Piqué relevant les IPM de l'année 2018 comptait 199 patients. **Six patients** n'ont pas été inclus dans l'étude : cinq pour lesquels le dossier médical n'a pas été retrouvé et un patient qui avait été réorienté avant d'avoir été vu par l'IOA. Ainsi, **193 patients** présentant une IPM en 2018 et ayant consulté aux urgences de Robert Piqué ont été inclus dans l'étude.



Les patients étaient de **sex masculin** dans 87,5 % des cas ($n = 169$). **L'âge moyen** était de 38 ans $\pm$ 12 (min : 18 ans ; max : 64 ans). Les figures 1 à 3 présentent la répartition selon les jours de la semaine, le nycthémère et le mois de l'année.

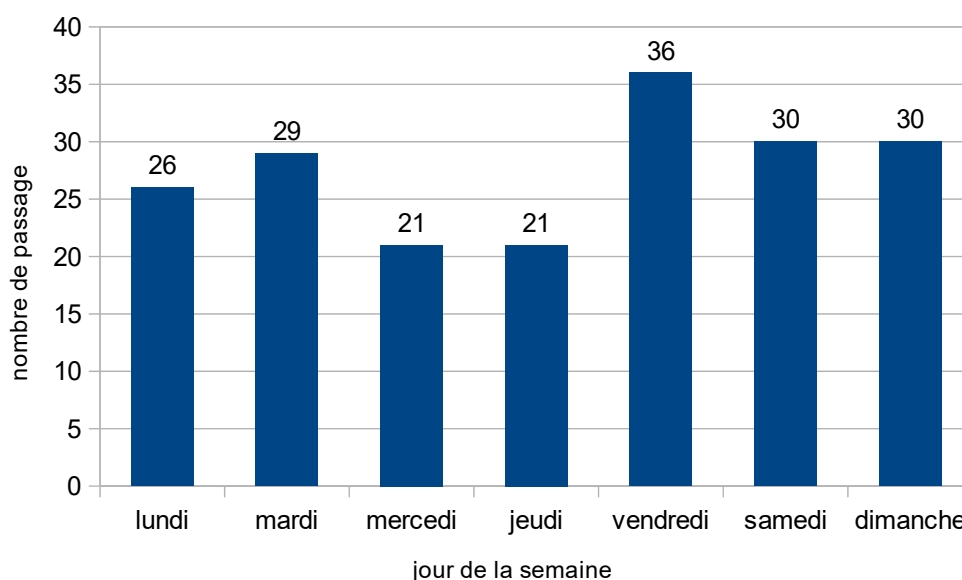


Figure 1: Répartition des admissions pour IPM en fonction du jour de la semaine

Les consultations pour ivresse publique manifeste ont lieu le week-end dans 49,7% des cas (n=96).

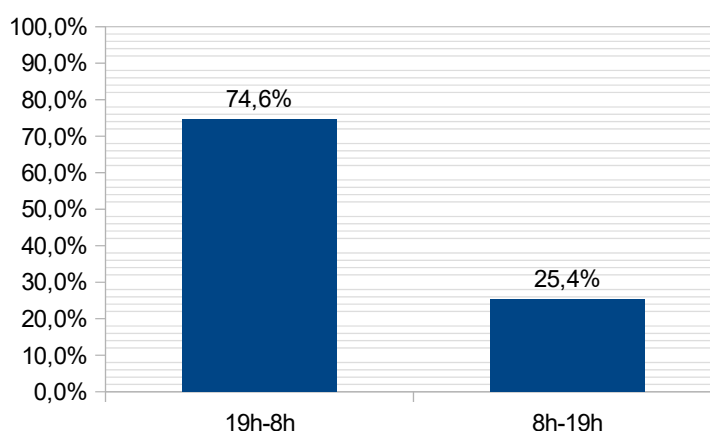


Figure 2: Répartition nycthémérale des admissions

Les **consultations de nuit** représentent 74,61 % (n = 144) et les **consultations hivernales** (de novembre à mars) représentent 39,4 % (n = 76) du total.

Les patients étaient présentés par des **policiers** pour 95,8 % d'entre eux (n = 185). Un seul a été amené par les gendarmes et sept dossiers n'étaient pas renseignés sur ce sujet. Le médecin examinateur était toujours un **médecin sénior** (n = 193). Un **éthylotest** a été utilisé par les forces de l'ordre dans 1,0 % des cas (n = 2) : ils étaient tous deux positifs. Pour les autres patients nous ne savons pas si un éthylotest avait été réalisé.

Tableau 1: durée de passage et de consultation

N = 193	
<i>temps d'attente (minutes)</i>	
<i>moyenne +/- écart-type</i>	13 +/- 12
<i>min - max</i>	0 - 71
<i>temps de consultation (minutes)</i>	
<i>moyenne +/- écart-type</i>	18 +/- 19
<i>min - max</i>	0 - 127
<i>temps total aux urgences</i>	
<i>moyenne +/- écart-type</i>	32 +/- 20
<i>min - max</i>	8 - 4936

Tableau 2: valeurs des paramètres vitaux

<i>pression artérielle systolique (mmHg)</i>		
	<i>moyenne +/- écart-type</i>	<i>140,5 +/- 20,6</i>
	<i>min - max</i>	<i>100 - 227</i>
<i>pression artérielle diastolique (mmHg)</i>		
	<i>moyenne +/- écart-type</i>	<i>83,1 +/- 16,5</i>
	<i>min - max</i>	<i>35 - 136</i>
<i>pression artérielle moyenne (mmHg)</i>		
	<i>moyenne +/- écart-type</i>	<i>111,5 +/- 16,5</i>
	<i>min - max</i>	<i>81,5 - 179</i>
<i>fréquence cardiaque (battement/minute)</i>		
	<i>moyenne +/- écart-type</i>	<i>100 +/- 19</i>
	<i>min - max</i>	<i>36 - 167</i>
<i>saturation en oxygène (%)</i>		
	<i>moyenne +/- écart-type</i>	<i>96 +/- 2</i>
	<i>min - max</i>	<i>90 - 100</i>
<i>glycémie capillaire (G/l)</i>		
	<i>moyenne +/- écart-type</i>	<i>1,09 - 0,30</i>
	<i>min - max</i>	<i>0,38 – 3,51</i>
<i>score de Glasgow</i>		
	<i>moyenne +/- écart-type</i>	<i>15 ± 0</i>
	<i>min - max</i>	<i>11 - 15</i>
<i>température (°C)</i>		
	<i>moyenne +/- écart-type</i>	<i>36,4 ± 0,6</i>
	<i>min - max</i>	<i>34,1 – 38,1</i>

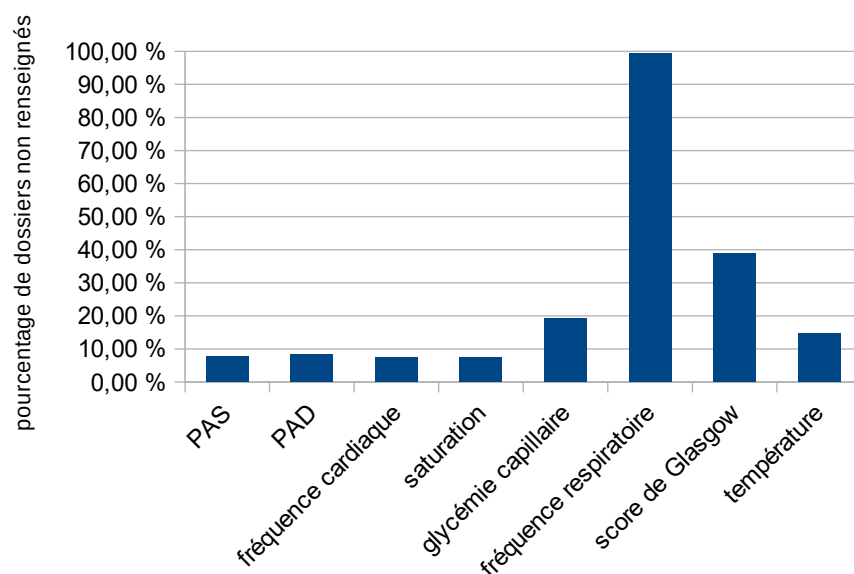


figure 4 : constantes vitales non retrouvées dans le dossier

L'examen clinique a été **refusé** par 5,7 % des patients (n = 11). Les **antécédents** n'apparaissent pas sur 33,7 % des dossiers (n = 65). Des antécédents médicaux étaient retrouvés chez 27,9% des patients (n = 54).

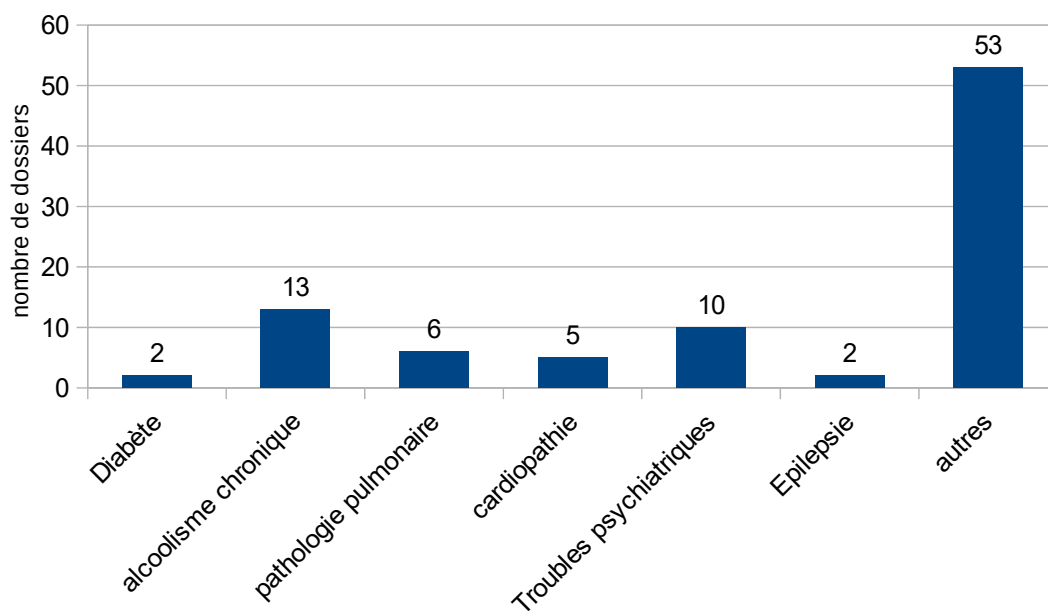
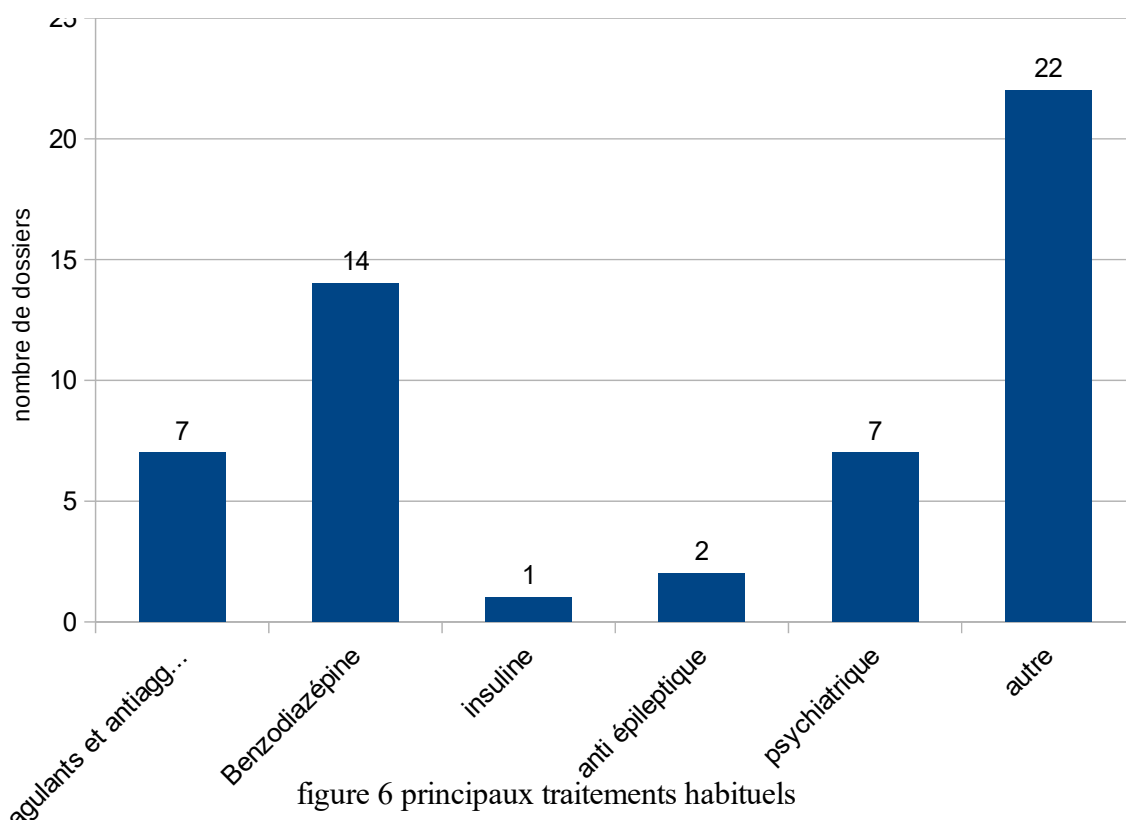


figure 5 : principaux antécédents des patients admis pour IPM

Les **traitements habituels** n'étaient pas renseignés sur 34,2 % des dossiers (n = 66). Un traitement habituel était retrouvé pour 19,2 % des patients (n = 37).



La **consommation alléguée d'alcool** n'a pas été transcrite sur le dossier dans 73,1 % des cas (n = 141).

Tableau 3: consommation alléguée des patients admis pour IPM

<i>Consommation</i>	Pourcentage (%)
<i>Non transcrite</i>	73,1 (n=141)
<i>Alcool seul</i>	21,2 (n=41)
<i>Alcool et médicament</i>	1,6 (n=3)
<i>Alcool et drogue</i>	4,1 (n=8)

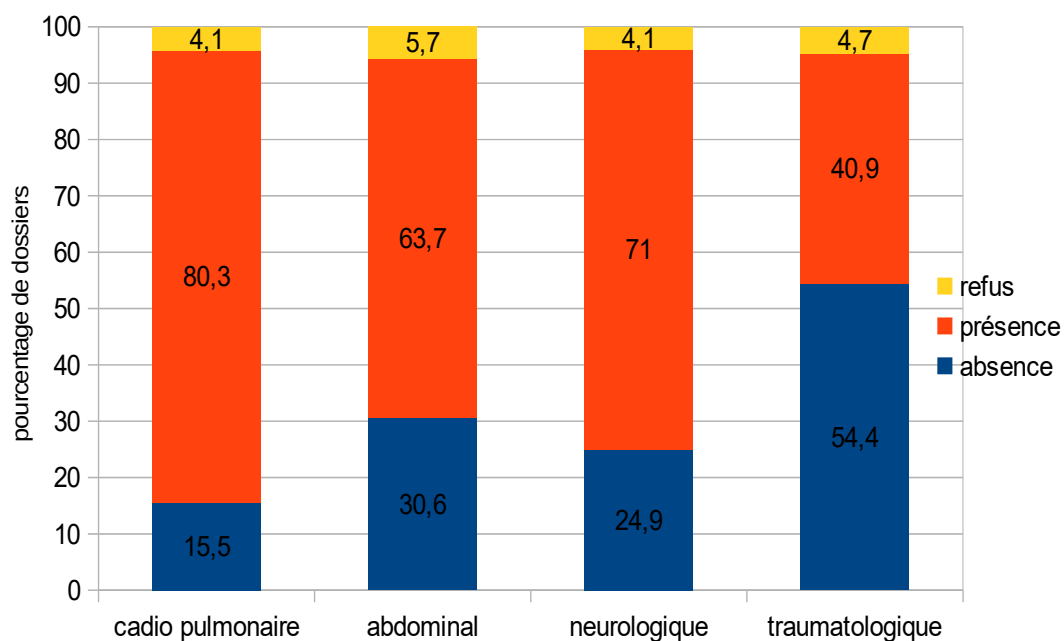


Figure 7 : examen clinique des différents appareils

Des **examens complémentaires** ont été prescrit pour 10,4 % des patients (n = 20).

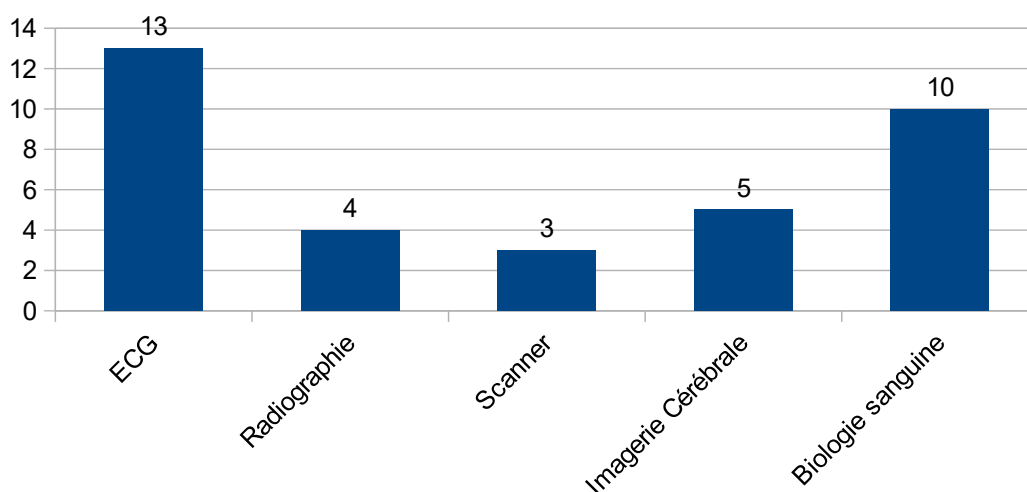


Figure 8 : répartitions des examens complémentaires

A l'issue de la consultation, 6,2 % des patients (n = 12) ont été **hospitalisés** pour une surveillance clinique aux urgences en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Parmi ces patients, deux ont fugué, un a été admis dans un service de médecine adulte et sept sont rentrés à domicile après leur passage en UHCD.

Discussion

Choix du sujet, méthodologie et biais

La problématique des IPM est relativement **fréquente** aux urgences de l'HIA Robert PICQUE comme pour la plupart des structures d'urgences. Nous avons relevé 199 passages en 2018, soit près d'un passage tous les deux jours. Le rapport d'évaluation des IPM de 2008 indique que chaque année 70 000 personnes sont impliquées dont 50 000 sont pris en charge dans un service d'urgence (11). Cela équivaut à 0,5 % des consultations totales aux urgences en France.

Par ailleurs ce travail trouve son origine dans l'**inquiétude** commune des praticiens de la structure des urgences de l'HIA Robert PICQUE qui d'une part se sentaient en difficulté face à un patient présenté pour IPM ; d'autre part qui partageaient tous le sentiment de **dossiers insuffisamment ou mal renseignés**, engageant de fait leur responsabilité. Cette difficulté rendait probablement le passage pour IPM « craint » et donc sur-représenté dans l'inconscient collectif.

Notre travail présente un **biais de sélection**. En effet, il était monocentrique avec pour objectif d'évaluer les pratiques au sein de l'HIA Robert PICQUE. Les données obtenues ne sont pas extrapolable à l'ensemble de la population des IPM.

De plus, notre travail présente aussi un **biais d'information** car nous avons mené une étude rétrospective. Nous avons travaillé à partir des dossiers existant afin d'évaluer la tenue des dossiers. Le recueil est incomplet sans que nous puissions savoir si les données manquantes sur les dossiers ont été recherchées. Ce d'autant que la prise en charge doit être rapide chez des patients parfois difficiles. Cependant, nous nous attendions à avoir des dossiers incomplets et nous voulions justement évaluer la qualité de l'observation tracée dans le dossier patient.

Description de la population

Notre **échantillon** compte 193 patients. Comme nous l'avons dit précédemment, cinq dossiers n'ont pas été retrouvés dans les temps impartis pour ce travail et un patient a été orienté par l'IOA vers la seconde ligne d'astreinte compte tenu d'une charge de travail importante ce jour-là, laissant penser que le patient ne serait pas pris en charge dans les 45 minutes. Il s'agit-là d'une pratique courante visant à ne pas immobiliser trop longtemps un équipage des forces de sécurité intérieure.

Les patients admis étaient très majoritairement **des hommes** (87,5%). Ce résultat est en accord avec les enquêtes de consommation qui montrent que les hommes boivent des quantités d'alcool nettement plus importantes que les femmes (12). Selon l'OFDT, 25,2 % de la population adulte masculine a bu plus de six verres d'alcool lors d'un même occasion dans un mois contre 7,6 % des femmes.

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 38 ans +/- 12 (min : 18 ans ; max : 64 ans). Ce résultat est comparable à la thèse du Dr Florian VIVREL sur le même sujet qui retrouvait dans sa population une moyenne d'âge de 36 ans (13). De plus, le bulletin épidémiologique hebdomadaire de février 2019 rapporte que 54,1% des jeunes entre 18 et 24 ans et 48,8 % des 25-34 ans ont bu au moins 6 verres en une occasion au cours des 12 derniers mois contre 24,6% des 55-64 ans et 19,7% des 65-75 ans (14).

Dans notre échantillon, 49,7 % (n = 96) des IPM ont lieu **le week-end**. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'hypothèse que les personnes sortent le week-end pour décompresser de leurs semaines de travail.

Les IPM sont également prédominantes lors de la **garde de nuit** de 19h à 8h du matin avec 75,1 % des consultations (n=145). Ce résultat est comparable avec les résultats de la thèse du Dr VIVREL (76%) et nous pouvons penser que la nuit est propice à la fête et aux alcoolisations. Mais près d'un quart des consultations ont lieu la journée. Nous pensons qu'il

pourrait s'agir de personnes en grande précarité ou des patients alcooliques chroniques pour lesquels la consommation d'alcool est plus régulière. Notre étude ne nous permet pas de préciser ce point car il aurait fallu connaître le statut social des patients.

Description de la prise en charge médicale

Le temps d'attente était de 13 minutes+/- 12 (min : 0 ; max : 71) et **le temps moyen de consultation** de 18 minutes+/- 19 (min : 0 ; max : 127). Le rapport d'évaluation de la procédure des IPM de 2008 évalue le temps moyen d'attente aux urgences à 30 minutes et les temps moyen de consultation à 15 minutes (11). Nous pouvons dire que le temps d'attente semble plus court par rapport à la moyenne nationale. Il s'agit d'une volonté des urgentistes de ne pas laisser ces patients, pour la plupart agités, dans la salle d'attente et de permettre aux forces de l'ordre de finir leur mission dans les meilleurs délais. Le temps de consultation est comparable à la moyenne nationale et il paraît difficile de le raccourcir sans mettre de côté une partie de l'examen clinique.

Tous les **médecins examineurs** étaient des séniors car les internes ne s'occupent pas des IPM aux urgences de l'HIA Robert PICQUE. En effet, l'examen de ces patients est souvent difficile car les patients peuvent être agités voire agressifs et la responsabilité du médecin sénior est engagée après la délivrance du CNH. Mais la pratique montre que toutes les structures n'appliquent pas les mêmes procédures.

Les patients étaient présentés par **la police** dans 95 % (n = 185). Ce résultat s'explique par le fait que le site de l'hôpital militaire se situe dans la communauté urbaine de Bordeaux qui est une zone police (figure 9).

Nous ne savions pas si **un éthylotest** avait été réalisé par les forces de l'ordre dans 98 % des cas. Cette donnée peut être utile pour le praticien car l'ivresse se manifeste différemment

d'un individu à l'autre et peut témoigner d'une pathologie autre. D'ailleurs le Docteur Romain IDREL dans sa thèse portant sur les aspects médico-légaux de la prise en charge de l'ivresse publique et manifeste au centre hospitalier de Saint Quentin souligne bien le fait que les signes cliniques d'une IEA peuvent s'apparenter à ceux d'une ivresse cannabique, de pathologies neurologiques ou encore d'un hématome sous-dural (15). Cependant d'un point de vue légal, dans un arrêt du 24 avril 1990 la Cour de cassation a précisé la notion d'ivresse manifeste : il s'agit d'un «fait matériel qui se produit à tous les yeux et peut être constaté par tout le monde, à l'aide du témoignage des sens» (16). Ceci explique pourquoi un éthylotest n'est pas systématiquement réalisé dans le cas d'une IPM. Le praticien doit lui aussi s'appuyer sur son seul sens clinique, associant anamnèse et examen clinique. D'autre part, le déploiement d'un éthylotest dans tous les services d'urgences et leur entretien présenteraient un coût non négligeable. En effet le prix d'un éthylotest varie entre 100 et 1500 euros suivant les marques.

Les paramètres vitaux recueillis par l'IOA étaient parfois absents des dossiers. Ainsi, la fréquence respiratoire manquait pour 99,5 % des dossiers (n=192). Or ce paramètre est important car il peut orienter vers une ivresse compliquée par exemple d'une pneumopathie d'inhalation. Mais en pratique, il peut être très difficile de recueillir certains paramètres vitaux si le patient n'est pas compliant.

Nous avons été surpris de remarquer que la glycémie capillaire manquait pour 19 % (n = 37) des dossier et le score de Glasgow dans 39 % (n = 75) des dossiers. Il est pourtant impératifs de connaître ces paramètres pour dépister les ivresses compliquées d'hypoglycémies et de pathologies neurologiques. La température quand à elle est absente de 14 % (n = 28) des dossiers.

Bien que la prise en charge des IPM par l'IOA soit protocolisée aux urgences de l'HIA Robert PICQUE, il manque encore certains de ces paramètres. Nous en avons conclu que soit l'IOA n'a pas eu le temps de retranscrire certains paramètres vitaux, soit le patient a refusé une partie de l'examen par l'IOA sans que cela ait pu être marqué sur le dossier, soit que le paramètre n'a tout simplement pas été recherché.

Nous nous étonnons que si peu de patients ont été hospitalisés alors que certains chiffres interpellent : glycémie à 0,38g/l ou 3,51 g/l ; hypothermie à 34° ; ou tachycardie à 167

batt/min. Nous n'avions aucune trace sur les dossiers de contrôle avant la sortie, ni d'explication sur le raisonnement du praticien. En cas d'évolution défavorable pendant la garde à vue, ce qui reste mentionné sur le dossier interpelle et doit inciter à la plus grande prudence.

La quantité alléguée d'alcool est absente dans 73,1 % (n=141) des dossiers. Les recommandations précisent pourtant qu'il est important de l'évaluer en quantité et mais aussi au travers de sa cinétique d'absorption. En effet, on peut penser que selon la morphologie du patient, la quantité d'alcool absorbée et les modalités d'absorption l'ivresse peut être plus ou moins à risque (17).

Dans notre étude, l'alcool est associé à une consommation de **drogue** dans 4,1 % et de **médicaments** dans 1,6 % des cas. Nous pensons que ces chiffres sont sous-estimés car nous n'avions aucune trace dans 73,1 % (n = 141) des dossiers. Dans une étude prospective multicentrique française réalisée entre avril 2001 et avril 2002, Muszlak M. et Picherot G. ont montré que l'IEA était associée à la prise de cannabis chez 11 % des patients ou à une intoxication médicamenteuse chez 4,8 % d'entre eux (18). Les patients sont moins enclin à avouer leur consommations de toxiques devant les forces de l'ordre. Il faut donc partir du principe que le consommation de drogues et d'alcool est sous évaluée en présence des forces de l'ordre. Néanmoins, la question se pose de la sécurité des soignants qui impose parfois la présence des forces de l'ordre pendant l'interrogatoire, venant alors en contradiction avec l'impératif respect du secret médical et donc la fiabilité de l'anamnèse.

Une **consommation quotidienne** d'alcool était retrouvé chez 13 patients (6,7%). On peut penser que ce chiffre est sous estimé car légèrement en dessous des chiffres de l'OFDT (consommation quotidienne chez 10 % de la population). Là encore, nous pensons que la question a pu être non posée ou non tracée dans le dossier. Deux patients étaient **diabétiques** (1%) dont un avec un traitement hypoglycémiant qui a été hospitalisé en UHCD pour surveillance. En effet l'alcool induit des hypoglycémies qui peuvent être très sévères chez les patients sous traitement hypoglycémiant (19). Le deuxième ne prenait pas de traitement

médicamenteux et avait une glycémie capillaire normale (0,94g/L). Néanmoins, il aurait été judicieux d'avoir un contrôle de cette valeur pour avoir une idée de la cinétique.

Les patients **épileptiques** (n = 2) n'ont pas été hospitalisés devant un examen clinique normal. Mais l'alcool abaisse le seuil épileptogène et nous ne pouvons présager de l'évolution des ces patients. Chaque praticien doit faire preuve de prudence et ne pas hésiter à garder le patient en surveillance.

Les traitements n'étaient pas renseignés dans 34,2% (n=66) et les antécédents dans 38,3 % (n=74) des dossiers. Il est pourtant crucial de connaître les antécédents et les traitements des patients qui peuvent orienté vers une surveillance particulière de certaine complications (20). Nous supposons que les praticiens ne retranscrivent pas toujours l'absence de traitement ou d'antécédents sur les dossiers par volonté de gain de temps.

L'examen clinique est retranscrit de façon inégale en fonction des praticiens. Seulement 40,9 % des dossiers montraient la présence d'un examen traumatologique et 63,7 % un examen abdominal. A contrario l'examen cardio-pulmonaire était présent dans 80,3 % des dossiers. Pourtant l'examen clinique doit être complet et systématique, notamment l'examen traumatologique qui est très important dans l'IEA (21)(22). En effet, l'alcool est un facteur de risque de traumatisme (23). Notamment par accident de la voie publique, chute ou violences subies par un tiers.

Des examens complémentaires ont été réalisés mais ne conduisent pas systématiquement à une hospitalisation. Les radiographies des membres sont par exemple rapides à réaliser et à interpréter, de même pour les électrocardiogrammes (ECG). Ainsi les praticiens ne doivent pas hésiter à y avoir recours chaque fois que cela semble nécessaire.

Nous avons donc remarqué que certaines données des paramètres vitaux ou de l'examen clinique manquaient dans les dossiers. Nous ne pouvions savoir si ces données avaient été recherchées ou non et si le patient avait refusé d'être examiné. Nous pouvons nous inquiéter

de voir que les dossiers sont insuffisamment complétés, cela entraîne un **risque médico-légal** pour le praticien en cas d'aggravation.

Le formulaire informatique

Ces informations ont confirmé notre sentiment : **trop peu d'informations** étaient présentes dans les dossiers des patients. Nous avons donc créé un **formulaire informatique** sur le logiciel Terminal Urgence à partir des recommandations de la SFMU et de l'ANAES. Il permet de guider les praticiens et d'avoir une meilleure tenue des dossiers (figure 10).

L'**entête** du formulaire est composé de deux encadrés (figure 11). Le premier encadré présente les **données administratives** du patient et le deuxième les **paramètres vitaux** qui ont été rentrés dans le logiciel Terminal Urgence par l'IOA. Ces données sont reportées **automatiquement** par le système. Puis c'est un système de cases à cocher avec plusieurs grands ensembles.

IDENTITÉ	
Nom usuel	TEST
Nom de naissance	TESTE
Prénom	Test
Sexe	I
Date de naissance	19/03/1951
Numéro du patient	604017093

Fréquence cardiaque	Le 19/06/2019 à 11:57 : 100 bpm
Fréquence respiratoire	Le 19/06/2019 à 11:57 : 120 cpm
PAS / PAD	Le 19/06/2019 à 11:57 : 30 / 40 mmHg
Température	Le 10/05/2019 à 13:28 : 37 °C
Poids	Le 19/06/2019 à 10:46 : 100 Kg (IMC : 29.2 - surpoids)
Taille	Le 19/06/2019 à 10:46 : 185 cm

Figure 11 : Capture d'écran des deux premiers encadrés du formulaire

Le troisième encadré correspondant à **l'interrogatoire** : refus de répondre aux questions, antécédents, traitements, prise d'alcool, prise de toxique, anamnèse, signe fonctionnels. Pour chaque item, le formulaire offre la possibilité de cocher une case « refus du patient ». Si cette case est cochée le formulaire fait disparaître les autres propositions de réponses de l'item et passe directement à l'étape suivante. Pour les antécédents et les traitements il apparaît une case de texte libre (figure 12).

Refus de répondre aux questions ☐ Oui ☒ Non

Antécédents

Ajouter

Traitements

Ajouter

Prise d'alcool ☒ Oui ☐ Non ☐ Refus

Détails

Prise de toxique ☒ Oui ☐ Non ☐ Refus

Détails

Anamnèse

Ajouter

Signes fonctionnels

Figure 12 : capture d'écran du troisième encadré, correspondant à l'interrogatoire

Le quatrième encadré correspond à l'**examen clinique**. La présentation général du patient est décrite avec des cases à cocher pour la conscience, le teint, l'hémodynamique, la présence d'un déficit vital et l'agitation. Puis le praticien renseigne l'examen clinique appareil par appareil avec des cases à cocher. Si la case « refus » ou « normal » est cochée on passe directement à l'appareil suivant, si la case « anormal » est cochée, un case de texte libre s'ouvre et l'on peut détailler l'examen clinique. Enfin, une case de texte libre pour les examens complémentaires se trouve à la fin de l'encadré (figure 13).

Figure 13 : capture d'écran du quatrième encadré, correspondant à l'examen clinique

Le dernier encadré correspond à la **décision d'hospitalisation** ou non. Il y a deux cases à cocher : « CNH » si le praticien n'a pas déceler de contre indication à la garde à vue ou bien « hospitalisation » dans le cas contraire. Dans tous les cas, un **renvoi automatique** vers le CNH s'effectue afin de pouvoir le remplir (figure 14).

Figure 14 : dernier encadré, correspondant à la décision médical avec ouverture automatique du CNH

Perspectives

Les premières impressions relevées laissent à penser que les praticiens sont **satisfaits** et utilisent ce formulaire qui les aide au quotidien sans alourdir leur prise en charge. En effet le formulaire est simple d'utilisation et intuitif. Il permet un **gain de temps** pour les urgentistes et une **exhaustivité** de l'examen clinique.

Nous allons améliorer ce formulaire en rajoutant des **automatismes** avec notamment un système d'incrémentation automatique de l'examen clinique dans l'observation médicale.

Il serait intéressant de développer une **aide à la décision médicale** en fonction des réponses au questionnaire. On pourrait imaginer un système de message d'alerte reprenant les éléments qui pourraient orienter le praticien vers une hospitalisation (hypoglycémie, anomalie d'une partie de l'examen clinique, antécédents ou traitements à risque) apparaissant à la validation du formulaire si la case « CNH » est cochée.

Maintenant que le formulaire est en place il serait intéressant d'**évaluer l'adhésion**, à distance, du personnel à ce formulaire. Nous pourrions imaginer un travail sur l'exhaustivité de nos dossier et sur la prise en charge des patients. Nous pourrions également évaluer l'évolution des temps de consultations. Une étude comparative des temps de passages et de consultations des IPM depuis la mise en place du formulaire est à envisager. Cette étude évaluerait les temps de passages et de consultations des IPM sur une année postérieure à la mise en place du formulaire informatique et les comparerait aux temps décrits dans notre travail. Ce formulaire doit permettre une meilleure prise en charge des patients sans pour autant trop augmenter le temps de consultation.

Conclusion

Notre travail a donc consisté en une **étude descriptive des 193 patients** présentés aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Robert PICQUE au cours de l'année 2018 pour ivresse publique manifeste. Les résultats de cette étude ont montré une grande **hétérogénéité** dans l'exhaustivité des informations contenues dans les dossiers médicaux. Ce manque de données est parfois source **d'incompréhension** dans l'analyse rétrospective de la décision finale d'hospitalisation ou non du patient, ce qui pourrait nuire au praticien des urgences si une procédure médico-légal intervenait suite à une aggravation secondaire du patient en cellule de dégrisement. Notre formulaire tend à sécuriser la prise en charge du patient en permettant à l'urgentiste d'être exhaustif dans son anamnèse et d'orienter son examen clinique pour éveiller sa vigilance.

Le déploiement d'un formulaire informatisé semble donc une **solution** pour guider le praticien, dès lors qu'il ne le ralentit pas dans son travail. Il pourrait être intéressant d'évaluer dans un second temps l'adhésion des praticiens à cette amélioration et son impact sur le temps de passage aux urgences pour les patients présentant une IPM.

Références

1. WHO. 2018. Alcohol: Data by country. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.62?lang=en>
2. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 2019. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>
3. Richard JB, 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):89-97. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
4. Code de la santé publique - Article L3341-1 | Legifrance [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=391E320F923E660E7B858F2B3F4D3996.tplgfr27s_3cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688077&dateTexte=20200119&categorieLien=cid#LEGIARTI000006688077
5. Questel F. Législation se rapportant à l'alcoolisme et à sa prévention. EMC Pathologie professionnelle et de l'environnement. 2015;10(3):1-9 [Article 16-047-A-21].
6. ODICER. Drogues en régions. Cartographies, évolutions statistiques (OFDT) [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <https://odicer.ofdt.fr/mobile.php#ficindic>
7. SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence). 2ème conférence de consensus en médecine d'urgence : L'intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence. Réanimation Urgences. 1992;1(4bis):633-9.
8. SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence). Actualisation des conférences de consensus : l'ivresse éthylique aiguë aux urgences (1992). Journal Européen des Urgences et de Réanimation. Mars 2003;16(1):48-57.

9. Société Française de Médecine d'Urgences. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence ». 2006.
10. ANAES. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandations 2001.
11. Bertrand Y, Le Gallou J-Y, Roussille B, Thomas f, Podevin H, Riou P, Marion M. Évaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste - IPM [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/evaluation-de-la-procedure-divresse-publique-et-manifeste-ipm-14407.html>.
12. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur) - OFDT [Internet]. [cité 5 févr 2020]. 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/>
13. VIVREL f. Prise en charge des patients adressés au service d'urgence de Nantes pour ivresse publique manifeste. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur. Faculté de médecine de Nantes. Octobre 2013.
14. Richard JB, 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):89-97.
15. Irdel R. Aspects médico-légaux de la prise en charge de l'Ivresse Publique et Manifeste : à propos de 108 cas rencontrés aux Urgences du Centre Hospitalier de Saint Quentin sur une période de 100 jours. 2006. Thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine.
16. Cass. crim.12 mars 1875 et 24 avril 1990 bull.crim.1990 n°152

17. Philippe J-M, Sureau C, Ruiz D, Teil S. Intoxication éthylique aiguë. Médecine d'urgence. EMC. Janvier 2011;(6-3):1-16.
18. Muszlak M., and Picherot G.: Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences. Alcool Addictol 2005; 27: pp. 5-12.
19. Halimi S. Hypoglycémie et alcool: Hypoglycemia and alcohol. Médecine des maladies métaboliques. Sept 2011;5(4):389-9.
20. Ellrodt A. L'intoxication alcoolique aiguë aux urgences. In (eds): Urgences Médicales. Paris: édition Estem, 2005. pp. 70-74.
21. Davido A., Levy P., Leplat P., and Ecollan P.: Présentation clinique de l'ivresse alcoolique aiguë. Réa Urg 1992; 1: pp. 645-649.
22. Sicot R, Yguel J, Mazeas C, Kalamarides S, Questel F, Azuar J, et al. L'orientation du patient alcoolisé aux urgences : état des lieux et perspectives. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2015;27:77-85.
23. Cherpitel CJ, Bond J, Ye Y, Borges G, Macdonald S, Giesbrecht N. A crossnationalmeta-analysis of alochol and injry: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). Addiction. 2003;98(9):1277-86.

Annexes

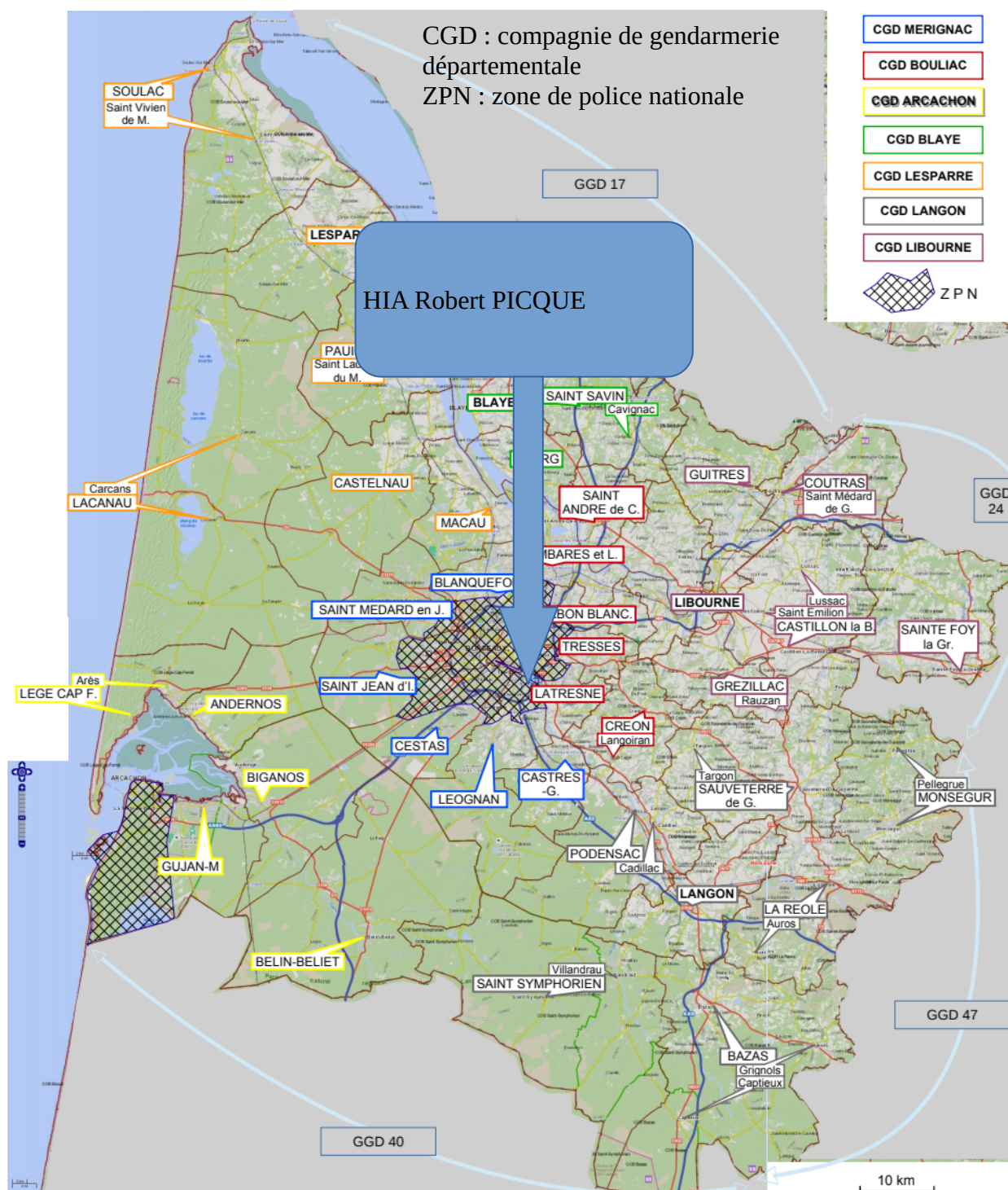


Figure 9 : Situation géographique de l'HIA Robert PICQUE dans la zone de police nationale (ZPN)

IDENTITÉ	
Nom usuel	TEST
Nom de naissance	TESTE
Prénom	Test
Sexe	I
Date de naissance	19/03/1951
Numéro du patient	604017093

Fréquence cardiaque	Le 19/06/2019 à 11:57 : 100 bpm
Fréquence respiratoire	Le 19/06/2019 à 11:57 : 120 cpm
PAS / PAD	Le 19/06/2019 à 11:57 : 30 / 40 mmHg
Température	Le 10/05/2019 à 13:28 : 37 °C
Poids	Le 19/06/2019 à 10:46 : 100 Kg (IMC : 29.2 - surpoids)
Taille	Le 19/06/2019 à 10:46 : 185 cm

Refus de répondre aux questions	
	☐ Oui ☒ Non
Antécédents	
	Ajouter
Traitements	
	Ajouter
Prise d'alcool	☒ Oui ☐ Non ☐ Refus
Détails	
Prise de toxique	☒ Oui ☐ Non ☐ Refus
Détails	
Anamnèse	
	Ajouter
Signes fonctionnels	

EXAMEN CLINIQUE	
Déficit vital	☒ Oui ☐ Non
Conscient	☐ Oui ☒ Non
Agitation	☐ Oui ☒ Non
Teint rosé	☐ Oui ☒ Non
Hemodynamique stable	☐ Oui ☒ Non
Examen cardio pulmonaire	☐ Refus ☐ Normal ☒ Anormal
Détails	
Examen abdominal	☐ Refus ☒ Normal ☐ Anormal
Examen neurologique	☐ Refus ☒ Normal ☐ Anormal
Examen traumatologique	☒ Refus ☐ Normal ☐ Anormal
Examens complémentaires	test
	Ajouter Vous devez cliquer sur "Ajouter" pour enregistrer cette saisie.

DÉCISION	
Décision	☐ CNH ☐ Hospitalisation

Figure 10 : formulaire d'aide à la prise en charge des IPM sur Terminal urgences

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Titre : Prise en charge des ivresses publiques manifestes dans la structure des urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert PICQUE au cours de l'année 2018

Résumé : La problématique des ivresses publiques manifestes est courante dans les services d'urgences. L'objectif de notre étude était de décrire la prise en charge des patients admis pour IPM aux urgences de l'hôpital Robert PICQUE au cours de l'année 2018 et de proposer un formulaire informatique permettant de guider le praticien des urgences.

Nous avons mené une étude observationnelle, monocentrique, rétrospective, descriptive à partir des dossiers existants. Nous avons extrait les données administratives des patients, les paramètres vitaux, et les données de l'examen clinique.

Nous avons inclus 193 patients dans l'étude. Les patients étaient de sexe masculin dans 87,5 % des cas (n = 169). L'âge moyen était de 38 +/- 12 ans (min : 18 ans ; max : 64 ans). Il y a 49,7 % (n = 96) des consultations le week-end. Les consultations de nuit représentent 74,61 % (n = 144). Le temps moyen de consultation de 18 +/- 19 minutes (min : 0 ; max : 127). La fréquence respiratoire manquait pour 99,5 % des dossiers (n=192), la glycémie capillaire manquait pour 19 % (n = 37) des dossier et le score de Glasgow dans 39 % (n = 75) des dossiers. La température quand à elle est absente de 14 % (n = 28) des dossiers. Les traitements n'étaient pas renseignés dans 34,2% (n=66) et les antécédents dans 38,3 % (n=74) des dossiers. l'examen traumatologique était absent dans 59,1 % (n = 114) des dossiers et l'examen abdominal dans 36,3 % (n = 69) des cas. L'examen cardio-pulmonaire était absent dans 19,7 % (n = 30) des dossiers.

Notre travail a confirmé que de trop nombreuses données étaient absentes de nos dossiers, engageant la responsabilité du praticien en cas d'évolution défavorable. Nous avons donc créé un formulaire informatique afin de guider les praticiens et d'améliorer l'exhaustivité de nos dossiers. Les praticiens utilisent déjà ce formulaire et leurs retours sont dans l'ensemble positifs. Il conviendra maintenant d'évaluer ce formulaire par exemple au regard du temps de passage aux urgences de ces patients.

Mots clés : intoxication alcoolique, ivresse publique manifeste, urgences, alcool, prise en charge

Title :Management of public drunkenness in the emergency department of Bordeaux's military hospital in 2018.

Abstract : The problem of public drunkenness is common in emergency departments. The objective of our study was to describe the management of patients admitted for public drunkenness in the emergency department of Bordeaux's military hospital in 2018 and to propose a computerized form to guide the emergency practitioner.

We conducted an observational, monocentric, retrospective, descriptive study based on existing records. We extracted patient administrative data, vital parameters, and clinical examination data.

We included 193 patients in the study. Patients were male in 87.5% of cases (n = 169). The mean age was 38 years +/- 12 (min: 18 years; max: 64 years). There were 49.7% (n = 96) of consultations on weekends. Night consultations accounted for 74.61% (n = 144). The average consultation time was 18 minutes +/- 19 (min: 0; max: 127). Respiratory rate was missing in 99.5% (n=192) of the charts, capillary blood glucose was missing in 19% (n=37) of the charts, and Glasgow score was missing in 39% (n=75) of the charts. Temperature was missing in 14% (n=28) of the records. Treatment information was missing in 34.2% (n=66) and history was missing in 38.3% (n=74) of cases. Trauma examination was absent in 59,1 % (n = 114) of cases and abdominal examination in 36,3 % (n = 69) of cases. Cardiopulmonary examination was missing in 19,7 % (n = 30) of cases.

Our work confirmed that too much data was missing from our files, placing the onus on the practitioner in the event of an adverse outcome. We could not know whether or not the elements had been searched for. We therefore created a secure computerized form in order to guide practitioners and to have a certain completeness in our files. Practitioners are already using this form and their feedback is generally positive.

Keywords : alcohol drinking, public drunkenness, emergency departement, alcohol, management