

# Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour®

Anne-Laure Perrine (al.perrine@invs.sante.fr), Aude-Emmanuelle Delavay

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

## Résumé / Abstract

**Introduction** – Cette étude avait pour objectif de décrire les passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë (IEA) à partir des résumés de passage aux urgences enregistrés dans Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

**Matériel et méthode** – Le réseau Oscour® recueille les données de passages aux urgences correspondant à plus de la moitié de l'activité des services d'urgence en France. L'étude a porté sur les passages aux urgences comportant le code CIM10 F10.0 (intoxication éthylique aiguë) recensés dans ce dispositif au cours de l'année 2011.

**Résultats** – En 2011, le nombre de passages aux urgences pour IEA était de 100 404, tous âges confondus, représentant 1% de l'ensemble des passages aux urgences. Les 15-24 ans (N=17 906 ; 17%) et les 40-49 ans (N=25 477 ; 25%) étaient particulièrement concernés. Les variations saisonnières (annuelles, mensuelles, hebdomadaires) faisaient apparaître :  
- sur l'ensemble des passages aux urgences pour IEA, deux pics dans l'année (le 1<sup>er</sup> janvier et le 22 juin), une augmentation en début de mois, notamment chez les 40-54 ans, et une augmentation les week-ends ;  
- chez les 10-24 ans, deux pics dans l'année, en juin et en octobre, un niveau de recours constant au cours du mois et une augmentation très marquée les week-ends.

**Conclusion** – En l'absence de données objectives sur le phénomène, cette étude permet de documenter, à l'échelle nationale, une des conséquences directes de l'usage excessif d'alcool.

## Admission in emergency units for acute alcohol intoxication in France, in 2011. The OSCOUR® network contribution

**Introduction** – The aim of this study was to describe admissions in emergency units for acute alcohol intoxication (AAI) from data recorded in OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

**Methods** – The OSCOUR® network collects the data of more than half emergency units in France. Our study concerned admissions in emergency units containing the F10.0 ICD-10 code (acute alcohol intoxication) recorded in the network during 2011.

**Results** – In 2011, the number of visits for AAI, 100,404 for all ages, represented 1% of all visits. The 15-24 year-olds (N=17,906; 17%) and 40-49 year-olds (N=25,477; 25%) were particularly concerned.

Seasonal variations (annual, monthly, weekly) show:

- For all emergency units visits for AAI, two peaks in the year (on 1 January and 22 June), an increase at the beginning of the month, in particular in the 40-54 year-olds, an increase during the weekend.

- In the 10-24 year-olds, two peaks in the year, one in June and one in October, a constant level of visits during the month, and a very marked increase during the weekend.

**Conclusion** – As there is no objective data on the phenomenon, this study contributes to document one of the direct consequences of excessive use of alcohol on a national scale.

## Mots-clés / Keywords

Alcool, intoxication éthylique aiguë, urgences, Oscour®, France / Alcohol, alcohol intoxication, emergency unit, emergency electronic database, France

## Introduction

La consommation d'alcool est en baisse depuis une quarantaine d'années en France. Pourtant, celle-ci reste l'un des pays européens le plus consommateur [1]. Une des conséquences d'un usage excessif d'alcool est l'intoxication éthylique aiguë (IEA), qui expose à une morbi-mortalité accrue liée notamment aux troubles du comportement induits et à la survenue en conséquence d'accidents ou de morts violentes [2]. Les recommandations publiées par la Société française de médecine d'urgence en 2006 [3] insistent sur le fait qu'un passage aux urgences pour IEA ne doit pas être considéré comme un évènement anodin. Il doit conduire à la détection d'un usage nocif de l'alcool et d'une éventuelle alcoolodépendance.

Par ailleurs, un nouveau mode de consommation excessive d'alcool est apparu ces dernières années, notamment chez les jeunes, le *binge drinking*, qui consiste à consommer de grandes quan-

tités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, et dont l'une des conséquences est l'IEA.

Il existe des données sur le niveau, les modalités et l'évolution de la consommation d'alcool en France, dans la population générale et chez les jeunes [4-6]. Ces enquêtes produisent des informations à partir de données déclaratives sur le nombre d'ivresses intervenues dans l'année, mais ne renseignent pas sur les conséquences de ces ivresses et notamment sur le recours effectif aux urgences pour IEA. L'objectif de ce travail est de décrire les passages aux urgences (PU) pour IEA, en France en 2011, à partir des données du réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

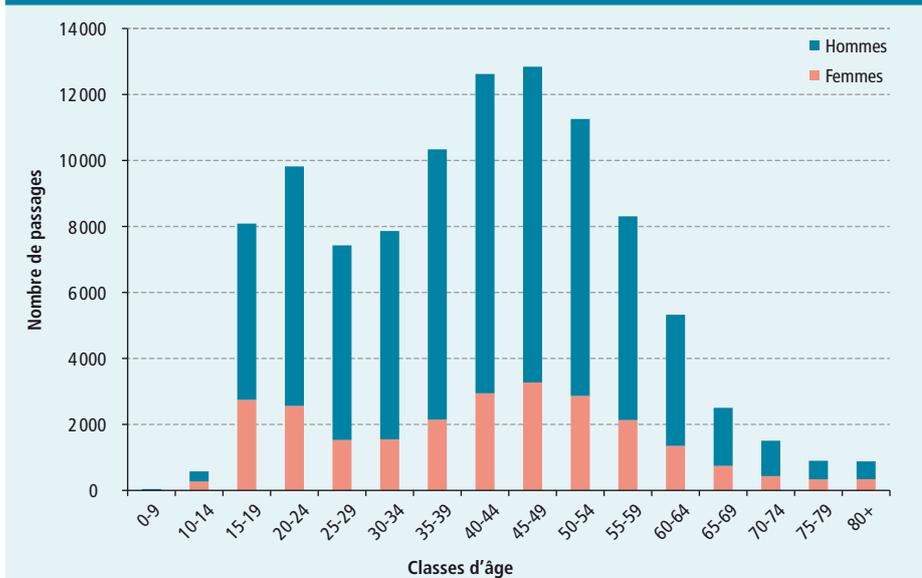
## Matériel et méthodes

Le réseau Oscour® repose sur la participation volontaire des services d'urgence informatisés en France, qui transmettent quotidiennement à l'Institut de

veille sanitaire (InVS) des données sous la forme d'un résumé standardisé de passage aux urgences. En 2011, le réseau couvrait plus de 300 établissements, correspondant à plus de la moitié de l'activité des services d'urgence en France [7].

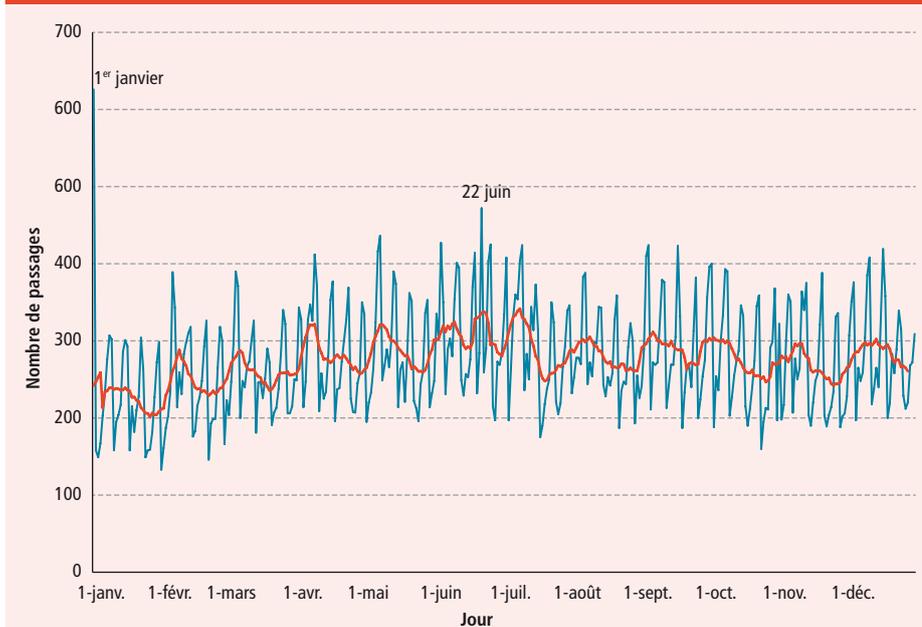
L'analyse a porté sur les données de PU de l'année 2011 concernant une IEA, c'est-à-dire comportant en diagnostic principal ou associé le code CIM10 F10.0. Les caractéristiques (âge et sexe des patients, diagnostic associé, hospitalisation, décès) et les variations saisonnières (au cours de l'année, du mois et de la semaine) des PU pour IEA ont été décrites. Les tendances annuelles ont été représentées à nombre constant d'établissements pour s'affranchir de l'augmentation du nombre de cas d'IEA au cours de l'année liée à l'augmentation du nombre d'établissements dans le réseau. Un lissage a été effectué au moyen de moyennes mobiles d'ordre 7. Les classes d'âge quinquennales utilisées pour la première partie des analyses ont

Figure 1 Répartition par âge et sexe des patients ayant eu recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France, en 2011 / Figure 1 Distribution by age and sex of patients admitted in emergency units for acute alcohol intoxication in France, in 2011



Source : Oscore® 2011.

Figure 2 Variation annuelle des passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France, en 2011 (effectifs quotidiens et moyennes mobiles centrées sur 7 jours) / Figure 2 Annual variation of visits in emergency units for acute alcohol intoxication in France, in 2011 (daily number and moving average centered on 7 days)



Source : Oscore® 2011.

été regroupées en six classes pour les variations saisonnières : 0-9 ans ; 10-24 ans ; 25-39 ans ; 40-54 ans ; 55-69 ans ; plus de 70 ans.

## Résultats

En 2011, le nombre de PU pour IEA s'élevait à 100 404, soit en moyenne 275 passages par jour, ou 0,8 passage pour IEA par jour et par service. Cela représentait 1% de l'ensemble des PU.

Les classes d'âge les plus concernées par un PU pour IEA étaient les 15-24 ans (N=17 906 ; 17% ; figure 1) et les 35-54 ans (N=47 056 ; 47%) et

notamment, au sein de cette dernière classe d'âge, les 40-49 ans (N=25 477 ; 25%). Les trois quarts des PU pour IEA concernaient des hommes. Le sexe-ratio (H/F) différait selon l'âge : proche de 1 chez les 10-14 ans, augmentant progressivement jusqu'à 4 chez les 30-34 ans, puis diminuant de nouveau jusqu'à 1,6 chez les plus de 80 ans. L'âge médian était de 42 ans chez les hommes et de 43 ans chez les femmes. L'IEA constituait le diagnostic principal dans 88% des cas. Lorsqu'elle était en diagnostic associé, les deux diagnostics principaux les plus fréquents étaient une lésion traumatique de la tête

(codes CIM10 S00 à S09) dans 2,9% des cas, et une intoxication par benzodiazépine ou autre narcotique ou hallucinogène (code CIM10 T40) dans 1,6% des cas. Un tiers (33%) des PU pour IEA a donné lieu à une hospitalisation. Les femmes étaient plus concernées que les hommes (respectivement 39% et 31%), et la proportion d'hospitalisations différait selon l'âge : plus élevée chez les mineurs et les 70 ans et plus (respectivement 40 et 43%), et plus faible (20%) chez les 18-25 ans. Six décès sur les 100 404 passages étaient mentionnés.

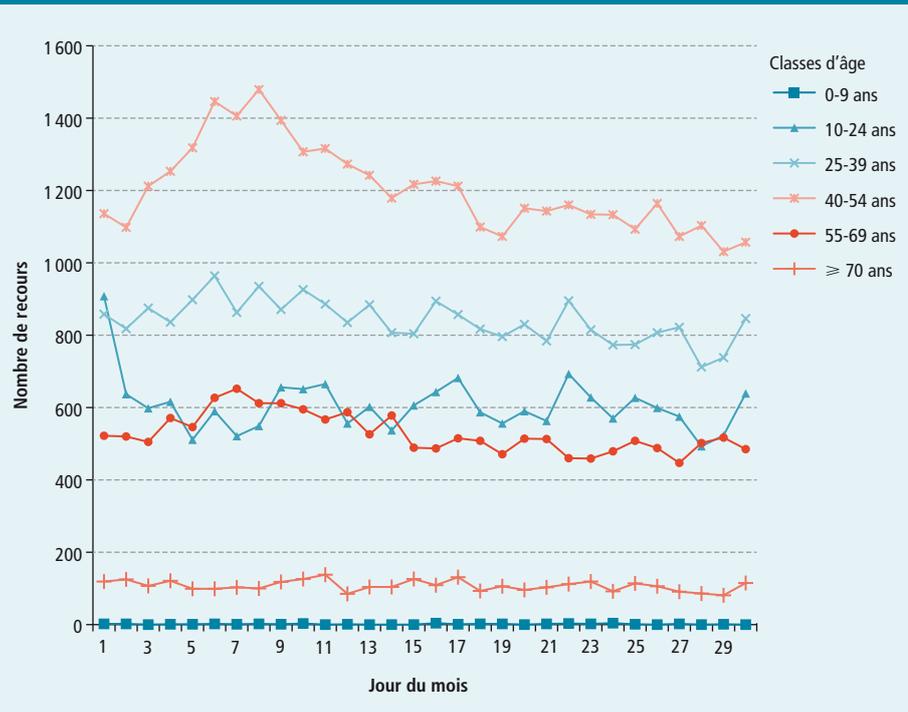
La variation annuelle des PU pour IEA au cours de l'année 2011 (figure 2) montre que le 1<sup>er</sup> janvier est le jour au cours duquel le nombre de passages a été le plus élevé (N=626), suivi du 22 juin (N=440). Chez les 10-24 ans, deux pics apparaissaient : l'un en juin et l'autre en octobre, ainsi qu'une baisse importante en août. Ces pics étaient particulièrement marqués au-delà de l'âge de 18 ans. La répartition des PU pour IEA au cours du mois était similaire pour tous les mois de l'année, avec une augmentation progressive jusqu'au 10 du mois environ, suivie d'une diminution. Cette répartition, principalement retrouvée chez les hommes, était cependant très marquée dans la classe d'âge 40-54 ans, mais non retrouvée chez les 10-24 ans (figure 3). La répartition hebdomadaire des PU pour IEA (figure 4) montrait une augmentation constante au cours de la semaine (notamment les vendredis, samedis et dimanches) chez les hommes comme chez les femmes, de façon particulièrement marquée chez les 10-24 ans et les 25-39 ans. L'heure d'arrivée aux urgences se situait majoritairement en début de soirée pour les 40 ans et plus (autour de 20h), vers 23h pour les 25-39 ans et 3h du matin pour les 10-24 ans (figure 5).

## Discussion

Cette analyse a montré que 1% des PU enregistrés dans le cadre du dispositif Oscore® en 2011 concernait une IEA. La littérature fait état de chiffres allant de 4 à 40% [8]. Cette variation importante est le reflet d'une grande hétérogénéité des méthodes mises en œuvre, en termes de nombre d'établissements observés, de taille d'échantillon, de durée d'observation, etc. En particulier, certaines études se fondent sur la recherche systématique d'une éthyli-sation aiguë par dosage sanguin chez tout patient ayant recours aux urgences, tandis que d'autres s'appuient au contraire sur le diagnostic clinique. Or, dans le premier cas, une alcoolémie positive serait retrouvée chez 20 à 40% des patients ayant recours aux urgences [8], tandis que dans le second cas, 4 à 10% des PU concerneraient une IEA [3;8].

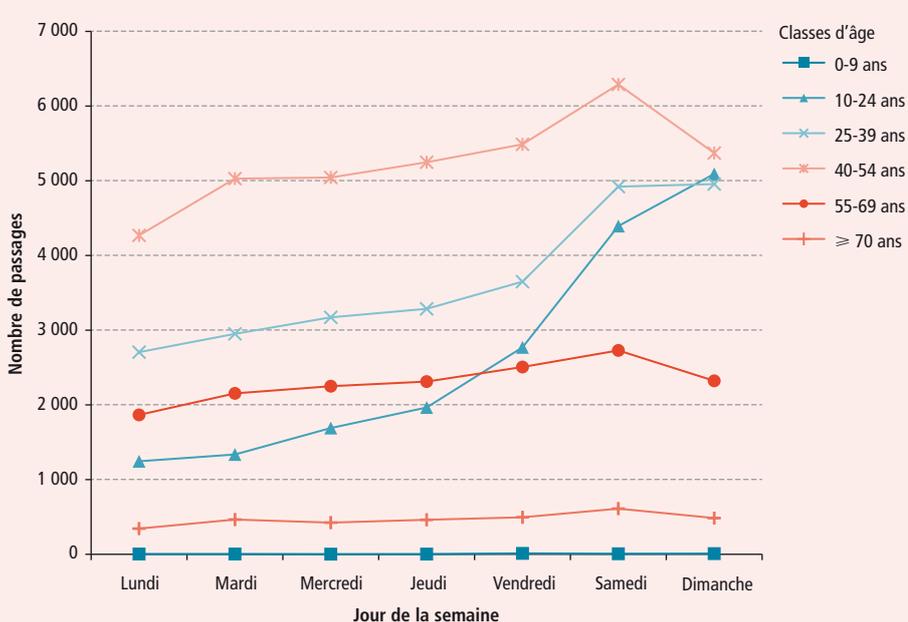
Par ailleurs, notre étude a porté sur les résumés de PU mentionnant une IEA en diagnostic principal ou associé, ce diagnostic étant posé cliniquement par les professionnels de santé des urgences. L'IEA était mentionnée en diagnostic associé dans 12% des cas, ce chiffre étant probablement sous-estimé. En effet, d'une part, il est vraisemblable que les professionnels privilégient le codage en cause principale de la pathologie organique, conséquence de l'IEA (par exemple, un traumatisme crânien ou une fracture après chute) ; d'autre part, certains établis-

Figure 3 Variation mensuelle des passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France, en 2011 / Figure 3 Monthly variation of visits in emergency units for acute alcohol intoxication, in France, in 2011



Source : Oscour®, 2011.

Figure 4 Variation hebdomadaire des passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France, en 2011 / Figure 4 Weekly variation of visits in emergency units for acute alcohol intoxication, in France, in 2011



Source : Oscour®, 2011.

sements utilisent l'ancien format de résumé de passage aux urgences, qui ne permet pas la mention des diagnostics associés ; enfin, les patients adressés par la police pour constat d'ivresse, souvent codés Z029 (examen à des fins administratives) en cause principale, n'ont été sélectionnés que si une IEA apparaissait en diagnostic associé. Compte tenu de ce qui précède, le nombre de PU en lien avec une

IEA observé dans Oscour® se situe en dessous du niveau réel de PU concernant une IEA.

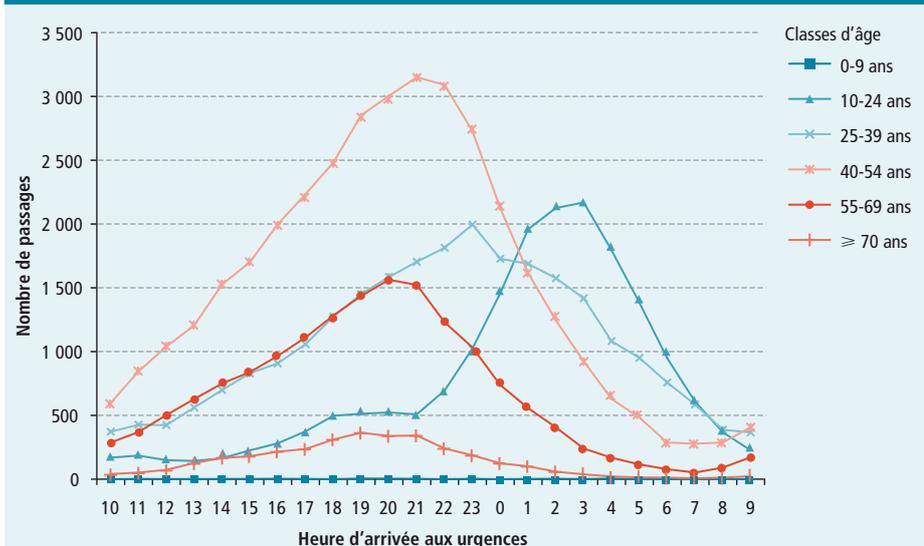
Le nombre de PU pour IEA était 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cette prédominance masculine est retrouvée dans les études portant sur la consommation d'alcool [4-6], de même que la quasi-parité chez les jeunes de moins de 15 ans [9]. Cette étude a montré, comme

d'autres [9;10], que l'IEA concernait non seulement les jeunes mais aussi les plus âgés et plus particulièrement les 40-49 ans. Ces deux groupes d'âge, les 15-24 ans et les 40-49 ans, représentaient respectivement 17% et 25% des PU pour IEA. Ainsi, l'accent récemment mis sur les jeunes en termes d'action de prévention ne devrait pas occulter la nécessité de prendre en compte le phénomène également important chez les personnes plus âgées.

Les variations annuelles des PU pour IEA faisaient apparaître deux pics dans l'année : le 1<sup>er</sup> janvier et le 22 juin, qui se situe le lendemain de la Fête de la musique. Cela renvoie à des comportements sociaux intuitivement connus. Chez les 10-24 ans, et en particulier au-delà de 18 ans, deux pics étaient également observés au cours de l'année : en juin, ce qui correspond à la fin de l'année scolaire/universitaire et inclut la Fête de la musique, et en octobre, ce qui peut correspondre à la rentrée universitaire et aux week-ends d'intégration des étudiants. Les tendances mensuelles indiquaient pour leur part qu'un plus grand nombre de recours avait lieu au début du mois, notamment chez les hommes de 40-54 ans. Ce phénomène est cohérent avec les données de consommation des ménages, plus importantes en début du mois, en raison probablement de la plus grande disponibilité de revenu pendant cette période [11]. Enfin, le nombre de PU pour IEA augmentait le vendredi, le samedi et le dimanche, particulièrement chez les 10-24 ans. Cette tendance à la hausse en fin de semaine est également bien connue [4-6;9;12].

S'agissant de la stratégie de surveillance des IEA aux urgences, les recommandations publiées sur le sujet [3] préconisent une hospitalisation des IEA compliquées ou associées (coma éthylique, pneumopathie d'inhalation, traumatisme crânien, etc.) et une surveillance pour les autres IEA, soit dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), soit à défaut dans la structure d'accueil des urgences (SAU). Notre étude faisait état de taux d'hospitalisation relativement faibles (33%) bien que plus élevés chez les mineurs (40%). Ce résultat pourrait être rapproché du fait que la plupart des IEA présentent un état de gravité peu élevé [3] ne requérant donc pas d'hospitalisation, mais une surveillance horaire mise en œuvre au sein de la SAU ou de l'UHCD. Cependant, il apparaît, selon l'avis d'urgentistes participant au réseau Oscour® et du Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (CIRDD) de Bretagne qui a pu analyser, en les croisant, les données du PMSI du CHU de Rennes et les résumés de PU de ce même CHU [9], que l'hospitalisation en UHCD n'est pas systématiquement codée sur les résumés de PU. Dans notre étude, les données du dispositif Oscour® sous-estiment donc probablement le taux d'hospitalisation des personnes ayant eu recours aux urgences pour IEA. Par ailleurs, au-delà de l'hospitalisation, les données de PU ne permettent pas de savoir en tant que telle si une surveillance horaire a été mise en œuvre au sein du SAU. La durée de PU ne permettrait pas non plus d'évaluer la stratégie de surveillance mise en œuvre, en l'absence de données fiables sur l'état du patient.

Figure 5 Variation journalière des passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France, en 2011 / Figure 5 Daily variation of visits in emergency units for acute alcohol intoxication, in France, in 2011



Source : Oscour®, 2011.

Par ailleurs, les recommandations préconisent pour les adolescents une hospitalisation d'au minimum 72 heures dans une structure spécialisée, afin de pouvoir mettre en œuvre un bilan alcoolique, psychologique et social. Si le dispositif Oscour® ne permet pas, à ce jour, une évaluation précise de la prise en charge mise en œuvre en la matière, les travaux du CIRDD de Bretagne [13] laissent à penser que celle-ci serait imparfaite et que cela pourrait être en partie dû à une offre de soins en alcoologie insuffisante ou mal répartie au cours de la journée et de la nuit dans les services d'urgences et les structures hospitalières. Une évaluation spécifique serait donc à envisager pour objectiver le phénomène et dimensionner l'offre de soins en conséquence.

En conclusion, cet article présente une première analyse, à l'échelle nationale, des recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë. La participation des établissements au dispositif Oscour® est volontaire, de sorte que la couverture du réseau

Oscour® est très variable d'une région à l'autre. Ainsi, cette étude ne permet pas de calculer le taux national de passage aux urgences pour IEA, mais autorise l'identification de groupes de population concernés par les recours aux urgences pour IEA dans les établissements du réseau, et permet de décrire les variations saisonnières de ces derniers, les résultats étant par ailleurs congruents avec la littérature sur le sujet.

#### Remerciements

Les auteurs remercient : l'équipe en charge du réseau Oscour® à l'InVS (et notamment N. Caillère et V. Henry), L. Mandereau-Bruno à l'InVS, les membres du réseau (et notamment A. Santin et M.J. Calmettes, praticiens hospitaliers au service des urgences de l'Hôpital Henri-Mondor de Créteil, AP-HP), les membres du groupe de travail constitué pour construire les indicateurs de morbidité hospitalière liée aux maladies alcooliques du foie, faisant l'objet d'un autre article dans ce numéro (N. Ganne, E. Gelsi, L. Michel, R. Moirand, F. Roudot-Thoraval, P. Rufat).

#### Déclaration d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

#### Références

- [1] Organisation mondiale de la santé, Bureau régional Europe. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional Europe; 2012. 161 p. Disponible à : <http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/alcohol-in-the-european-union-consumption-harm-and-policy-approaches>
- [2] Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365(948):519-30.
- [3] Sureau C, Charpentier S, Philippe JM, Perrier C, Trinh-Duc A, Fougeras O, et al. Actualisation 2006 de la seconde Conférence de Consensus 1992 « L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences ». Paris: Société française de médecine d'Urgence; 2006. 24 p.
- [4] Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar M, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances (OFDT)*. 2011(76):1-6.
- [5] Spilka S, Le Nézet O. Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD 2011). Saint-Denis: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2012. 17 p.
- [6] Enquête ESCAPAD (OFDT) [site Internet] <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/escapad.html>
- [7] Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences [site Internet] <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Veille-et-alerte/Surveillance-syndromique-SurSaUD-R/Reseau-OSCOUR-R>
- [8] Tempelhoff G, Tempelhoff C. L'ivresse alcoolique aiguë au service d'accueil des urgences. Étude multicentrique. *Réanim Urgences*. 1992;1: 640-4.
- [9] Centre d'Information régional sur les drogues et les dépendances. Jeunes alcoolisés aux urgences en Bretagne. Rennes: Centre d'Information régional sur les drogues et les dépendances de Bretagne; 2012. 8 p. Disponible à : [http://www.cirdd-bretagne.fr/outils/publications/?no\\_cache=1&tx\\_publications\\_pi1%5BshowUid%5D=11](http://www.cirdd-bretagne.fr/outils/publications/?no_cache=1&tx_publications_pi1%5BshowUid%5D=11)
- [10] Haberern M, Exadaktylos AK, Marty H. Alcohol intoxication at a university hospital acute medicine unit with special consideration of young adults: an 8-year observational study from Switzerland. *Emerg Med J*. 2010;27(3):199-202.
- [11] Bigot R. Regards sur les quartiers « sensibles » et les discriminations en France. Collection Rapports N° R271. Paris: Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie; 2009. 107 p. Disponible à : <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=R271>
- [12] Pirmohamed M, Brown C, Owens L, Luke C, Gilmore IT, Breckenridge AM, et al. The burden of alcohol misuse on an inner-city general hospital. *QJM*. 2000;93(5):291-5.
- [13] Le Garjean N, Pavic G. Les alcoolisations aiguës des jeunes admis aux services d'urgence de Bretagne. Rennes: Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances de Bretagne; 2012. 70 p. Disponible à : [http://www.cirdd-bretagne.fr/outils/publications/?no\\_cache=1&tx\\_publications\\_pi1%5BshowUid%5D=11](http://www.cirdd-bretagne.fr/outils/publications/?no_cache=1&tx_publications_pi1%5BshowUid%5D=11)