

**ANNEE 2021**

N°

**EVALUATION DE L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE SARS-COV-2 SUR LES ADMISSIONS AVEC  
ALCOOLEMIE POSITIVE AU SEIN DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CENTRE  
HOSPITALIER DE MACON**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 7 septembre 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Marie DECRETTE

Né(e) le 29/09/1988

A Chalon sur Saône (71)

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2021**

N°

**EVALUATION DE L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE SARS-COV-2 SUR LES ADMISSIONS AVEC  
ALCOOLEMIE POSITIVE AU SEIN DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CENTRE  
HOSPITALIER DE MACON**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 7 septembre 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Marie DECRETTE  
Né(e) le 29/09/1988  
A Chalon sur Saône (71)

Année Universitaire 2021-2022  
au 1<sup>er</sup> **Septembre 2021**

**Doyen :**  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

		<b>Discipline</b>
M.	Jean-Louis	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	Médecine interne
M.	Marc	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	Neurologie
Mme	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	Pneumologie
M.	Alain	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	Immunologie
M.	Olivier	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	Nutrition
M.	Alain	Ophthalmologie
Mme	Mary	Hématologie type biologique
M.	Patrick	Génétique
Mme	Catherine	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	Réanimation
M.	Jean-Christophe	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	Anatomie
M.	Alexandre	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	Urologie
M.	Yves	Cardiologie
M.	Charles	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	Ophthalmologie
M.	Frédéric	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	Médecine interne
Mme	Laurence	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	Chirurgie générale
Mme	Laurence	Génétique médicale
Mme	Patricia	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	Pneumologie
M.	François	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	Pédiatrie
Mme	Agnès	Physiologie
M.	Pierre	Gériatrie
M.	Philippe	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	Histologie
M.	Gabriel	Cardiologie

M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépto-gastroentérologie
M.	Romaric	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépto-gastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023) Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			<b>Discipline Universitaire</b>
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
			(Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021)
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire

Mme Anne-Sophie  
M. Pierre  
M. Thomas  
M. Alain  
Mme Claire  
M. Antonio  
M. Paul-Mickaël

**MARIET**  
**MARTZ**  
**MOUILLOT**  
**PUTOT**  
**TINEL**  
**VITOBELLO**  
**WALKER**

Biostatistiques, informatique médicale  
Chirurgie orthopédique et traumatologie  
Physiologie  
Gériatrie  
Néphrologie  
Génétique  
Biophysique et médecine nucléaire

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	<b>CAMUS</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2018 au 31/10/2021)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)

## PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Jacques	<b>BEAURAIN</b>	Neurochirurgie
----	---------	-----------------	----------------

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX -WALDNER</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEURS CERTIFIES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Patrick RAY

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

Monsieur le Professeur Associé François MORLON

Monsieur le Docteur Pascal MENECHER

Monsieur le Docteur Jacques ASDRUBAL (Directeur de Thèse)

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*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 les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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.*

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Patrick RAY**

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver l'assurance de mon profond respect, de ma gratitude et de ma reconnaissance.

### **A Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER**

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver l'assurance de mon profond respect et de mes sincères remerciements

### **A Monsieur le Professeur Associé François MORLON**

Merci de me faire une nouvelle fois l'honneur de juger mon travail. Je te remercie pour m'avoir fait le privilège de travailler à tes côtés. Je t'assure mon profond respect et ma sincère gratitude.

### **A Monsieur le Docteur Pascal MENECHIER**

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie de m'avoir donné l'opportunité et de m'avoir guidé sur ce sujet. Veuillez trouver l'assurance de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

### **A Monsieur le Docteur Jacques ASDRUBAL**

Merci de me faire l'honneur de travailler avec toi. Je te remercie pour l'accompagnement et les sages conseils que tu m'as apportés tout au long de ce travail. Je te remercie également pour ce semestre passé aux urgences à tes côtés, pour ta bienveillance et pour cette passion de l'humain que tu as su me transmettre.

Je t'assure mon plus profond respect et ma sincère gratitude.

## REMERCIEMENTS

### **A mes rencontres professionnelles :**

A tous ceux dont j'ai croisé le chemin et qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A toute l'équipe de pédiatrie de Nevers, Mr et Me les Dr HoDang, Dr Takam, Sophie, Sandrine, Marie, Morgane, en particulier Marie-Laure pour ta gentillesse, ta patience et ton écoute. A Sophie, ma plus belle rencontre nivernaise, ma grande sœur. A Alexandra, Sarah et Margaux pour m'avoir fait découvrir que finalement Nevers, c'est pas si mal !

A toute l'équipe de médecine polyvalente et maladies infectieuses de Mâcon, Dr Jean-Paul Kisterman et vos connaissances infinies, Dr Joséphine Chapalain-Gagnon et ta gentillesse, Dr Yann Prudhon et ta disponibilité, Dr Hadrien Peyrot et ta continuelle bonne humeur et Céline, la meilleure secrétaire !

A toute l'équipe des urgences de Mâcon, et elle est grande ! A Jacques, Maxime, Fred, Bruno, Marc, David, Mélissa, Nicolas, Michel, Elise, Alexis, Sylvain, Aurélien, Laetitia, Céline, Emelyne, Loïc, Pierre-Yves, Romalie, Vincent, Xavier et tous les autres. Merci de m'avoir fait grandir et prendre confiance en moi, j'ai rarement vu une équipe aussi soudée et d'une entre-aide à tout épreuve. A Fred Chapalain, merci pour ton accompagnement, mêmes à des heures tardives, et tes corrections statistiques.

Au Dr Jean-Jacques Maréchal, Dr Benoit Descharmes, Dr Isabelle Sellès, Dr Raphaèle Machet, Dr Denis Prost et surtout au Dr Cécile Chambefort pour m'avoir fait découvrir la médecine générale au quotidien et quel quotidien !

A toute l'équipe de soins palliatifs de la Mirandière et aux Dr Isabelle Sidaner, Dr Evelyne Micheli et Dr Christophe Devaux. J'ai découvert une autre vision de la médecine à vos côtés, une belle vision, plus humaine malgré les difficultés. Vous avez transformé mon métier en passion. Je ne vous en remercierais jamais assez.

### **A mes amis de toujours :**

A mes conscrits, Paulette, Nico, Marion, Aurélie, Cyrielle, Mélanie, Laureen et Clément, loin des yeux mais près du cœur, pour ce weekend annuel qui ne ressemble à aucun autre et tous ces souvenirs pas toujours précis d'ailleurs ! A ma conscrite Laura, merci de toujours être là.

A mes précieuses amies, Cécilie et Aurore, merci pour tous nos moments passés ensemble, à tous ces réveils beaucoup trop tôt pour aller sur les terrains de concours, à tous ces stands tenus, à nos vacances et nos barbec, et aux hommes qui partagent vos vies. Votre amitié m'est très précieuse.

Aux « kleenex girls », les 5 doigts d'une main, Claire, Aurélie, Salomé et Elodie, et à vos familles qui s'agrandissent (Charly, Julien et Jeanne, Adrien, Coline et Gaston, Olivier et Maéliq). Il n'y a pas de mots pour décrire notre amitié. Nous avons traversé le pire et le meilleur, toujours partantes pour les expériences les plus folles. J'espère pouvoir partager ça avec vous le plus longtemps possible.

Aux Petits Bonheurois, à Alex, tu es une personne exceptionnelle, merci pour ta joie et bonne humeur, pour cette passion qui ne cesse de grandir, ne change rien ! A Steph, une de mes plus belles rencontres de poney, merci pour toutes ces invit à Aiserey City et merci de m'avoir fait rencontrer celui qui partage

ma vie (et, bien sûr, à *Bastien*, mon futur mari, s'il le veut encore dans 15 ans !). A *Chloé* et *Claudia*, mes acolytes de randos, les Côtes n'ont plus de secrets pour nous, promis, on arrête de se perdre ! A la célèbre équipe handi sport, connue et reconnue, à *Sophie*, *Hélène B*, *Nath moula* (oui, oui, tu es dedans !). A tous mes coachs et en particulier à *Thierry*, pour toutes ces heures de souffrances hivernales, mais qui valent le coup, « sortez la poitrine les filles ». Et à tous les autres, grâce à qui je passe de si bons moments aux écuries, *Sandrine*, *Nathan*, *Pauline P*, *Cindy*, *Solène*, *Lou*, *Pauline C*, *Marie B*, *Marie F*, *Robin*, *Audrey*, *Lisa P*, *Charline*, *Chloé*, *Joanna*, *Virginie* et à tous ceux que j'oublie. A *Marie-Hélène*, que je croise dans tous les aspects de ma vie, qu'ils soient professionnels ou cavaliers, tu es toujours de bons conseils.

#### ***A tous ceux rencontrés pendant ces longues études :***

A toute mes rencontres de fac et à l'équipe du tutorat, que d'expériences à vos côtés (Christophe, Rémy et tous les autres)

Aux internes nivernais (Julie, Noémie, et tous les autres) et à mes coloc (Déa, Alicia, Mathilde), votre bonne humeur et nos soirées déguisées.

Aux internes mâconnais (Charline, Lucile, Adeline, Matthieu, Lambert, Jérémy, Emilienne, Sarah H et Sarah G, Aurélien, Mathilde, Angélique, Nicolas, Marion, Thomas, Rémy, Antoine, Christopher, Roxanne, Yoann, Sven et tous les autres), à nos sessions sportives, nos soirées de folie et surtout à la BDC, « on reviendra un jour ».

A Bertille, ma meilleure co-interne et une superbe rencontre d'internat, merci pour tous ces moments partagés, pour ce voyage irlandais, la chaussée des géants doit s'en souvenir !

#### ***Aux nouvelles rencontres :***

Aux nouveaux amis, Alex, Ana, Wilson, Angel, Cyrille et Amande, Céline et Laurent, Laure et Alex, Brooky et Johana, Ismael, Bastien, Guillaume, Julie, Pauline, Stéphane, Théau et tous les autres, pour votre simplicité et votre bonne humeur si contagieuse, toujours partant pour un apéro improvisé ou un barbecue sous la pluie.

#### ***Et à tous ceux que j'oublie.***

#### ***A ma famille :***

A mes parents, *Nathalie et Dominique*, maman, papa, merci pour votre confiance et votre soutien inconditionnel depuis toujours. Merci de m'avoir supporté, moi et mon caractère (même si à ce qu'il paraît les chiens font pas des chats !) Si j'en suis là ce jour, c'est grâce à vous. Je vous en serai éternellement reconnaissante. Je suis fière d'être votre fille.

A ma petite sœur, *Lucie*, ma naine, ma copieuse préférée, pour tous ces moments passés ensemble, à nos cris et nos rires, je serai toujours là pour toi. Ne lâches rien, la ligne d'arrivée est bientôt là. Et merci à toi, *Jean*, d'en prendre autant soin.

A ma nièce, *Camille*, et à ton arrivée dans la famille, ma pauvre, tu ne sais pas où tu viens de mettre les pieds, ça va déménager.

A mes grands-parents, *mamie Amande* et *papy Varo*, je suis tellement heureuse de vous avoir à mes côtés, merci pour votre amour sincère, pour tous ces beaux souvenirs d'enfance et de Gueugnon, de nos vacances au Portugal. Si on m'avait dit qu'un jour je ferai un resto basket avec mes grands-parents ! Vous déchirez ! A mes grands-parents, *mamie Mimi* et *papy Bébel*, vous me manquez, je sais que vous veillez sur moi, vous resterez à jamais dans mon cœur.

A mes cousins et cousines, à *Valou* et *Jé*, merci pour tous ces fous rires, les JO de Gueugnon resteront gravés dans ma mémoire, je vous dois mes plus beaux souvenirs de jeunesse (et non, on est pas si vieux !), surtout ne grandissez jamais ! A *Charlotte*, loin et pourtant si près, que de beaux moments passés à Liernais ! A *Sacha*, la nordiste. A *Sylvain* pour m'avoir aidé à naviguer aux urgences, à toutes ces blagues et à nos séances de tir à l'arc dans les bois de Chevroux. Je ne comprendrai jamais d'où de te vient toute cette imagination ! Et à *Nelly* aussi. Et à vos belles familles (*Coline, Tom et Zoé, Estelle et Emilie, Julien, Louane et Maé, Viviane, Stéphane, Corentin et Elodie*)

A mes oncles et tantes, à *Maria et Bernard*, merci pour tous ces moments partagés et votre organisation sans faille des repas de fêtes. A *Jean-Yves*, notre médecin nordiste aux cent milles vies et à l'agenda bien rempli, merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces études. A *Martine et François*, les globes trotteurs de la famille, merci pour tous ces beaux souvenirs avec vous.

A ma famille au-delà des frontières, *Dulce, Elsa, Tiago, Paula, Jose* et tous les autres.

A ma belle-famille, *Colette et Raymond*, merci pour ces beaux moments passés avec vous et votre sens de la famille, merci de m'avoir accepté dans la vôtre. A *Anne-Laure et Julien*, je suis heureuse de vous avoir rencontré, pour votre motivation à toute épreuve que l'on parle de bière ou de sport, pour votre grain de folie très contagieux. La bise les moches ! A vos superbes filles, *Clara et Elsa*, pour votre gentillesse à toute épreuve, vos sourires et votre bonne humeur. Vous êtes des vrais soleils.

A *Sybèle, Miki, Freestyle, Quezac et Pathelin*, mes plus fidèles compagnons à poils, toujours présents mêmes dans les moments les plus difficiles.

### ***Et à toi, Anthony,***

Mon chaton, merci. Merci pour ton amour et ta présence à mes côtés depuis toutes ces années. Merci pour tout ce que tu m'apportes. Merci de m'avoir soutenu pendant toute cette période, pas toujours facile. Tu es la plus belle personne qu'il m'ait été donné de rencontrer, je vis ma plus belle vie à tes côtés.

Je t'aime.

## TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>17</b>
<b>A. GENERALITES -----</b>	<b>17</b>
<b>B. CENTRE HOSPITALIER DE MACON : LES CHANAUX -----</b>	<b>18</b>
1. Généralités et situation géographique .....	18
2. Service d'Accueil des Urgences .....	18
3. Addictologie et Urgences, une histoire ancienne .....	19
<b>C. ALCOOL -----</b>	<b>20</b>
1. Usage de l'alcool en France : Histoire .....	20
2. Epidémiologie .....	21
3. Conséquences de la surconsommation .....	22
<b>D. SITUATION SANITAIRE COVID : POINTS ESSENTIELS -----</b>	<b>24</b>
1. Rappels de physiopathologie du SARS-CoV-2 .....	24
2. Situation sanitaire mondiale et française en 2020 .....	24
3. Mesures de santé publique en France .....	26
4. Réorganisation sanitaire à l'hôpital de Mâcon .....	28
<b>E. LIEN ALCOOL et COVID -----</b>	<b>29</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>31</b>
<b>A. Objectif de l'étude -----</b>	<b>31</b>
<b>A. Type d'étude -----</b>	<b>31</b>
<b>B. Période de l'étude -----</b>	<b>31</b>
<b>C. Population étudiée -----</b>	<b>31</b>
<b>D. Recueil des données -----</b>	<b>32</b>
1. Méthodologie du recueil .....	32
2. Données .....	33
3. Analyse statistique .....	35
<b>III. RESULTATS .....</b>	<b>36</b>
<b>A. Diagramme de flux -----</b>	<b>36</b>
<b>B. Analyse statistique comparative entre 2019 et 2020 -----</b>	<b>37</b>
<b>C. Profil patient 2020 -----</b>	<b>43</b>
1. Données administratives .....	43
2. Antécédents .....	48
3. Traitement habituel .....	49
4. Contexte du motif de venue .....	50
5. Données paracliniques .....	52
6. Prise en charge .....	53
7. Autres .....	54

<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>55</b>
<b>A. Comparaison annuelle</b> -----	<b>55</b>
1. Fréquentation .....	55
2. Population étudiée.....	55
3. Modalités de séjour du patient.....	56
<b>B. Profil patient 2020</b> -----	<b>57</b>
1. Données administratives .....	57
2. Antécédents et traitement habituel .....	57
3. Contexte.....	58
4. Bilan paraclinique.....	58
5. Prise en charge.....	59
6. Autres.....	59
<b>C. Points forts et faiblesse de l'étude</b> -----	<b>60</b>
<b>V. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>63</b>

### **TABLE DES TABLEAUX**

<i>Tableau 1 : Descriptif de la population selon la période</i> .....	39
<i>Tableau 2 : Modalités du séjour de la population selon la période</i> .....	41
<i>Tableau 3 : Descriptif de la population de l'échantillon</i> .....	43
<i>Tableau 4 : Modalités du séjour de la population de notre échantillon</i> .....	47
<i>Tableau 5 : Antécédents de la population de l'échantillon</i> .....	48
<i>Tableau 6 : Traitement habituel de la population de l'échantillon</i> .....	49
<i>Tableau 7 : Contexte de l'admission de la population de l'échantillon</i> .....	51
<i>Tableau 8 : Données paracliniques de la population de l'échantillon</i> .....	52
<i>Tableau 9 : Prise en charge de la population de l'échantillon</i> .....	53
<i>Tableau 10 : Caractéristiques autres de la population de l'échantillon</i> .....	54

## TABLE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Nombre de nouveaux cas et de décès hebdomadaires dans le monde selon l'OMS</i>	25
<i>Figure 2: Nombre de nouveaux cas et décès hebdomadaires en France selon l'OMS</i>	25
<i>Figure 3 : Nombre de passage et variation mensuels</i>	37
<i>Figure 4 : Nombre d'alcoolémie positive et variation mensuels</i>	37
<i>Figure 5 : Nombre d'alcoolémie positive rapporté au nombre de passages mensuels</i>	38
<i>Figure 6 : Nombre d'alcoolémie positive selon la période</i>	38
<i>Figure 7: Age et alcoolémie selon le sexe</i>	40
<i>Figure 8 : Nombre d'alcoolémie positive selon le niveau de gravité</i>	40
<i>Figure 9 : Orientation selon la période</i>	42
<i>Figure 10 : Secteur d'hospitalisation selon la période</i>	42
<i>Figure 11 : Pyramide des âges de l'échantillon</i>	44
<i>Figure 12: Triage CIM-10 de l'échantillon</i>	44
<i>Figure 13 : Age et alcoolémie selon le sexe de la population de l'échantillon</i>	45

## **ABREVIATIONS**

- **ARS** : Agence Régionale de la Santé
- **BU** : Bandelette Urinaire
- **CIM-10** : Classification Internationale des Maladies
- **COVID** : coronavirus disease
- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **ECBU** : Examen Cyto-Bactériologique des Urines
- **EHPAD** : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
- **EPI** : Eléments de Protection Individuelle
- **EROPP** : Enquête sur les Représentations, Opinion et Perceptions relatives aux Psychotropes
- **FFP** : Filtering Facepieces Particles
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HPCDP** : Health Promotion and Chronic Disease Prevention
- **IAO** : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
- **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- **MERS-CoV** : Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus
- **NFS-P** : Numération Formule Sanguine - Plaquette
- **OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONISR** : Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière
- **RT-PCR** : Reverse Transcriptase – Polymerase Chain Reaction
- **RESPADD** : Réseau de Prévention des Addictions
- **RPIB** : Repérage Précoce – Intervention Brève
- **SARS-CoV-2** : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
- **SAU** : Service d'Accueil des Urgences
- **SI** : Soins Intensifs
- **SMUR** : Structures Mobiles d'Urgences et de Réanimation
- **SP** : Sapeur-Pompier
- **SRAS-CoV** : Severe Respiratory Acute Syndrome Coronavirus
- **ZHTCD** : Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée

# I. INTRODUCTION

## A. GENERALITES

La consommation d'alcool est historiquement ancrée dans la culture mondiale (1), en particulier française (2,3). Avec la consommation tabagique, elle est l'addiction la plus fréquente au sein de la population (3). En 2017, 10% des 18-75 ans affirment consommer quotidiennement de l'alcool et 87% en consomment au moins une fois dans l'année. En 2015, 41 000 décès lui sont attribués (4,5).

Pendant de nombreuses années, l'usage de l'alcool est considéré comme une thérapeutique médicale à part entière. En effet, différentes études mettent en avant certains effets protecteurs en cas de consommation modérée. Cependant, une consommation non régulée est associée à différents risques, à court, moyen et long terme, pouvant aller jusqu'au décès (3).

En France, la consommation d'alcool présente un impact médical, social et financier non négligeable (6,7). En 2017, les passages quotidiens moyens dans les services d'urgences directement liés à l'alcool s'élevaient de 0.3 à 3.1% selon les régions (8).

La HAS recommande différentes méthodes afin de dépister, de contrôler la consommation d'alcool ainsi que ses facteurs de risques (9,10). Cependant, certains facteurs ne sont pas contrôlables, comme le vécu d'événements traumatisant qui est associé à une augmentation de la consommation de substances addictives, en particulier alcoolisée (11).

L'infection au SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) fait son apparition en Chine, dans la ville de Wuhan, en décembre 2019. Elle se développe rapidement pour toucher la presque totalité des pays mondiaux et est nommée COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) (12). En France, les premiers cas sont diagnostiqués en janvier 2020. En quelques mois, elle se propage pour toucher la totalité du pays avec cependant de franches disparités territoriales et sociales (13).

La morbi-mortalité de cette infection est importante et croît rapidement. L'absence de thérapeutique spécifique oblige les gouvernements à mettre en place différentes mesures, sur des durées plus ou moins longues, pour ralentir et contrer cette pandémie (12). Ces mesures influencent l'évolution de l'infection et retentissent également sur l'état de santé globale de la population (13).

Un certain nombre d'études mettent en évidence l'impact négatif de la pandémie de COVID-19 sur les consommations addictives dont l'alcool (14,15). Cependant, peu d'entre elles évaluent l'impact de l'évolution de ces comportements addictifs sur les services d'urgences.

Ainsi, nous avons réalisé une étude rétrospective sur 10 mois, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 décembre 2020, évaluant l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les patients admis avec une alcoolémie positive au sein du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon. L'objectif principal est d'évaluer l'impact de la pandémie de SARS-CoV-2 et des mesures sanitaires et sociales sur les admissions avec alcoolisation aiguë au sein de ce service. Par ailleurs, nous nous sommes également intéressés au profil de ces patients.

Après une présentation du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon, un rappel des généralités sur la pandémie de SARS-CoV-2 et sur l'addiction à l'alcool en France, nous présenterons les résultats de notre étude et les discuterons.

## B. CENTRE HOSPITALIER DE MACON : LES CHANAUX

### 1. Généralités et situation géographique

Le Centre Hospitalier des Chanaux, construit de 1969 à 1972 et ouvert en 1975, est situé à Mâcon, au Sud de la Région Bourgogne Franche Comté, dans le département de la Saône et Loire, limitrophe avec le département de l'Ain.

Le Centre Hospitalier de Mâcon draine un bassin de population de 210 000 personnes et comprend 964 lits dont 394 en Médecine-Chirurgie-Obstétrique, 14 en Service de Réanimation Polyvalente et 8 en Unité de Soins Intensifs Cardiologiques. Il se compose de plusieurs établissements, assurant chacun une activité spécifique (Unités d'hospitalisation, Structures extrahospitalières de Psychiatrie, Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes, Etablissements d'enseignement). En vue d'assurer la permanence des soins, il met également une Maison Médicale à disposition des médecins libéraux (16,17).

En 2018, le nombre d'hospitalisation s'élève à 53 274, tous secteurs confondus (16).

### 2. Service d'Accueil des Urgences

En 1975, l'historique hôpital Hôtel Dieu est remplacé par le Centre Hospitalier de Mâcon. Dès son ouverture, un Service d'Accueil des Urgences, initialement nommé Bloc d'Urgence, propose une prise en charge des principales urgences médico-chirurgicales à la population locale. Ce n'est qu'à partir de 1977 qu'il disposera d'une hélistation (18).

En 2014, la HAS définit la mission des services d'urgence comme la prise en charge « 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 [...], des besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent [...] l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir » (19).

En 2018, le nombre de passage au sein du Service d'Accueil des Urgences de Mâcon s'élève à 43 986, soit une moyenne de 120,5 passages quotidiens (17).

### 3. Addictologie et Urgences, une histoire ancienne

Depuis plusieurs dizaines d'années, le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon coopère de façon étroite avec le service d'Addictologie afin d'adapter au mieux la prise en charge des patients présentant des troubles liés à l'usage de l'alcool (20).

Ainsi, une à deux fois par an, les médecins addictologues et urgentistes se réunissent pour échanger, entre autres, sur les nouvelles recommandations concernant la prise en charge de ces patients. Cet échange est également l'occasion d'évaluer l'efficacité de leurs prises en charge avec un retour statistique sur les patients admis avec une alcoolémie positive (21).

Enfin, depuis quelques années (1997), une consultation est proposée à chaque patient hospitalisé via les urgences et présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool, s'apparentant à une Consultation Alcool Post Urgence du réseau RESPADD (22) (ANNEXE 1). Cette rencontre, baptisée « Rencontre du Lendemain de l'ivresse », a lieu au lit du patient, le plus souvent avec une Infirmière Diplômée d'Etat de l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, permettant d'oublier le côté formel de la conversation avec un médecin (23,24). Ce temps d'échange, pouvant relever du RPIB, permet d'ouvrir le dialogue sur les addictions, et le taux de refus ne s'élève que de 3 à 4% environ au Centre Hospitalier de Mâcon (25).

## C. ALCOOL

### 1. Usage de l'alcool en France : Histoire

Historiquement, l'usage de l'alcool est ancré dans la société française. Existant depuis plusieurs millénaires, son développement est assuré par les grands empires comme l'empire romain, puis par certaines religions dont le christianisme et enfin grâce à la médecine (26).

En effet, l'alcool médicament est une notion ancienne, évoluant depuis plusieurs siècles, jusqu'à l'époque récente du Dr Louis Pasteur. Ce dernier introduit le vin comme « à bon droit [...] la plus saine, la plus hygiénique des boissons » (27). On lui attribue également des effets bénéfiques sur la santé comme l'amélioration du transit et de la digestion. L'alcool s'utilise parfois comme psychostimulant ou fortifiant lors d'infections. Le vin sera même présenté comme traitement préventif de l'alcoolisme (26). Encore en 1992, le « French paradoxe » met en avant la théorie selon laquelle la consommation de vin aurait un effet protecteur contre les maladies coronariennes et en particulier l'athérosclérose (28).

Au-delà de ce bénéfice apporté sur la santé, il représente un symbole d'union sociale, et donc de tolérance. En 1957, le philosophe français Roland Barthes décrit le « savoir boire » comme « une technique nationale qui sert à qualifier le Français, à prouver son pouvoir de performance, son contrôle et sa sociabilité » (29). En 2018, selon l'enquête EROPP de l'OFDT, 56% des sondés estiment qu'offrir ou boire de l'alcool fait partie des règles du savoir-vivre et seulement 24% le reconnaissent comme une drogue (30).

L'alcool est donc un Pharmakon typique. Initialement considéré comme remède, il devient poison par la suite. Ce n'est qu'au cours des 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècle, avec l'évolution de la recherche que les effets négatifs, physiologiques et psychiques, de l'alcool sont établis (26). En effet, bien que cette consommation festive soit appréciée voire valorisée, sa consommation pathologique et non maîtrisée est stigmatisée. Elle est régulièrement associée à une déchéance morale et sociale, poussant certains consommateurs à l'isolement (29). Selon la même enquête EROPP, 66% des personnes sondées considèrent la consommation excessive d'alcool comme un problème sociétal plus important que celle d'autres drogues illégales (30).

Cette ambivalence rend d'autant plus difficile le travail des soignants, dans la prévention des troubles liés à l'usage de l'alcool, l'identification des patients en souffrance et leur prise en charge.

## 2. Epidémiologie

En France, on observe une baisse progressive de la consommation d'alcool depuis les années 1950. Cependant elle reste encore importante (31) avec un volume moyen annuel de 11,55 litre d'alcool pur par personne de plus de 15 ans selon les données du Baromètre Santé 2018 et de l'OFDT (32). Cela place notre pays au 8<sup>e</sup> rang des consommateurs mondiaux, sachant que le volume moyen annuel mondial s'élève à 6,6 litre d'alcool pur par personne de plus de 15 ans (3).

La répartition de cette consommation reste cependant très inégale. Quand 14% d'adultes déclarent ne pas consommer d'alcool, seuls 10% d'adultes consommeraient 60% des volumes d'alcool pur.

Entre 2014 et 2017, le nombre d'adultes de 18 à 75 ans ayant consommé de l'alcool dans l'année tend à la stabilité, autour de 86%. Le pourcentage d'adolescents de moins de 17 ans n'ayant jamais consommé d'alcool est lui en augmentation, passant de 5 à 15% (32).

Après une diminution continue depuis la création du Baromètre Santé en 1992, le pourcentage de consommateurs adultes quotidiens s'est stabilisé autour de 11%, avec une prédominance masculine à 15,2% contre 5,1% chez les femmes ; celui des consommateurs réguliers de moins de 17 ans, lui, baisse fortement (32).

Après une augmentation jusqu'en 2014, le pourcentage global des alcoolisations ponctuelles importantes ou « Binge Drinking » chez l'adulte est en baisse autour de 16,2%. Cependant, ce taux doit être nuancé. En effet, chez les jeunes adultes entre 18 et 24 ans, les chiffres, bien qu'en baisse depuis 2010, restent supérieurs à ceux de 2005. Il en va de même concernant les adolescents de 17 ans, qui après une augmentation, retrouvent des taux similaires à ceux de 2005 (32).

Concernant les facteurs de risque de consommation d'alcool, ils sont variables et dépendent du genre, de l'âge et de la situation sociale de chacun. L'isolement socio-professionnel et la situation financière précaire se retrouvent régulièrement associés à la consommation excessive d'alcool sans question de genre, tout comme l'existence de co-addictions, en particulier tabac et cannabis. Cependant, le niveau d'étude fait varier le risque selon le genre. Un niveau socioprofessionnel élevé aura un effet protecteur chez l'homme mais sera à risque chez la femme et inversement (33).

En région Bourgogne Franche Comté, les moyennes de consommation d'alcool sont plutôt similaires aux moyennes nationales. En 2017, environ 9% d'adultes rapportent une consommation quotidienne, avec une prédominance masculine de 13,4% contre 5,8% chez les femmes, et une prédominance des 61-75 ans avec 26% contre 2,1% chez les 18-30 ans et 1,3% chez les 31-45 ans. De même, pour les alcoolisations ponctuelles importantes, les chiffres se rapprochent des chiffres nationaux avec 16,9% d'adultes de 18 à 75 ans et toujours cette prédominance masculine à 28,1% contre 5,8% chez les femmes, et une prédominance des 18-30 ans avec 28,6% contre 11,3% chez les 61-75 ans (34).

### 3. Conséquences de la surconsommation

La consommation excessive d'alcool représente un problème de santé publique majeur, complexe et multifactoriel.

En effet, l'alcool a un impact global sur le consommateur, tant sur le plan sanitaire que social. Cet impact dépend de plusieurs facteurs : la quantité d'alcool ingérée, les modalités de consommation ainsi que certains facteurs individuels et environnementaux. Ces dommages peuvent apparaître en cas de consommation chronique mais également en cas de consommation ponctuelle (3). Selon l'OMS, la consommation d'alcool est significativement associée à d'autres pathologies : infectieuses (infections sexuellement transmissibles, hépatites virales, tuberculose, etc.), non transmissibles (cardio-vasculaires, hépatiques, cancéreuses, etc.), psychiatriques ; mais également à des problématiques socio-comportementales (blessures, accidents de la voie publique, violences, agression, etc.). Elle est également souvent associée à la consommation d'autres substances psychoactives (3).

- *Violence et accident*

Les effets immédiats de la consommation varient selon la quantité d'alcool ingéré. Les sentiments de détente et d'euphorie ressentis initialement peuvent laisser place à une altération du jugement et des troubles du comportement. Le risque d'acte de violences, verbales et physiques, augmente alors du fait de la perte de contrôle du consommateur. A l'inverse, il peut également être victime de violence en raison d'une baisse de ses capacités de défense (33). La consommation d'alcool n'est cependant pas la seule responsable de ses problématiques sociales, elles dépendent également de la vulnérabilité propre du consommateur ainsi que de ses circonstances de vie (35). Après une baisse observée par l'OFDT depuis 2007, les ivresses publiques et manifestes réaugmentent depuis 2018 (32).

La baisse de la vigilance induite par l'alcoolisation peut mener à tout type d'accident : domestique, de la route voire du travail. Selon l'ONISR, l'alcool est, après l'excès de vitesse, la 2<sup>e</sup> cause d'accident de la route en 2019. La proportion d'accidents mortels où au moins une des parties avaient un taux d'alcool supérieur au taux légal s'élève alors à 32% (36).

Sur le plan professionnel, la consommation excessive d'alcool est souvent associée à un absentéisme répété, à la survenue d'erreur ou d'accident du travail plus fréquent, et plus globalement à une baisse d'efficacité (33).

- *Précarité et difficulté d'accès aux soins*

L'existence du lien entre consommation d'alcool et précarité est complexe. En effet, les problématiques d'accessibilité, en particulier d'ordre financière, générées par la précarité, éloigne le patient d'une consommation non maîtrisée de l'alcool. Cependant, l'existence d'une consommation

dans un contexte de précarité est plus fréquemment associée à un mode de consommation chronique et excessive (37,38).

- *Morbidité*

La consommation excessive aiguë d'alcool peut provoquer différents symptômes cliniques comme malaise ou nausée pouvant aller jusqu'au coma éthylique.

La consommation chronique d'alcool peut être directement responsable du développement de certaines pathologies, en particulier hépatiques, comme la stéatose hépatique, la cirrhose ou l'hépatite aiguë alcoolique. D'autres pathologies sont favorisées par la consommation chronique d'alcool sans en être la cause directe pour autant, comme certaines localisations néoplasiques (en particulier ORL et digestives), certaines maladies cardio-vasculaires (en particulier l'hypertension artérielle et les cardiopathies ischémiques) et certaines maladies psychiatriques (en particulier les troubles anxiodépressifs) (33).

La dépendance à l'alcool, quant à elle, est favorisée par différents facteurs (âge de début de consommation, environnement, personnalité et génétique). Elle peut également entraîner d'autres pathologies en cas de sevrage, volontaire ou non, ou en cas de surconsommation, comme des tremblements ou des troubles du comportement alimentaires et/ou psychiques (33).

- *Coût sanitaire et financier*

La consommation excessive d'alcool est l'un des premiers motifs d'hospitalisation, ce qui représente un coût sanitaire et financier non négligeable (7). En effet, en 2015, le coût social de l'alcool est estimé à 118 milliards d'euro. Un coût presque identique à celui du tabac (39). Malgré une baisse progressive, cette addiction représente encore la deuxième cause de mortalité évitable en France, avec environ 41 000 décès imputables en 2015 (4,32).

## D. SITUATION SANITAIRE COVID : POINTS ESSENTIELS

### 1. Rappels de physiopathologie du SARS-CoV-2

La COVID-19 est une zoonose secondaire à l'infection par le SARS-CoV-2. Il s'agit d'un virus sphérique encapsulé à ARN non segmenté à simple brin positif appartenant à l'ordre des *Nidovirales*, de la famille des *Coronaviridae*, de la sous-famille des *Orthocoronavirinae*, du genre *Betacoronavirus*, sous-genre *Sarbecovirus* (ANNEXE 2). Les chauves-souris en seraient le réservoir naturel et différents hôtes intermédiaires animaliers, comme le pangolin, auraient joué un rôle dans sa transmission à l'homme. L'importance de la transmission interhumaine, par contact direct, gouttelettes et aérosols, a ensuite favorisé l'expansion rapide de la maladie (12). Cette pathologie infectieuse fait suite à différentes épidémies en lien avec des virus de la famille des Coronavirus apparues au cours des vingt dernières années, dont les plus importantes sont celles liées au SRAS-CoV et au MERS-CoV.

### 2. Situation sanitaire mondiale et française en 2020

La pandémie de COVID-19 est découverte en décembre 2019 dans la ville de Wuhan en Chine. Malgré des mesures d'isolement, elle se répand rapidement pour toucher de nombreux territoires, en particulier les Etats Unis d'Amérique et l'Europe. En France, les premiers cas sont diagnostiqués le 24 janvier 2020 (40). Le 30 janvier 2020, l'OMS déclare l'état d'urgence sanitaire mondiale puis annonce une situation de pandémie le 11 mars 2020 (12).

Selon Santé Publique France et l'OMS, au 30 Décembre 2020, 80 453 105 cas confirmés de COVID-19 sont recensés dans le monde dont 261 123 en France, et 1 775 776 décès dont 64 078 en France (41) (*Figures 1 et 2*).

## Global Situation

# 196,553,009

confirmed cases

# 4,200,412

deaths

Source: World Health Organization  
Data may be incomplete for the current day or week.

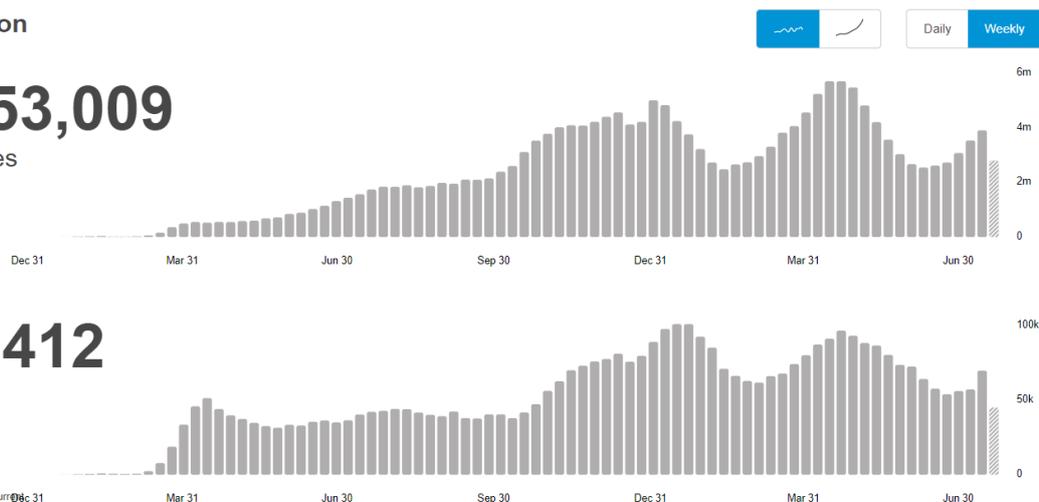


Figure 1 : Nombre de nouveaux cas et de décès hebdomadaires dans le monde selon l'OMS

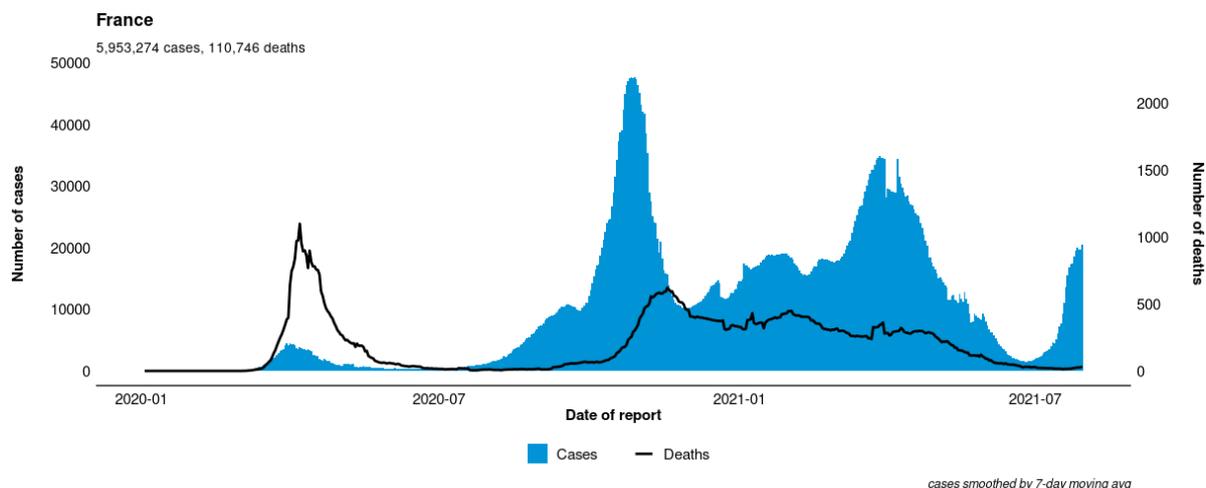


Figure 2: Nombre de nouveaux cas et décès hebdomadaires en France selon l'OMS

Depuis le 24 février 2020, les services d’urgences français enregistrent 315 783 passages pour suspicion d’infection au SARS-CoV-2 (42). Du fait de sa situation géographique, le Centre Hospitalier de Mâcon est fortement touché par la pandémie de SRAS-Cov-2, et ce dès la première vague avec plus d’une centaine de patients hospitalisés simultanément en service de médecine. La seconde vague voit, elle, plus de 85 patients hospitalisés simultanément et surtout plus de 120 transferts extra départementaux, le mois de novembre 2020 étant le plus touché.

### 3. Mesures de santé publique en France

Le manque initial d'information sur cet agent viral, sa rapidité de propagation et l'absence de traitement médicamenteux spécifique imposent aux gouvernements la mise en place de différentes mesures de santé publique dans un but commun : contrôler l'expansion de la pandémie (12).

En France, l'instauration de l'état d'urgence sanitaire permet au gouvernement de mettre en place plusieurs mesures de sécurité obligatoires sur des durées variables, guidé par l'OMS (40,43) :

- *Mesures de communication générale*

En février 2020, l'information au grand public débute par la distribution et l'affichage de flyer dans les centres de santé et différents points de passage comme les aéroports. Puis, devant l'évolution de la pandémie, de nombreux spots publicitaires sont diffusés quotidiennement dans tous types de média, télévision, journaux, radio, réseaux sociaux, etc. Enfin, différents membres du gouvernement seront amenés à communiquer de façon hebdomadaire, à la télévision, pour informer la population de l'évolution de la pandémie et des mesures de restriction (40,43).

- *Éléments de protection individuelle (EPI)*

Ils regroupent différents moyens matériels ou non permettant de prévenir certains risques, en particulier sanitaires (44). Les principaux EPI à visée sanitaires sont les règles d'hygiène comme le lavage des mains ou l'utilisation de mouchoirs à usage unique, l'utilisation de masques faciaux type FFP1 ou FFP2 et le port de gants à usage unique.

Initialement, la communication gouvernementale sur l'utilisation des EPI a mis du temps pour être et cohérente. D'abord optionnels pour la population générale, certains deviennent ensuite obligatoires selon les situations, comme les masques faciaux. Les règles d'hygiène simples comme le lavage réguliers des mains et l'utilisation de mouchoirs à usage unique est régulièrement rappelées à la population via les différents moyens de communication (40,43).

- *Éléments de restriction et directives sanitaires*

Progressivement, pour limiter la transmission de la maladie au sein du territoire, le gouvernement met en place différentes stratégies en diminuant les contacts rapprochés au sein de la population. Les rassemblements dans les lieux publics sont limités à 5000 personnes le 29 février puis à 800 le 8 mars, à 100 le 13 mars et enfin à 6 le 17 mars 2020, impactant mariages et enterrements. La fermeture des établissements scolaires le 12 mars est suivi d'un confinement strict le 17 mars où seuls les

établissements dits essentiels sont autorisés à poursuivre leurs activités. Un système de chômage partiel est alors proposé. A partir de cette date, les déplacements hors France sont sérieusement limités et contrôlés. Cependant ce contrôle entraîne un ralentissement voire un arrêt du commerce national et international, responsable d'un impact économique majeur sur les différents pays. Les problèmes d'approvisionnement en matériels médicaux et en thérapeutiques médicales forcent les différents acteurs de santé à se réorganiser (12).

Afin d'isoler le plus rapidement les cas contacts et avérés, des procédures d'accueil, d'identification et de suivi sont proposés aux voyageurs en provenance des pays à risque à partir du mois de janvier 2020. Selon le pays de provenance, un test RT-PCR négatif devient alors une condition primordiale pour rentrer en France. Les ressortissants français ont la possibilité d'être rapatriés avec une étape confinement.

Concernant la prise en charge médicale des patients, à partir de février, il est conseillé d'isoler les cas contacts et avérés pendant 14 jours. Le plan blanc hospitalier est activé en mi-mars 2020. A partir du 12 mars, les soins dits non essentiels sont reportés et un appel à la mobilisation des soignants est lancé. Le 24 mars 2020, l'état d'urgence sanitaire est proclamé en France.

Le confinement strict dure 56 jours, jusqu'au 11 mai 2020. Les mesures sont ensuite progressivement allégées jusqu'au 10 juillet où l'état d'urgence sanitaire est levé. Le port du masque au travail et dans les lieux clos reste cependant obligatoire. A la rentrée de septembre, il est également imposé dans les établissements scolaires, à partir du collège puis progressivement étendu aux écoles primaires.

Devant une reprise de l'épidémie, le 17 septembre, le gouvernement conseille à nouveau de limiter les rassemblements familiaux et amicaux, puis la règle se durcit avec des rassemblements interdits au-delà de 6 personnes le 15 octobre. Un couvre-feu de 21h à 6h est instauré dans huit métropoles, et progressivement étendu à la presque totalité du pays le 22 octobre. Le 30 octobre, devant la progression de la pandémie, l'état d'urgence sanitaire est de nouveau prononcé. Un nouveau confinement est mis en place du 29 octobre au 1<sup>er</sup> décembre, avec des mesures dérogatoires plus nombreuses que le précédent.

A partir du 10 décembre, le confinement est progressivement levé. Enfin, au 31 décembre, la mesure principale restante est l'existence d'un couvre-feu de 20h à 6h.

Pour prendre et faire appliquer l'ensemble de ces mesures sanitaires, le gouvernement s'appuie sur les conseils de différents organismes, comme le conseil sanitaire, la DGOS et les ARS. La gestion de la seconde vague voit l'arrivée des préfetures afin de mieux s'organiser sur le plan local (40,43).

#### 4. Réorganisation sanitaire à l'hôpital de Mâcon

Devant l'impact de la pandémie de SARS-CoV-2, le Centre Hospitalier de Mâcon se réorganise dans le but de répondre au mieux à l'évolution rapide de la demande de soins. La première note de service, précisant la stratégie de « repérage/alerte/isolement » d'un cas suspect, est rédigée et diffusée fin janvier 2020.

Pour veiller au bon fonctionnement de cette réorganisation, une cellule de crise spécifique et le comité de veille sanitaire se réunissent régulièrement à partir de mi-février. Enfin, le plan blanc hospitalier est activé le 12 mars 2020.

Pour admettre les patients dans les meilleures conditions possibles, la capacité d'accueil et d'hospitalisation des patients est améliorée. Pour cela, les activités programmées, en particulier chirurgicales, sont modifiées et celles dites non urgentes sont reportées. Cela permet au Centre Hospitalier de récupérer des lits d'hospitalisation et du personnel qualifié. Grâce à ce système, le nombre de lit de réanimation a pu être doublé, passant de 14 à 28.

Afin d'éviter une contamination nosocomiale, le Centre Hospitalier utilise une stratégie de « Service COVID » puis d'« Etage COVID » dédié aux patients porteur d'une infection à SARS-CoV-2. Au plus fort de la pandémie, jusqu'à 7 services sur les 14, hors Réanimation et Soins Intensifs, du Centre Hospitalier sont consacrés à la prise en charge des patients porteur d'une infection à SARS-CoV-2. Les visites, au sein du Centre Hospitalier et dans les EHPADs, sont également restreintes en ce sens.

Dès la fin février, le Service d'Accueil des Urgences met en place une filière de soins spécifiques aux patients suspects et avérés de COVID-19. Cela nécessite une adaptation particulièrement importante des équipes en place et arrivante (45) La première sortie du SMUR pour un patient atteint de la COVID-19 a lieu le 9 mars. Le 10 mars 2020, le Centre Hospitalier crée un des premiers « Drive COVID » afin de dépister précocement les patients atteints. Le premier patient atteint de la COVID-19 est admis et hospitalisé le 1<sup>er</sup> mars Mais il ne sera diagnostiqué que le 3 mars, lui laissant malheureusement le temps de contaminer sa voisine de chambre.

On note que la gestion hospitalière de la « 2<sup>e</sup> vague » est légèrement différente. En plus de réorganiser l'hôpital pour admettre la majorité des patients atteints de la COVID-19 sur le site, environ 350 patients, réanimatoires ou non, sont transférés sur d'autres centres hospitaliers dans toute la région Bourgogne-Franche-Comté. Ces transferts permettent de diminuer la pression sur les différents services hospitaliers, en particulier les soins intensifs et la réanimation. Ils sont réalisés grâce aux relations et à la communication avec d'autres structures de soins, privées et publiques.

L'ensemble de ces modifications est possible grâce à la mobilisation de toutes les équipes, soignantes et non soignantes, du Centre Hospitalier ainsi que celles des établissements de santé humaine et vétérinaire privés, cliniques et laboratoires.

Cependant et malgré cette organisation, le Centre Hospitalier de Mâcon est l'établissement le plus impacté par la pandémie en Saône et Loire. Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 décembre 2020, on dénombre 2848 RT-PCR positives, 1130 hospitalisations dont 106 en réanimation. On recense également 482 professionnels contaminés, dont 35 au Service d'Accueil des Urgences.

## E. LIEN ALCOOL et COVID

Le vécu de situation traumatisante est associé à un risque accru d'augmentation des comportements addictifs, dont la consommation d'alcool. Ces troubles peuvent alors se manifester de deux façons, soit par l'aggravation d'une utilisation chronique de l'alcool, soit par l'entrée dans la consommation et la dépendance d'une personne native d'addiction alcoolique (11). La crise sanitaire liée au SARS-CoV-2 ayant une ampleur mondiale, la communauté scientifique avançait donc le postulat d'un risque majeur d'aggravation des comportements addictifs, en particulier alcoolique (46,47). De plus, rapidement, différentes rumeurs concernant l'effet protecteur de la consommation d'alcool à haut degré sur l'infection au SARS-CoV-2 circulent. Ces rumeurs obligent l'OMS à diffuser une fiche d'information sur les risques liés à la consommation excessive d'alcool de façon globale (48) (ANNEXE 3).

La consommation d'alcool, hors période de crise, s'associe à de nombreux risques médico-sociaux. La désinhibition sociale induite par sa consommation augmente les risques de transmission de la maladie (49,50). De plus, l'alcool altérant le système immunitaire, il peut favoriser le développement de forme grave d'infection à SARS-CoV-2 ou tout autre infection et donc grever le fonctionnement des services de soins.

Face à ces risques, les pays mondiaux utilisent différentes méthodes pour prévenir cette éventuelle surcharge sanitaire. Une de ces mesures concerne l'accès à l'alcool. Certains états interdisent complètement la vente d'alcool, d'autres, comme la France, considèrent les détaillants d'alcool comme des commerces dits essentiels (50). Ils restent donc ouverts mais doivent adapter leurs conditions de vente (montant limité, commande en ligne ou par téléphone). L'OMS, elle, prône un renforcement de la limitation de l'accès à l'alcool pendant les confinements (48).

L'accès ou non à l'alcool pose différents problèmes. En effet, l'interdiction totale de la vente risque d'accélérer des situations de manque et de sevrage brutal chez des patients alcooliques chroniques, avec des risques médicaux associés (tremblement, confusion, trouble du sommeil, hospitalisation, décès). Cependant, considérer la vente d'alcool comme essentielle peut également induire en erreur la population sur d'éventuels effets bénéfiques de l'alcool. Cela pourrait favoriser l'augmentation de la consommation chez des patients chroniques, ou bien une entrée dans la consommation régulière (14,50). Une étude réalisée pendant le premier confinement, rapporte que les ventes d'alcool augmentent les jours précédents le confinement pour cependant fortement reculer pendant celui-ci. Cela peut être en lien avec la réalisation de stocks par les consommateurs (46)

Certaines études, réalisées pour la majorité au démarrage de la pandémie, confirment l'inquiétude de la communauté scientifique en début de crise (47,51). Une étude précoce, réalisée au sein de la population étudiante française, retrouve une augmentation des troubles liés à l'usage de l'alcool pendant les premières semaines du premier confinement. Les étudiants présentant ces troubles avant le début de la crise sanitaire sont les plus touchés. L'alcool est alors principalement utilisé pour diminuer le stress induit par cette crise (52). Une autre étude, également réalisée en France sur une population plus large lors de la 2<sup>e</sup> semaine du premier confinement, décrit une augmentation générale des habitudes de consommation dont une hausse de près de 25% pour l'alcool, essentiellement chez les 30-49 ans à haut niveau d'éducation (51). La majorité des études retrouvent qu'une consommation d'alcool antérieure à la crise est significativement associée à une augmentation de la consommation

pendant la crise, en particulier pendant les périodes de confinement (49,50,52). Pour autant, une étude réalisée aux Etats-Unis sur 6 mois de confinement confirme, elle, un lien statistique entre le confinement strict et l'augmentation de la consommation d'alcool, prédominant chez les naïfs d'addiction alcoolique (53).

Cependant, d'autres études réalisées pendant et après le premier confinement, montrent des résultats moins alarmants en termes de consommation d'alcool que le postulat de base. Ainsi, la Global Drug Survey, réalisant une étude sur un large panel englobant différents pays européens et extra européens, ne met en évidence qu'une légère augmentation du nombre de jours de consommation hebdomadaire d'alcool et une diminution des épisodes de « Binge Drinking » (54). Ces résultats sont corroborés par l'étude CoviPrev de Santé Publique France, réalisée en France uniquement, qui révèle une stabilité de la consommation d'alcool chez 65% des usagers. Environ 24% diminuent leur consommation alors que seuls 11% rapportent une aggravation. Cette augmentation touche alors essentiellement les consommateurs de moins de 50 ans (55). Une étude polonaise, elle, retrouve une diminution de la consommation habituelle d'alcool chez presque 40% de son échantillon contre seulement 18% d'augmentation environ, la fréquence de consommation variant selon de nombreux facteurs dont le sexe, l'âge et le type d'alcool (56).

Différents marqueurs favorisent l'augmentation de la consommation, en particulier « le risque anxiodépressif, le manque d'activité et le plaisir » (50,55). L'impact des facteurs stress et solitude dans l'aggravation des comportements addictifs liés à l'alcool se retrouve dans une étude gouvernementale canadienne publiée au HPCDP Journal, en particulier chez les hommes (57). De même, selon un sondage Odoxa réalisé en France, l'anxiété est le principal facteur responsable de l'augmentation des comportements addictifs (58). Une autre étude confirme la majoration des comportements addictifs des patients anxieux durant la pandémie (59). La consommation d'alcool favorise également le lien social (46).

La situation sanitaire, en particulier le confinement strict, oblige certaines structures, notamment celles accueillant les personnes en difficulté financière ou médicale, à adapter leur mode de fonctionnement, d'accueil et de prise en charge des consommations (15,60). Une étude rapporte l'absence d'arrêt de suivi et de majoration des consommations alcooliques chez les patients addicts suivis au préalable de la pandémie, à la condition d'une adaptabilité à distance du suivi ainsi qu'une observance des rendez-vous de consultation (61).

D'après une autre étude réalisée aux Etats-Unis, bien qu'une augmentation significative de la recherche d'alcool sur internet au décours de la pandémie de SARS-CoV-2 est mise en évidence, aucun lien significatif n'est trouvé entre la majoration de la consommation d'alcool, l'infection au SARS-CoV-2 et les décès en lien avec cette maladie (62,63).

Les résultats des études mondiales diffèrent donc d'un pays à l'autre selon de multiples facteurs (socio-économiques, perte d'emploi, sexe, niveau d'étude, pathologie anxiodépressive préexistante, durée de confinement, accès à des points de vente d'alcool). L'impact de cette crise médico-économique qu'est la pandémie de SARS-CoV-2 est très hétérogène sur les comportements addictifs liés à l'alcool (50).

## II. MATERIEL ET METHODE

### A. Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'impact de la pandémie de SARS-CoV-2 et des mesures sanitaires et sociales sur les admissions avec alcoolisation aiguë au sein du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon.

L'objectif secondaire est d'apprécier le profil de ces patients.

### A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle comparative monocentrique concernant les patients admis au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon.

### B. Période de l'étude

Les mesures de restriction sanitaires collectives ont été appliquées à partir du 1<sup>er</sup> mars 2020. Nous avons donc choisi de comparer 2 périodes, celle du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2020 et du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2019. Le recueil des données s'est donc effectué entre les 1<sup>ers</sup> mars et 31 décembre de ces 2 années.

### C. Population étudiée

Notre étude inclut les patients adultes âgés de plus de 18 ans admis au sein du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon et présentant une alcoolémie positive durant ces 2 périodes 2019 et 2020. Pour étayer ce travail, ont été exclus tous les patients âgés de moins de 18 ans ainsi que ceux ayant une alcoolémie inférieure ou égale à 0,1 gramme d'alcool/litre de sang. Nous avons analysé chaque admission de manière indépendante. Ainsi, un patient admis à plusieurs reprises et présentant une alcoolémie supérieure à 0,1 gramme d'alcool/litre de sang a fait l'objet d'une analyse différente à chaque passage.

Pour approfondir les caractéristiques épidémiologiques des patients admis en 2020, nous avons choisi de tirer au sort 300 dossiers parmi les patients de la période 2020.

## D. Recueil des données

### 1. Méthodologie du recueil

Du fait de la qualité rétrospective de l'étude, le recueil des données ne nécessitait pas l'autorisation du Comité Consultatif de Protection des Personnes se Prêtant à des Recherches Biomédicales (CCPPRB) ou Comité de Protection des Personnes (CPP). Cependant, une autorisation était nécessaire pour accéder au Dossier Patient Informatisé (DPI) du Centre Hospitalier de Mâcon. Cette dernière nous a été délivrée par la Cellule d'Analyse Médico Economique en janvier 2021.

Devant des problématiques de déplacement en lien avec les mesures gouvernementales, le Département d'Informatique Médicale (DIM) nous a permis d'accéder aux Dossiers Patient Informatisé à distance en nous donnant accès à son portail intranet, NetScaler Gateway®.

Le recueil s'est rendu possible grâce aux logiciels M-Urqual® et M-Crossway® de Maincare Solutions®, utilisés par le Centre Hospitalier de Mâcon pour la réalisation des Dossiers Patient Informatisé, et au logiciel Cyberlab®, utilisé par le Laboratoire de Biologie Médicale.

Ces dossiers se composent de trois éléments. Le dossier médical est rédigé manuellement par les médecins et internes du service. Parmi celui-ci nous retrouvons le motif d'arrivée du patient, ses antécédents, ses allergies, son traitement habituel, l'histoire de sa maladie, son examen clinique, la conclusion du médecin ainsi que ses prescriptions médicales. Ensuite vient le dossier infirmier, rédigé manuellement par les Infirmières Diplômées d'Etat et les Aides-Soignantes Diplômées d'Etat du service. Il regroupe les constantes du patient, les soins et les prescriptions réalisés en service. Enfin, le dossier administratif est, lui, rédigé par les secrétaires du service. Il retrace, entre autres, la provenance du patient, son médecin traitant lorsque celui-ci est connu et le moyen de transport par lequel il est arrivé.

Une partie des données a été extraite automatiquement par le Département de l'Informatique Médicale à l'aide de requête SQL (Structured Query Language), la seconde partie a été recueillie après lecture de chaque dossier.

L'ensemble de ces données a été codifié grâce au logiciel Microsoft Excel®.

## 2. Données

Le dossier médical de chaque patient inclus nous a permis de recueillir différentes données qui ont ensuite été catégorisées. La majeure partie de ces données ont été récoltées selon un codage binaire, « présence » ou « absence ». L'absence d'information concernant une donnée a été notifiée « non précisée ».

- *Données administrative, d'accueil, temporelle et d'orientation*

Ces données ont été extraites pour les 2 périodes 2020 et 2019.

Certaines données administratives concernant le patient lui-même ont été automatiquement extraites, comme son âge et son sexe. D'autres données administratives, également extraites automatiquement, concernaient le passage du patient dans le service comme la durée moyenne de son séjour (inférieure ou supérieure à 6h), son devenir (hospitalisation, retour au domicile ou fugue) et le service d'orientation pour les patients hospitalisés (médecine, chirurgie, psychiatrie, réanimation/soins intensifs et urgences). Ont été également extrait le délai avant le dosage d'alcool et l'existence d'autre admission avec alcoolémie supérieure à 0,1 milligramme/litre de sang sur les périodes de l'étude. Les seules données administratives spécifiques du patient ayant nécessité une extraction manuelle par lecture du dossier étaient son mode de venue aux urgences (sapeurs-pompier, ambulance privée, force de l'ordre, entourage, propres moyens et taxi) et la médicalisation de son transport via le SMUR ou un Infirmier Sapeur-Pompier.

D'autres données concernaient uniquement la gestion administrative du passage du patient aux urgences. Il s'agissait du codage CIM-10, du niveau de gravité évalué par l'infirmière d'accueil et d'orientation, des mois et jours de passage, et du nombre de passage annuel. Ces informations ont également été extraites automatiquement.

Les éléments suivants ont été analysés sur les patients ayant fait l'objet d'un tirage au sort sur la période 2020.

- *Antécédents*

La recherche des antécédents des patients a fait l'objet d'une extraction manuelle par lecture des dossiers.

Certains antécédents ont spécifiquement été recherchés du fait d'une corrélation existence entre consommation d'alcool et ces antécédents (32,33). Il s'agit de l'existence d'un tabagisme, d'un trouble de l'usage d'alcool, d'un trouble de l'usage de substances psychoactives ou des antécédents

psychiatriques. Les autres antécédents ont été regroupé sous la nomination « Autre ». L'absence d'antécédents et le sevrage de certaines dépendances ont également été notifiés lorsque le dossier le mentionnait.

- *Traitement habituel*

La récupération de cette donnée a également fait l'objet d'une extraction manuelle par lecture des dossiers.

Comme pour la catégorie « Antécédents », certains traitements ont spécifiquement été recherchés du fait d'une relation entre consommation d'alcool et prise de ces traitements (32,33). Il s'agit des traitements psychiatriques et des traitements par opioïdes ou substitutifs. La prise d'autre traitement a été regroupée dans une catégorie « Autre ». Nous avons également créé une catégorie « Rupture/Inobservance » lorsqu'il était fait mention que le patient avait un mésusage de ses thérapeutiques médicamenteuses. Enfin, l'absence de traitement au long cours a également été notifiée lorsque le dossier le mentionnait.

- *Contexte*

Cette catégorie réunit les différents éléments, extraits manuellement, concernant le contexte d'alcoolisation du patient : l'intervention des forces de l'ordre, l'existence d'une violence personnelle ou d'un tiers, une prise de toxique associée, une notion de précarité du patient et enfin les événements associés à l'alcoolisation du patient.

La sous-catégorie événements associés est organisée comme suit : accident, agression, consommation festive, pathologie psychiatrique ou apparentée, demande de sevrage, problématique socioprofessionnelle et autres symptômes.

- *Données paracliniques*

Les données paracliniques ont été extraites automatiquement en ce qui concerne les dosages d'alcoolémie et manuellement pour le reste des informations. Elle se divisent en plusieurs sous catégories : l'alcoolémie, la réalisation d'une biologie sanguine, d'une biologie urinaire, d'une autre biologie, la réalisation d'une RT-PCR SARS-CoV-2 et son résultat, la nécessité d'une imagerie ou d'un électrocardiogramme.

Le logiciel Cyberlab® nous a permis d'extraire les dossiers de patient présentant une alcoolémie supérieure à 0,1 gramme d'alcool/litre de sang. Nous avons décidé de retirer l'ensemble des dossiers avec un alcoolémie inférieure ou égale à 0,1 gramme d'alcool/litre de sang car ce chiffre représente le seuil de significativité du laboratoire du Centre Hospitalier de Mâcon.

Concernant la biologie sanguine, nous avons séparé la réalisation des numérations formule sanguine et ionogramme sanguin des autres données biologiques. Pour la biologie urinaire, nous avons différencié la réalisation d'une BU/ECBU de la recherche de toxiques urinaires. La sous-catégorie

« autre biologie » regroupe les examens biologiques ne rentrant pas dans les 2 sous-catégories précédentes : ponction lombaire, prélèvement de plaie, examen cyto bactériologique de crachats, etc.

La sous-catégorie « imagerie » réunit, quant à elle, l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une radiographie, d'une échographie, d'un scanner, d'une IRM ou d'une fibroscopie œsogastroduodénale.

- *Prise en charge*

Cette catégorie regroupe les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses proposées au patient. Elle se divise comme suit : médicaments, soins de plaie, soins infirmiers, nécessité d'une contention physique, prise en charge chirurgicale certaine ou probable, avis psychologique ou psychiatrique demandé. Ils ont tous été extraits manuellement.

Le groupe « médicament » se divise en 3 sous-groupes : antalgiques, psychiatriques et autres. Ont été considérés comme soins de plaie, la réalisation de pansement, de suture, la pose d'agrafes ou de colle. Les soins infirmiers réunissent tous les gestes infirmiers réalisés au chevet du patient et notifiés dans le dossier : sonde nasogastrique, sonde urinaire à demeure, changement de poche de stomie, garrot tourniquet, pose de matériel orthopédique (gilet, traction collée, botte résine, manchette, attelle de Zimmer, de poignet, Tubigripp, ceinture pelvienne, collier cervical, coude au corps, minerve cervicale, gypso, etc.).

- *Autre*

Cette catégorie réunit différentes informations, extraites manuellement, ne rentrant pas dans les catégories précédentes. Il s'agit de l'existence d'une suspicion d'infection au SARS-CoV-2 à l'entrée dans le service, la notion d'une sortie contre avis médical ou de refus d'hospitalisation, et un projet d'hospitalisation sous contrainte.

### 3. Analyse statistique

Les données ont été regroupées à l'aide du logiciel Microsoft Excel®. Les analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels R (v.4.0.5) et R Studio.

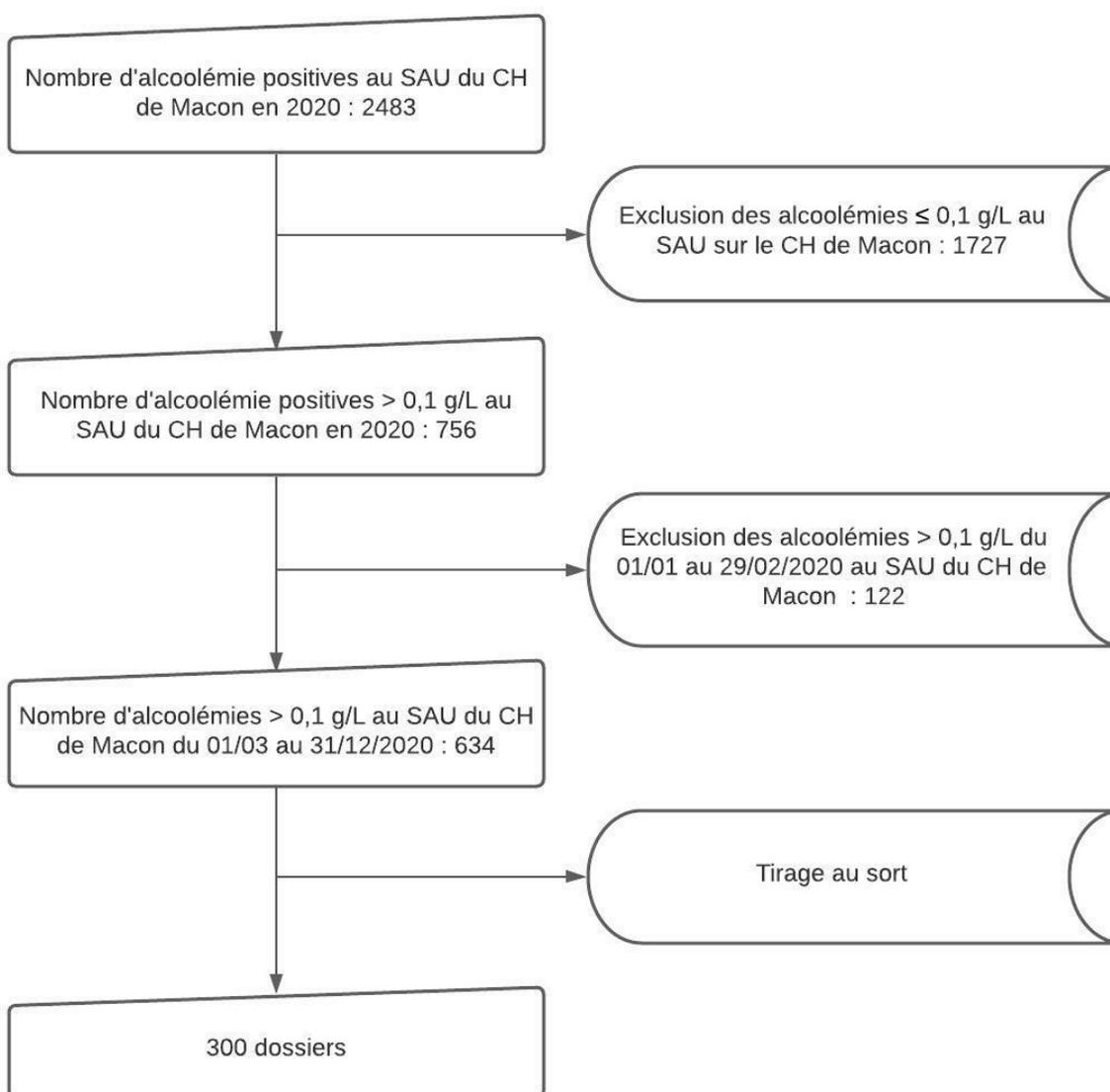
Les données qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage. Les données quantitatives sont exprimées en moyenne, médiane et intervalle de confiance à 95% de la moyenne.

Le seuil de significativité retenu est de  $\alpha = 1\%$ , les variables quantitatives ont été comparées à l'aide des tests de t de student et de Kruskal-Wallis. Les variables qualitatives ont été analysées à l'aide du test du Chi<sup>2</sup> et de ses corrections éventuelles.

Certaines valeurs ont été regroupées en catégorie afin de faciliter la lecture des résultats.

### III. RESULTATS

#### A. Diagramme de flux



## B. Analyse statistique comparative entre 2019 et 2020

- *Fréquentation*

L'analyse de la fréquentation globale du Service d'Accueil des Urgences du 1<sup>er</sup> mars et 31 décembre 2019 trouve une fréquentation globalement stable autour de 3500 passages mensuels. En 2020, la fréquentation du service diminue fortement de mars à mai et de novembre à décembre, avec une baisse entre 30 et 33%, excepté en avril où elle est de 54%. (Figure 3)

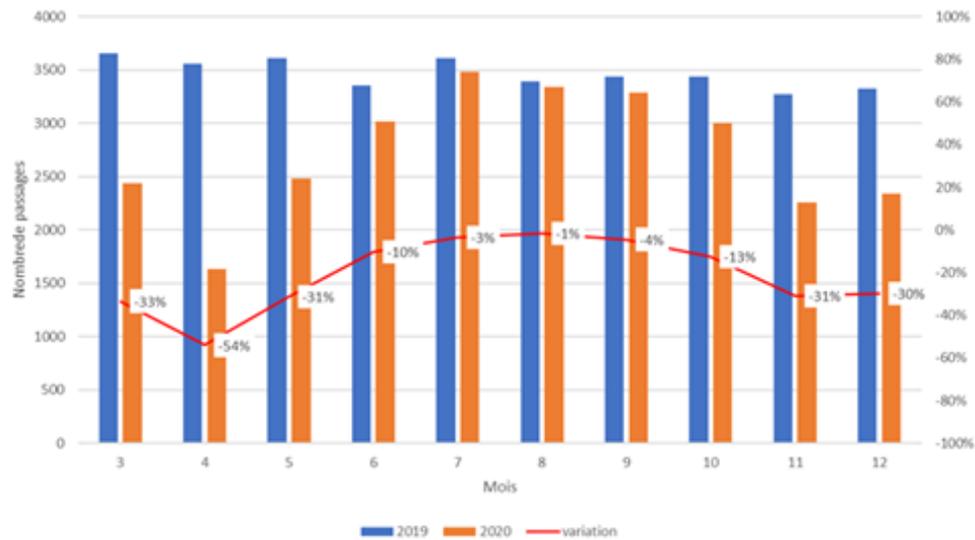


Figure 3 : Nombre de passage et variation mensuels

Le nombre de patient avec alcoolémie positive est très variable mensuellement en 2019 et 2020, entre 40 et 80 admissions mensuelles. La fréquentation du service pour ce motif est globalement inférieure sur la totalité de la période de 2020, en particulier en novembre avec une baisse de 29%. La tendance s'inverse en mai et juin avec une augmentation des admissions, respectivement de 28% et 51%. Cependant, ces changements ne sont pas significatifs ( $p$ -value = 0.185). (Figure 4)

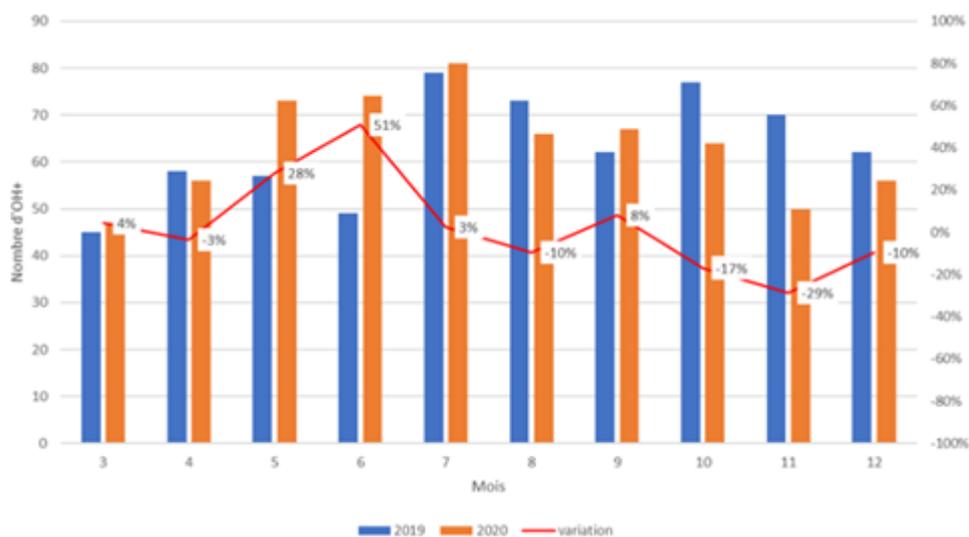


Figure 4 : Nombre d'alcoolémie positive et variation mensuels

Si l'on compare le nombre de patients alcoolisés au nombre de passage mensuel au Service d'Accueil des Urgences en 2020, on observe que la part de ces patients augmente franchement au cours des mois d'avril à juin et également à moindre taux en décembre. (Figure 5)



Figure 5 : Nombre d'alcoolémie positive rapporté au nombre de passages mensuels

Bien que non significatifs, les patients alcoolisés tendent à consulter plus en semaine en 2020 qu'en 2019 (p-value =0.116). La proportion d'admission le weekend reste stable entre 2019 et 2020. (Figure 6)

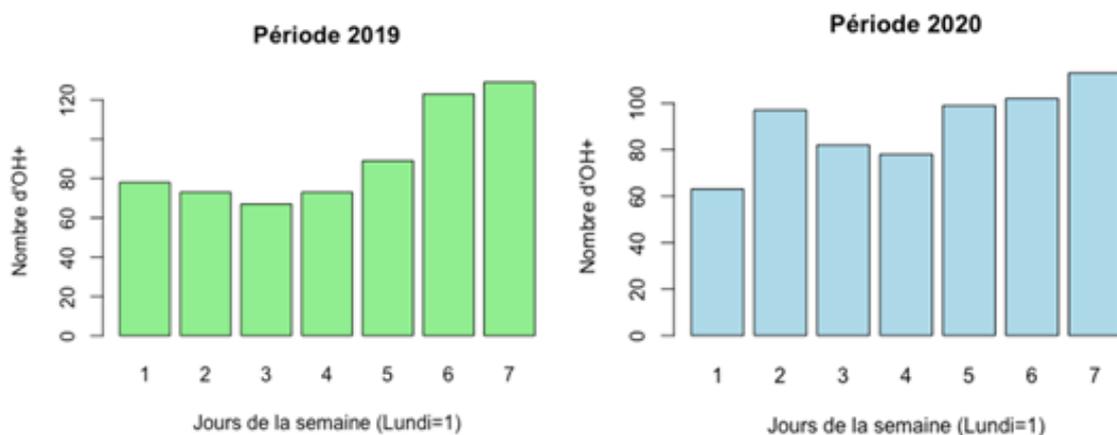


Figure 6 : Nombre d'alcoolémie positive selon la période

- *Description de la population étudiée*

Du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2019, 42932 patients ont consulté au Service d'Accueil des Urgences et 35455 sur la même période en 2020. Durant cette période, 632 patients ont été admis avec une alcoolémie supérieure à 0.1 gramme d'alcool/litre de sang en 2019 et 634 en 2020. Chaque passage étant indépendant, le dossier d'un patient consultant à 2 reprises était examiné deux fois.

Les patients consultant au Service d'Accueil des Urgences avec alcoolémie positive sont à 29.3% des femmes et à 70.7% des hommes en 2019 et 2020. Il n'existe pas de différence significative à ce niveau. L'âge moyen des patients consultant est de 49 ans sur les deux périodes, avec des médianes respectives de 51 et 49 ans. Les patients consultant en 2019 et 2020 ne présentent pas de différence d'âge. Les patients admis présentent un taux d'alcool similaire sur la période de 2019 (1.89) et celle de 2020 (1.88) (p-value = 0.927). (Tableau 1)

		2019	2020	p-value
		Nb	Nb	
<b>Alcoolémie positive</b>		632	634	
<b>Age</b>	<i>Moyenne</i>	49	49	0.495
	<i>IC95</i>	IC95[47.8-50.4]	IC95[47.2-49.8]	
	<i>Médiane</i>	51	49	
<b>Sexe</b>	F			1
	<i>Effectif</i>	185	186	
	<i>Moyenne</i>	29.3%	29.3%	
	M			
	<i>Effectif</i>	447	448	
	<i>Moyenne</i>	70.7%	70.7%	
<b>Alcoolémie</b>	<i>Moyenne</i>	1.89	1.88	0.927
	<i>IC95</i>	IC95[1.81-1.97]	IC95[1.80-1.97]	
	<i>Médiane</i>	1.90	1.92	

Tableau 1 : Descriptif de la population selon la période

L'analyse de l'âge et de l'alcoolémie selon le sexe ne retrouve pas de différence significative entre les hommes et les femmes. Les femmes ont en moyenne 50 ans et les hommes 49 ans avec un IC95[48-51] chez les femmes et un IC95[47-49] chez les hommes (p-value = 0.331). La médiane est de 51 ans chez les femmes et 49 ans chez les hommes. De même, l'alcoolémie varie peu entre les hommes (1.91) et les femmes (1.81). Leurs médianes sont respectivement de 1.98 et 1.73, avec un IC95[1.85-1.98] chez les hommes et un IC95[1.70-1.91] chez les femmes (p-value = 0.1). (Figure 7)

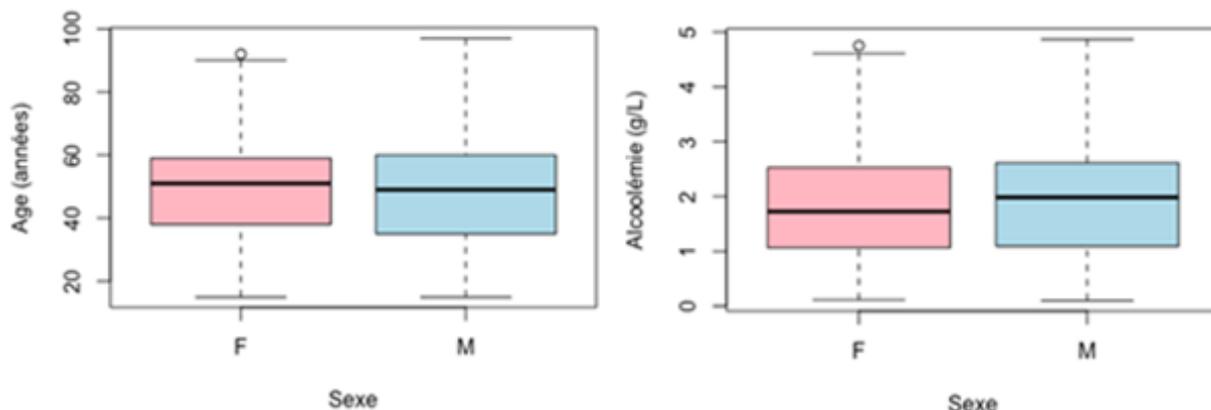


Figure 7: Age et alcoolémie selon le sexe

A leur arrivée, les patients sont triés en fonction de leur niveau de gravité par l'infirmière d'accueil et d'orientation, du plus grave (1) au moins grave (6). Le niveau de gravité de ces patients ne se modifie pas entre 2019 et 2020 (p-value = 0.12). (Figure 8)

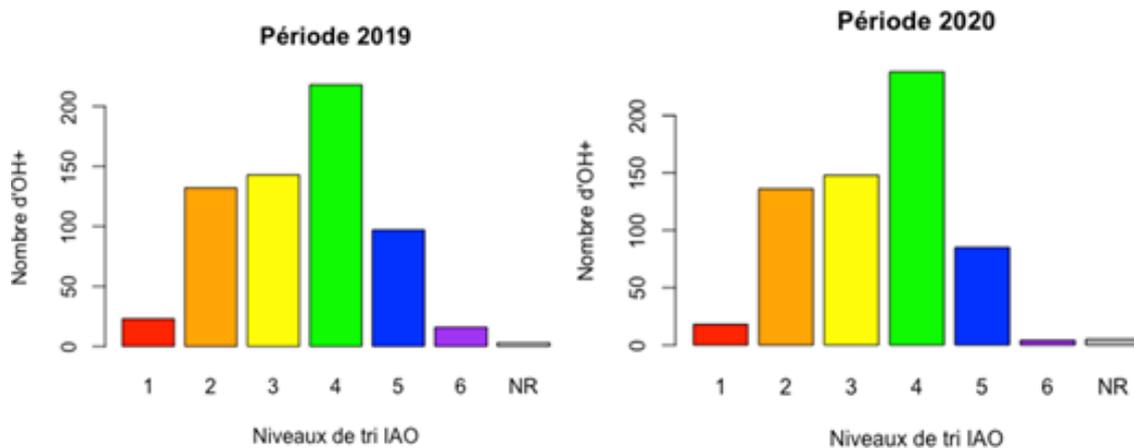


Figure 8 : Nombre d'alcoolémie positive selon le niveau de gravité

- *Modalités du séjour du patient*

La durée moyenne de séjour des patients admis avec alcoolémie positive au sein du Service d'Accueil des Urgences est de 237 minutes en 2019 alors que celle de 2020 est de 284 minutes, avec pour médiane respective 209 et 252 minutes. Les patients de notre étude passent donc significativement plus de temps au sein de ce service (p-value <0.001). Cependant le délai moyen précédant le dosage de l'alcoolémie ne varie pas significativement entre les 2 années. Il est de 96 minutes en 2019 contre 92 minutes en 2020. (*Tableau 2*)

		<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>p-value</b>
		Nb	Nb	
<b>Alcoolémie positive</b>		632	634	
<b>Durée moyenne de séjour</b>	<i>Moyenne</i>	237	284	<b>&lt;0.001</b>
	<i>IC95</i>	IC95[227-247]	IC95[271-297]	
	<i>Médiane</i>	209	252	
<b>Délai avec dosage</b>	<i>Moyenne</i>	96	92	0.432
	<i>IC95</i>	IC95[89-104]	IC95[85-99]	
	<i>Médiane</i>	72	62	

*Tableau 2 : Modalités du séjour de la population selon la période*

Les retours à domicile des patients admis avec alcoolémie positive augmentent significativement de 10% en 2019 à 22% en 2020 (p-value = 0.001). La proportion des patients hospitalisés diminue. Les proportions des autres types de sortie se modifient peu. (Figure 9)

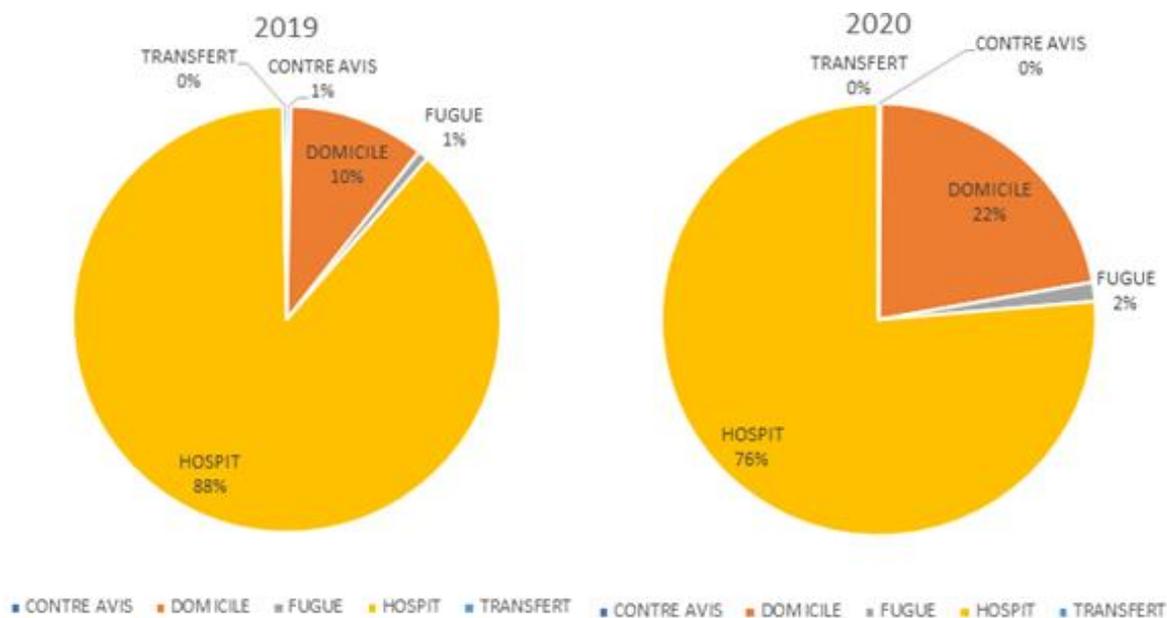


Figure 9 : Orientation selon la période

Le devenir des patients hospitalisés se modifie significativement. Le nombre de patients hospitalisés en secteur post-urgences (Unité d'observation ou ZHTCD) diminue de 374 à 166 patients tandis qu'il augmente en service de médecine, passant de 112 à 231. Les hospitalisations en service de réanimation/soins intensifs (18 en 2019 et 2020) et en service de chirurgie (51 en 2019 et 53 en 2020) restent stables. On observe une majoration du nombre de patients hospitalisés en psychiatrie, de 3 à 16. (Figure 10)

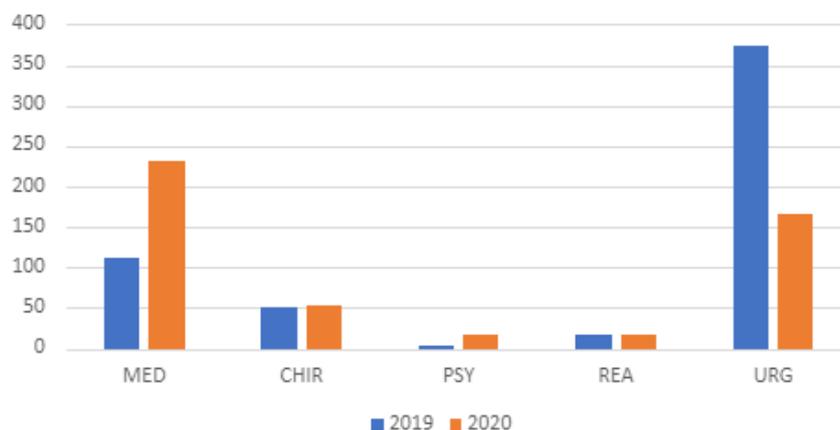


Figure 10 : Secteur d'hospitalisation selon la période

## C. Profil patient 2020

### 1. Données administratives

- *Description de l'échantillon étudié*

L'âge moyen des patients de notre échantillon est de 49 ans avec une médiane de 49 ans également (Figure 11). Les hommes en représentent 71% et les femmes 29%. La majeure partie d'entre eux n'ont été admis qu'une seule fois avec une alcoolémie positive (61%). Leur niveau de gravité, évalué par l'infirmière d'accueil et d'orientation, est généralement de 3 (28%) ou 4 (38%) sur une échelle allant de 1 à 6, le niveau 6 correspondant au degré d'urgence le plus élevé. (Tableau 3)

	Moyenne	IC95	Médiane	p-value			
<b>Age</b>	49	IC95[47-50]	49	<b>&lt;0.001</b>			
<b>Sexe ratio</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>					
	<i>F</i>	87	29%				
	<i>H</i>	213	71%				
<b>Autre alcoolémie positive dans l'année</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>					
	<i>Oui</i>	117	39%				
	<i>Non</i>	183	61%				
<b>Niveau de gravité</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>NR</b>
<i>Effectif</i>	8	58	84	114	33	2	1
<i>Fréquence</i>	2.7%	19.3%	28%	38%	11%	0.7%	0.3%

Tableau 3 : Descriptif de la population de l'échantillon

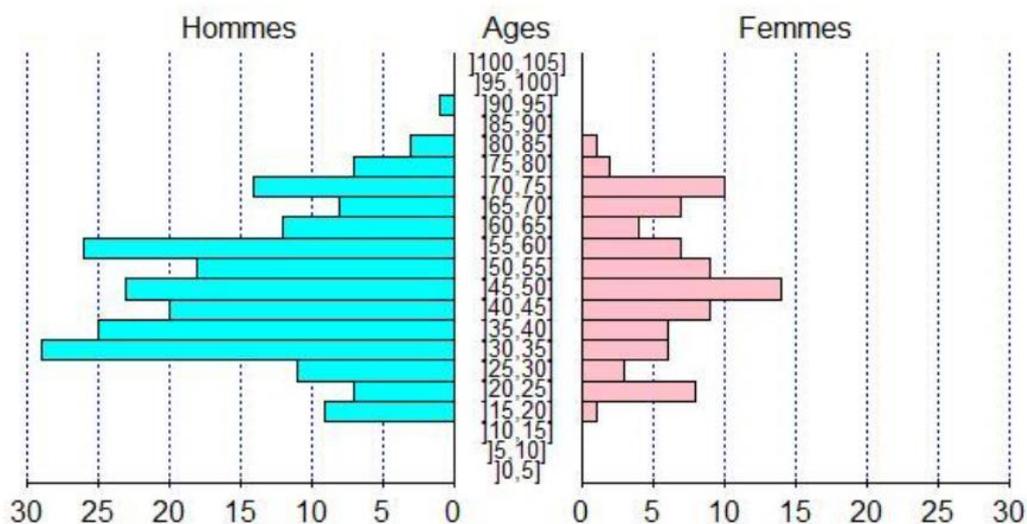


Figure 11 : Pyramide des âges de l'échantillon

Selon la classification internationale des maladies, ou CIM-10, les patients admis consultent essentiellement pour des « troubles mentaux et du comportement » (22.5%), des « symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs » (28%), des « lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes » (16%), des « causes externes de morbidité et de mortalité » (17%) et des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (10%). Les autres classes représentées sont les « maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire », les « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques », les « maladies du systèmes nerveux », les « maladies de l'œil et de ses annexes », les « maladies de l'appareil circulatoire », les « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané », les « maladies de l'appareil génito-urinaire » et les « codes d'utilisation particulière ». Elles représentent chacune moins de 3% des admissions. (Figure 12)

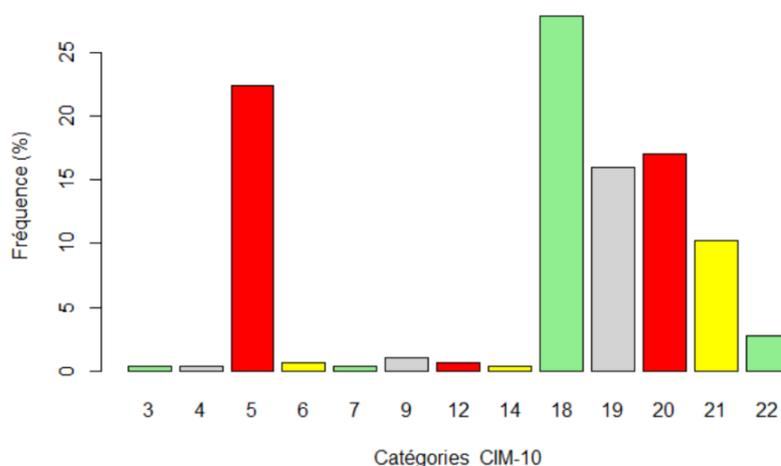


Figure 12: Triage CIM-10 de l'échantillon

L'âge et l'alcoolémie en fonction du sexe de notre échantillon ne montre pas de différence significative. Les femmes sont âgées en moyenne de 50 ans avec une médiane à 49 et un IC95[47-54]. Les hommes, eux, sont âgés en moyenne de 48 ans avec une médiane à 47 et un IC95[46-50]. L'alcoolémie des femmes (1.91) et des hommes (1.94) sont semblables, avec des médianes respectives de 2.01 et 2.06 grammes d'alcool/litre de sang. (Figure 13)

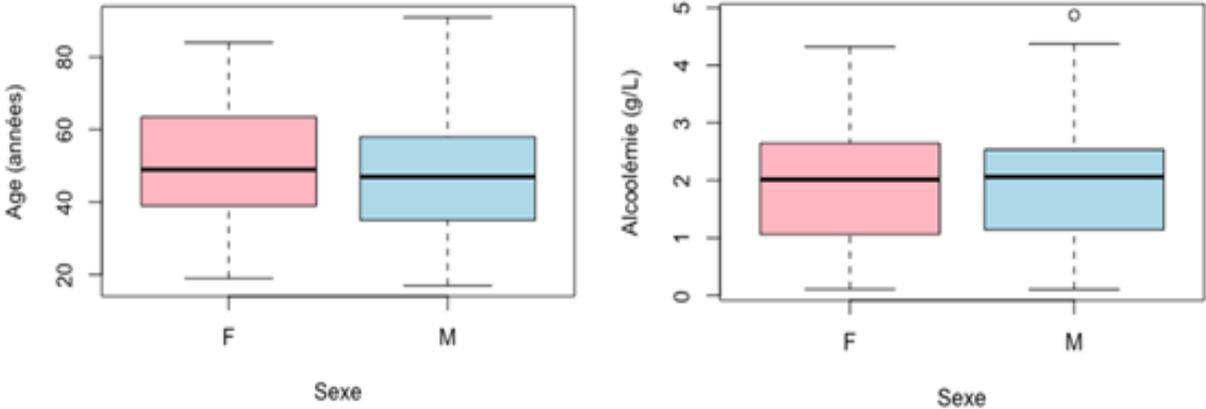


Figure 13 : Age et alcoolémie selon le sexe de la population de l'échantillon

- *Modalités du séjour du patient*

Les patients séjournent aux urgences en moyenne pendant 303 minutes avec un IC95[284-322]. La majorité d'entre eux restent moins de 6 heures dans le service (72.3%). Certains patients de notre échantillon sont venus à plusieurs reprises avec une alcoolémie positive, mais ils ne représentent pas la majorité des patients (13.2%).

L'arrivée de patients se fait essentiellement grâce aux sapeurs-pompiers (67%) et aux ambulances privées (17.7%). Seuls 11.7% sont amenés par leur entourage. Les autres moyens de venue sont minimes. Une médicalisation du transport n'est nécessaire que pour 10% des patients.

Le post-passage aux urgences est marqué par 82% d'hospitalisation. Cette dernière se fait essentiellement dans les services de médecine (46.7%) et les services de post-urgences (38.2%). Seuls 2.1% nécessitent un transfert en service de réanimation ou de soins intensifs, et 2.4% en service de psychiatrie. (*Tableau 4*)

<b>Durée moyenne de séjour</b>	<b>Moyenne</b>	<b>IC95</b>	<b>Médiane</b>	<b>p-value</b>			
	303	IC95[284-322]	260	<b>&lt;0.001</b>			
<b>Durée moyenne de séjour &gt; 6h</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>					
<i>Effectif</i>	83	217					
<i>Fréquence</i>	27.7%	72.3%					
<b>Nombre de passages</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>			
<i>Effectif</i>	223	26	6	2			
<i>Fréquence</i>	86.8%	10.1%	2.3%	0.8%			
<b>Transport</b>	<b>Ambulance Privée</b>	<b>Entourage</b>	<b>Force de l'ordre</b>	<b>NP</b>	<b>Seul</b>	<b>SP</b>	<b>Taxi</b>
<i>Effectif</i>	53	35	2	2	5	201	2
<i>Fréquence</i>	17.7%	11.7%	0.7%	0.7%	1.5%	67%	0.7%
<b>Médicalisation</b>	<b>Non</b>	<b>SMUR</b>	<b>Infirmier SP</b>				
<i>Effectif</i>	270	25	5				
<i>Fréquence</i>	90%	8.3%	1.7%				
<b>Devenir</b>	<b>Domicile</b>	<b>Fugue</b>	<b>Hospitalisation</b>				
<i>Effectif</i>	49	5	246				
<i>Fréquence</i>	16.3%	1.7%	82%				
<b>Service d'orientation</b>	<b>Chirurgie</b>	<b>Médecine</b>	<b>Psychiatrie</b>	<b>Réa/SI</b>	<b>Urg</b>		
<i>Effectif</i>	26	115	6	5	94		
<i>Fréquence</i>	10.6%	46.7%	2.4%	2.1%	38.2%		

Tableau 4 : Modalités du séjour de la population de notre échantillon

## 2. Antécédents

L'analyse des antécédents de notre échantillon retrouve des patients en majorité non-fumeur (69%) et non consommateur de toxiques (86.3%). Une notion de trouble de l'usage d'alcool et de traitement psychiatrique est retrouvé chez 49.7% et 53.3% d'entre eux. 66.3% sont traités pour d'autres pathologies. Seuls 4% n'ont aucun antécédent. (Tableau 5)

		Non	Oui	Sevré	Suspecté	Occasionnel
<b>Notion de Tabac</b>	<i>Effectif</i>	207	85	8		
	<i>Fréquence</i>	69%	28.3%	2.7%		
<b>Notion de troubles de l'usage d'alcool</b>	<i>Effectif</i>	140	149	2	9	
	<i>Fréquence</i>	46.6%	49.7%	0.7%	3%	
<b>Notion de troubles de l'usage de substances psychoactives</b>	<i>Effectif</i>	259	20	15		6
	<i>Fréquence</i>	86.3%	6.7%	5%		2%
<b>Psychiatriques</b>	<i>Effectif</i>	140	160			
	<i>Fréquence</i>	46.7%	53.3%			
<b>Autres</b>	<i>Effectif</i>	101	199			
	<i>Fréquence</i>	33.7%	66.3%			
<b>Aucun</b>	<i>Effectif</i>	288	12			
	<i>Fréquence</i>	96%	4%			

Tableau 5 : Antécédents de la population de l'échantillon

### 3. Traitement habituel

Nos patients sont soignés à hauteur de 48.3% par traitement psychiatrique, 7.3% par opiacés ou dérivé d'opiacés, et 43% par un autre traitement. Une rupture de traitement est retrouvée chez 10.7% des patients. Seuls 13% rapportent n'avoir aucun traitement. (*Tableau 6*)

		Non	Oui	Sevré
<b>Psychiatrique</b>	<i>Effectif</i>	155	145	
	<i>Fréquence</i>	51.7%	48.3%	
<b>Opiacés</b>	<i>Effectif</i>	276	22	2
	<i>Fréquence</i>	92%	7.3%	0.7%
<b>Autres</b>	<i>Effectif</i>	171	129	
	<i>Fréquence</i>	57%	43%	
<b>Rupture</b>	<i>Effectif</i>	233	28	
	<i>Fréquence</i>	89.3%	10.7%	
<b>Aucun</b>	<i>Effectif</i>	261	39	
	<i>Fréquence</i>	87%	13%	

*Tableau 6 : Traitement habituel de la population de l'échantillon*

#### 4. Contexte du motif de venue

Le motif d'admission du patient est entouré de différentes circonstances. Ainsi, on retrouve fréquemment des notions d'accident (30%), de pathologie psychiatrique ou apparentée (29%) ou d'autres symptômes (31.3%). D'autres circonstances sortent également du lot, à moindre taux, comme les problématiques socioprofessionnelles (16.7%), les agressions (11.7%), les consommations d'alcool d'ordre festif (6.3%) et les demandes de sevrage (6%).

L'admission des patients s'accompagnent parfois de violence soit de la part du patient lui-même, soit il en est victime. Cette notion de violence se retrouve chez 21.7% des patients.

Il arrive régulièrement que les consommateurs d'alcool l'associent à d'autres toxiques, ou vice-versa. On retrouve une consommation de toxique associée dans 6.3% des cas.

La précarité des patients est parfois en lien avec la consommation d'alcool. Dans notre échantillon, les patients présentent une notion de précarité dans 31.7% des cas.

Les troubles du comportement induits par la consommation d'alcool impliquent de temps à autres l'intervention des forces de l'ordre. Dans cette étude, c'est le cas de 14.7% des admissions. (*Tableau 7*)

<b>Evènements associés</b>		<b>Non</b>	<b>Oui</b>
Accident	<i>Effectif</i>	210	90
	<i>Fréquence</i>	70%	30%
Agression	<i>Effectif</i>	265	35
	<i>Fréquence</i>	88.3%	11.7%
Consommation festive	<i>Effectif</i>	281	19
	<i>Fréquence</i>	93.7%	6.3%
Pathologie psychiatrique ou apparentée	<i>Effectif</i>	213	87
	<i>Fréquence</i>	71%	29%
Demande de sevrage	<i>Effectif</i>	282	18
	<i>Fréquence</i>	94%	6%
Problématique socioprofessionnelle	<i>Effectif</i>	250	50
	<i>Fréquence</i>	83.3%	16.7%
Autres symptômes	<i>Effectif</i>	206	94
	<i>Fréquence</i>	68.7%	31.3%
<b>Violence d'un tiers ou personnelle</b>	<i>Effectif</i>	235	65
	<i>Fréquence</i>	78.3%	21.7%
<b>Consommation de toxique associée</b>	<i>Effectif</i>	281	19
	<i>Fréquence</i>	93.7%	6.3%
<b>Notion de précarité</b>	<i>Effectif</i>	205	95
	<i>Fréquence</i>	68.3%	31.7%
<b>Intervention des forces de l'ordre</b>	<i>Effectif</i>	256	44
	<i>Fréquence</i>	85.3%	14.7%

Tableau 7 : Contexte de l'admission de la population de l'échantillon

## 5. Données paracliniques

On remarque que 84.7% de nos patients bénéficient d'une numération formule sanguine/ionogramme sanguin et 78.3% d'une autre biologie sanguine. Peu d'entre eux relèvent d'un bilan urinaire, que ce soit une BU/ECBU (7.3%) ou de toxiques urinaires (5.7%). Les RT-PCR SARS-CoV-2 réalisées chez 64% des patients reviennent positives chez seulement 2.1% d'entre eux. Sachant que dans 38.5% des cas, le résultat de cette RT-PCR n'est pas précisé. Un bilan d'imagerie est réalisé chez 38.3% des patients et un électrocardiogramme chez 53%. (Tableau 8)

			Non	Oui	NP
<b>Biologie sanguine</b>	<b>NFS-P/Ionogramme sanguin</b>	<i>Effectif</i>	46	254	
		<i>Fréquence</i>	15.3%	84.7%	
	<b>Autres</b>	<i>Effectif</i>	65	235	
		<i>Fréquence</i>	21.7%	78.3%	
<b>Biologie urinaire</b>	<b>BU/ECBU</b>	<i>Effectif</i>	278	22	
		<i>Fréquence</i>	92.7%	7.3%	
	<b>Toxiques urinaires</b>	<i>Effectif</i>	283	17	
		<i>Fréquence</i>	94.3%	5.7%	
<b>Biologie autre</b>		<i>Effectif</i>	295	5	
		<i>Fréquence</i>	98.3%	1.7%	
<b>Réalisation d'une RT-PCR SARS-CoV-2</b>		<i>Effectif</i>	108	192	
		<i>Fréquence</i>	36%	64%	
<b>RT-PCR SARS-CoV-2 positive</b>		<i>Effectif</i>	114	4	74
		<i>Fréquence</i>	59.4%	2.1%	38.5%
<b>Imagerie</b>		<i>Effectif</i>	185	115	
		<i>Fréquence</i>	61.7%	38.3%	
<b>Electrocardiogramme</b>		<i>Effectif</i>	141	159	
		<i>Fréquence</i>	47%	53%	

Tableau 8 : Données paracliniques de la population de l'échantillon

## 6. Prise en charge

La prise en charge des patients alcoolisés par traitement antalgique (21%) ou psychiatrique (21.3%) est faible par rapport aux autres thérapeutiques médicamenteuses administrées (42%). L'avis du psychiatre concernant la prise en charge des patients est nécessaire pour 26.3% d'entre eux, sachant qu'une contention physique est requise à hauteur de 15.7%. Les soins de plaie sont peu fréquents (13.3%) tout comme les soins infirmiers (8.7%) et les prises en charge au bloc opératoire (4.7%). (Tableau 9)

		Non	Oui	Probable
<b>Antalgique</b>	<i>Effectif</i>	237	63	
	<i>Fréquence</i>	79%	21%	
<b>Psychiatrique</b>	<i>Effectif</i>	236	64	
	<i>Fréquence</i>	78.7%	21.3%	
<b>Médicamenteux autre</b>	<i>Effectif</i>	174	126	
	<i>Fréquence</i>	58%	42%	
<b>Soins de plaie</b>	<i>Effectif</i>	260	40	
	<i>Fréquence</i>	86.7%	13.3%	
<b>Soins infirmiers</b>	<i>Effectif</i>	274	26	
	<i>Fréquence</i>	91.3%	8.7%	
<b>Contention physique</b>	<i>Effectif</i>	253	47	
	<i>Fréquence</i>	84.3%	15.7%	
<b>Bloc opératoire</b>	<i>Effectif</i>	278	14	8
	<i>Fréquence</i>	92.7%	4.7%	2.6%
<b>Avis psychiatrique</b>	<i>Effectif</i>	221	79	
	<i>Fréquence</i>	73.7%	26.3%	

Tableau 9 : Prise en charge de la population de l'échantillon

## 7. Autres

Certaines données, bien que faible en quantité, restent intéressante à rapporter. Les patients admis avec alcoolémie positives refusent la proposition d'hospitalisation dans 4% des cas et sortent contre l'avis médical dans 1.7% des cas. L'étude nous rapporte qu'une hospitalisation sous contrainte est envisagée dans 6.7% des cas. Et seuls 2.7% des patients sont suspects d'être porteur de la COVID-19. (*Tableau 10*)

			<b>Non</b>	<b>Oui</b>
<b>Suspicion de COVID-19</b>	<i>Effectif</i>		292	8
	<i>Fréquence</i>		97.3%	2.7%
<b>Sortie contre avis médical</b>	<i>Effectif</i>		295	5
	<i>Fréquence</i>		98.3%	1.7%
<b>Hospitalisation sous contrainte envisagée</b>	<i>Effectif</i>		280	20
	<i>Fréquence</i>		93.3%	6.7%
<b>Refus d'hospitalisation</b>	<i>Effectif</i>		288	12
	<i>Fréquence</i>		96%	4%

*Tableau 10 : Caractéristiques autres de la population de l'échantillon*

## IV. DISCUSSION

### A. Comparaison annuelle

#### 1. Fréquentation

D'après cette étude, la fréquentation globale du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon ne se modifie pas significativement. Cependant, l'analyse en détail des résultats montre une tendance à la baisse de la fréquentation du service de mars à juin, et de novembre à décembre 2020. La plus forte baisse touche les mois de mars et d'avril 2020, pour ensuite lentement ré-augmenter en mai et juin et retrouver une fréquentation similaire à 2019 à partir de juillet 2020. Cette diminution correspond respectivement au premier confinement strict, du 17 mars au 15 mai 2020 et à la sortie de ce dernier. Le second confinement débutant le 26 octobre a un impact plus modéré sur la fréquentation globale du service mais notable en novembre et décembre 2020. On peut donc supposer que les mesures sanitaires et sociales imposées à la population soient à l'origine de cette modification de fréquentation.

Le nombre de patients alcoolisés augmente fortement en mai et juin 2020 par rapport aux mêmes mois de l'année 2019. Il diminue globalement sur le reste de la période en comparaison avec la période 2019, la baisse la plus importante concernant le mois de novembre. Ces résultats nous laissent supposer que la sortie du premier confinement ait favorisé la consommation d'alcool et que le début du second confinement l'aurait légèrement fait diminuer.

L'association de ces 2 données, une baisse majeure de la fréquentation globale et une diminution peu marquée du nombre de patients alcoolisés mensuels, témoigne d'une nette augmentation de la part mensuelle du nombre de patients alcoolisés admis au sein de ce service. Les mois les plus touchés sont de mars à juin 2020, soit le premier confinement et sa sortie, et de novembre à décembre 2020, soit le second confinement.

Ainsi, ce travail laisse supposer que les patients alcoolisés ont globalement continué à fréquenter le service des urgences, de façon plus importante à la sortie du premier confinement. Mais la diminution de la fréquentation du service associée laisse entendre que les périodes de confinement ont freiné les patients consultant habituellement pour d'autres motifs.

#### 2. Population étudiée

L'analyse du profil de patients admis avec alcoolémie positive ne varie pas entre les 2 périodes étudiées. Ils sont toujours représentés par des hommes, d'environ 49 ans, avec une alcoolémie moyenne d'environ 1.88 grammes d'alcool/litre de sang. L'évaluation de leur niveau de gravité ne se modifie pas entre les 2 périodes. Nous n'observons pas non plus de différence d'âge ou d'alcoolémie significative selon le sexe du patient. Tout cela laisse supposer que les mesures sanitaires et sociales mises en place ont peu impactées la façon de consommer des patients. Cependant cette interprétation est à relativiser. En effet, tous les patients alcoolisés ne consultent pas systématiquement les services

d'urgences. Il est également possible que le profil des patients consommant de l'alcool se soit modifié, mais sans une dégradation de l'état clinique nécessitant une consultation en service d'urgences.

### 3. Modalités de séjour du patient

La durée moyenne du séjour des patients alcoolisés augmente significativement entre la période de 2019 et celle de 2020. Cependant le délai préalable au dosage de leur alcoolémie, lui, ne se modifie pas. Différentes raisons peuvent expliquer ces modifications. Le délai avant hospitalisation des patients alcoolisés ou non était conditionné par le résultat de leur RT-PCR SARS-CoV-2. Or, au début de la pandémie, le rendu de ce résultat pouvait prendre plusieurs heures. Bien que ce dernier ait ensuite évolué pour être réceptionné en une heure, cela a pu allonger la durée de passage des patients. Une autre raison est la difficulté de trouver des lits disponibles pour les patients nécessitant une hospitalisation ou une surveillance courte avant retour à domicile. Ce manque de lits trouve sa réponse dans l'orientation spécifique « COVID » de certains secteurs hospitaliers, dont l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, limitant donc le type de patients pouvant être admis.

L'orientation de ces patients se modifie également, avec une majoration significative des retours à domicile. Cette augmentation peut, elle aussi, être expliquée par le manque de lits d'hospitalisation d'aval. Il est probable que certains patients, de faible gravité, aient été réorientés sur le domicile avec la mise en place d'un suivi rapproché par le médecin traitant, là où il aurait bénéficié d'une hospitalisation courte avec surveillance en dehors de la pandémie.

Le devenir des patients hospitalisés se modifie significativement également. Ainsi, le nombre d'hospitalisation en service de médecine se majore et celui en service de post-urgences diminue. La raison principale pouvant expliquer cette modification est la transformation du secteur post-urgences dit Unité d'Observation en secteur dit « COVID », le faisant passer d'un secteur post-urgence à un service de médecine apparentée.

Ainsi, d'après notre étude, les mesures sanitaires et sociales gouvernementales mises en place ne modifient statistiquement pas le profil des patients alcoolisés mais impactent le fonctionnement du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon.

## B. Profil patient 2020

### 1. Données administratives

Notre échantillon est constitué à la grande majorité d'homme, d'environ 49 ans. Ce profil diffère légèrement du profil des patients consommateurs réguliers d'alcool en Bourgogne Franche Comté. Bien qu'il s'agisse essentiellement d'hommes, ils sont généralement un peu plus âgés en moyenne (34). Plus d'un tiers sont venus alcoolisés aux urgences à plus d'une reprise avec un niveau de gravité généralement moyen. D'après la classification CIM-10 de notre échantillon, la moitié des patients alcoolisés admis présentaient des troubles mentaux ou du comportement, ou des anomalies cliniques ou biologiques, ce qui correspond aux corrélations connues entre la consommation d'alcool et certaines pathologies (33).

Les patients de notre échantillon séjournent en moyenne 5h dans le service des urgences. L'objectif d'une durée de passage inférieure à 6 heures, émis par le service, est tenu pour presque trois quart des patients. En effet, il existe une augmentation significative de la morbi-mortalité des patients au-delà de ce délai (64,65).

Les sapeurs-pompiers véhiculent la grande majorité des patients alcoolisés aux urgences. Leur organisation en est probablement impactée. Peu d'entre eux nécessitent une médicalisation et donc des soins d'urgence rapide.

La très grande majorité des patients alcoolisés sont hospitalisés, pour près de la moitié en service de médecine et plus d'un tiers en service post-urgence de courte durée. Cette analyse était attendue du fait de l'impact majeur de la consommation d'alcool sur les hospitalisations (7,32).

### 2. Antécédents et traitement habituel

Dans notre étude, on observe que la moitié ou plus des patients rapportent une notion de trouble de l'usage d'alcool, d'antécédent psychiatrique ou d'autre antécédent. Cependant, ces patients consomment moins de tabac, environ un tiers d'entre eux, il est même sevré chez presque 3%. D'après le lien existant entre consommation d'alcool et d'autres toxiques (33), nous nous attendions à voir une proportion non négligeable de consommateurs de substances psychoactives, hors leur proportion ne s'élève qu'à 8.7% en tenant compte des consommateurs occasionnels. Un chiffre moins surprenant est celui des patients sans antécédents qui ne sont que faiblement représentés.

Concernant les traitements, comme pour les antécédents, environ la moitié de notre échantillon bénéficient d'un traitement psychiatrique ou d'un autre traitement. Peu de patient sont traités par opiacés ou un dérivé d'opiacés, et encore moins rapportent un sevrage de traitement par opiacés. Enfin, une faible portion de notre échantillon rapporte une rupture de leur traitement. Peu de patient ne prennent aucun traitement. Ce résultat pouvait être attendu, étant donné que la consommation d'alcool est fréquemment associée à d'autre pathologie et donc d'autre traitement (33).

L'analyse de ces résultats nous fait présumer qu'une part importante des patients, consultant au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon, sont des consommateurs chroniques d'alcool, présentant et étant traités pour des antécédents psychiatriques. Ainsi, il pourrait être intéressant de travailler à améliorer le suivi, hospitalier et extrahospitalier, ainsi que l'équilibre de ces patients afin de limiter leurs recours aux services d'urgences.

### 3. Contexte

L'étude des événements associés à l'admission des patients alcoolisés est complexe car il est rare que la venue d'un patient ne s'accompagne que d'un seul événement. Comme précédemment, ce sont essentiellement les pathologies psychiatriques ou apparentées et l'existence d'autres symptômes qui les conduisent à consulter. Les autres faits amenant fréquemment les patients alcoolisés sont les accidents, généralement de la voie publique. Cela peut s'expliquer par la perte des moyens psychiques et physiques engendrée par la consommation d'alcool (33). La précarité étant facilement liée à la consommation d'alcool (38), il n'est pas curieux de retrouver cette notion chez presque un tiers de notre échantillon. Contrairement à ce qui aurait pu être attendu, les problématiques socioprofessionnelles ne poussent que moyennement les patients alcoolisés à consulter (37). Apparemment, les consommateurs festifs restent généralement sur les lieux de consommation, seuls 6.3% d'entre eux sont admis aux urgences. Finalement et contrairement à ce que l'on peut attendre, peu de patients consultent spontanément pour une demande d'aide au sevrage. Les services d'urgences ne sont probablement pas vus par les consommateurs chroniques comme des acteurs d'aide au sevrage. La proportion de consommation de toxique associée à la prise d'alcool est pratiquement similaire à celle de patients rapportés consommateurs de substances psychoactives. On peut donc supposer que ces patients associent leur consommation d'alcool à celle d'autres substances addictives. La violence n'est pas inexistante chez les consommateurs, près d'un quart ont subi une violence ou ont été violent envers un tiers. Cette violence peut être secondaire aux troubles du comportement induits par la consommation d'alcool (33).

Ainsi, les patients alcoolisés admis au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon sont, pour un nombre non négligeable dans une situation précaire, et consultent du fait de pathologies psychiatriques, d'accident ou d'autre de symptômes. Ces résultats se rapprochent de l'analyse précédente. Cela nous conforte dans l'idée qu'un renforcement de la protection et de la prise en charge de ces patients pourrait leur être bénéfique.

### 4. Bilan paraclinique

Il apparaît dans notre étude qu'un nombre important de patient bénéficie d'une biologie sanguine, en particulier une numération formule sanguine ou un ionogramme sanguin. Cela paraît logique, la consommation d'alcool favorisant la déshydratation et les pathologies hépatiques (33). Pour autant peu de patient nécessitent de biologie urinaire, ou d'autre type de biologie.

Environ deux tiers des patients de notre échantillon bénéficie d'une RT-PCR SARS-CoV-2. Ce taux peut paraître faible aujourd'hui où les RT-PCR sont réalisées de façon quasi systématique. Il faut cependant remettre en perspective la situation. Initialement, la stratégie nationale et donc locale de détection des patients infectés ciblait notamment les populations symptomatiques. Ensuite, elle s'est étendue et est devenu systématique pour tous les patients admis à l'hôpital. Cette variable se modifiant au cours de notre étude rend son résultat discutable et sous-estime probablement le nombre de patients infectés par le SARS-CoV-2 dans notre échantillon. La proportion de RT-PCR positive doit également être remise en question. En effet, plus d'un tiers des dossiers ne mentionnent pas le résultat de ce test, ce qui fausse probablement notre travail.

La part importante de réalisation d'électrocardiogramme s'explique par l'association prouvée entre la consommation d'alcool et les pathologies cardiovasculaires (33). De plus, leur réalisation correspond à un usage en vigueur au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon dans le cadre du bilan d'alcoolisation aiguë des patients. Il est surprenant que la part d'imagerie ne soit pas plus élevée du fait des comportements à risque favorisés par la consommation d'alcool (33).

## 5. Prise en charge

Les patients admis pour alcoolémie positive sont finalement peu consommateurs de thérapeutiques médicamenteuses antalgiques ou psychiatriques, mais presque la moitié nécessitent une autre prise en charge médicamenteuse. Bien que les accidents soient un motif fréquent de consultation aux urgences, les soins infirmiers et les soins de plaie sont peu représentés. En revanche, une part non négligeable de patients nécessitent une contention physique. Cela peut probablement être responsable d'une désorganisation du service du fait du temps et du nombre de soignant parfois nécessaires (66). Malgré la part importante d'accident amenant les patients alcoolisés, peu d'entre eux nécessiteront une prise en charge au bloc opératoire, qu'elle soit immédiate ou probable. L'avis psychiatrique est régulièrement nécessaire, pour plus d'un quart des admissions, afin d'organiser la prise en charge du patient.

Cela nous fait suspecter que, bien que ne nécessitant pas une prise en charge spécifique très poussée, les patients avec alcoolémie positive peuvent être chronophages et désorganiser les services d'urgences.

## 6. Autres

D'après ce travail, les patients alcoolisés refusent rarement les prises en charge proposées par les équipes soignantes, que ce soit en termes de sortie contre avis médical ou de refus d'hospitalisation. Bien que rares, certaines situations complexes ont fait envisager l'intérêt d'une hospitalisation sous contrainte après dégrisement. La majeure partie de ces patients se voyaient proposée une hospitalisation complète avec une réévaluation par un médecin psychiatre à distance de l'alcoolisation.

### C. Points forts et faiblesse de l'étude

La qualité rétrospective de ce travail a permis de recueillir de manière exhaustive l'ensemble des patients admis avec un dosage d'alcool supérieur à 0,1 gramme d'alcool/litre de sang entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 décembre des années 2019 et 2020. Du fait de l'enregistrement informatique des données, nous avons ainsi pu obtenir et comparer différentes données dans chaque dossier de façon quasi-systématique. Cette étude nous permet de mettre en évidence l'absence d'impact global des mesures sanitaires et sociales sur le profil des patients alcoolisés se présentant au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon. Cependant, elle nous permet d'observer une modification des modalités de séjour de ces patients. Concernant l'analyse de notre échantillon de l'année 2020, bien qu'un tirage au sort ait été réalisé devant une problématique temporelle et de faisabilité, le panel restant est suffisamment large pour obtenir des données représentatives. De plus, en diminuant le nombre de dossiers à traiter, cela nous a permis d'augmenter le nombre de variables à étudier et donc de définir au mieux les patients de notre échantillon.

Cependant, cette étude souffre de différentes failles nous obligeant à pondérer ses résultats. Le principal biais concerne la réalisation des alcoolémies au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon. En effet, tous les patients alcoolisés admis ne bénéficient pas d'un dosage sanguin d'alcool, en particulier dans certaines situations traumatologiques ou ceux accompagnés par les forces de l'ordre avant dégrisement, et ne présentant de signes cliniques et hémodynamiques de mauvaise tolérance. Ces derniers n'ont donc pu être intégrés à notre étude. L'exactitude de l'extraction manuelle des données dépend du remplissage des dossiers. Ce remplissage varie d'un soignant à l'autre selon différentes variables : temps, importance accordée aux informations et à la traçabilité des dossiers. Cela peut également avoir un impact sur la fiabilité de nos résultats. Les connaissances du SARS-CoV-2 et de ses propriétés ont évolué au fur et à mesure des découvertes scientifiques le concernant. Ainsi, les recommandations gouvernementales appliquées au niveau nationale et locales à la population générale et aux services hospitaliers et extrahospitaliers se sont régulièrement modifiées au cours de notre période d'étude. La principale variable touchée par ces changements concerne la réalisation des RT-PCR SARS-CoV-2 et leur analyse. En effet, l'amélioration des techniques d'analyse du SARS-CoV-2 a permis de diminuer progressivement la durée de restitution des résultats le long de notre période d'étude, ce qui fragilise l'analyse des durées de séjour. De même, les consignes de réalisation de ces RT-PCR ont évolué sur cette période. Initialement ciblées, elles sont ensuite devenues presque systématique. L'évolution de cette variable sous-estime probablement le taux de patients infectés par le SARS-CoV-2 dans notre échantillon.

Ce travail présente un bilan sociologique des patients admis aux urgences avec une alcoolémie positive. Il serait intéressant de le suivre dans les années à venir afin d'évaluer les conséquences à moyens et long terme de la pandémie de SARS-CoV-2 sur cette population.

## **THESE SOUTENUE PAR Madame Marie DECRETTE**

### **CONCLUSIONS**

La consommation d'alcool est un problème de santé publique majeur, touchant l'ensemble de la population française. Les admissions avec alcoolémie positive représentent une part non négligeable de l'activité des services d'urgences hospitaliers. La pandémie de SARS-CoV-2 étant une situation inédite en France, l'ensemble des services de santé, en particulier hospitaliers, s'est adapté afin de gérer l'afflux de patients.

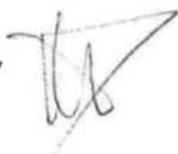
Dans cette étude, nous mettons en évidence que la pandémie de SARS-CoV-2 et les mesures gouvernementales française impactent globalement peu le profil des patients admis avec alcoolémie positive au sein du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon. En effet, l'âge, le sexe et l'alcoolémie de ces patients varient peu. Leur niveau de gravité, évalué par l'infirmière d'accueil, le temps préalable au dosage de leur alcoolémie ainsi que leur orientation en cas d'hospitalisation restent également similaires. Cependant, l'activité de ce service se voit modifiée. Au décours de la période étudiée, on observe une diminution globale de sa fréquentation. Bien que non significatif, le nombre de patients consultant avec une alcoolémie positive tend à l'augmentation à la sortie du premier confinement et au début du second. Il reste stable sur le reste de la période. De ce fait, la part de patients alcoolisés se majore mensuellement pendant le premier confinement, jusqu'à 110% en avril 2020, ainsi qu'à la sortie du premier et du second confinement. Ces changements peuvent être en lien avec une restriction des déplacements et une diminution des consultations pour d'autres motifs sur ces périodes. Contrairement à l'année 2019 où les admissions se concentrent sur le weekend, les patients tendent à consulter autant en semaine que le weekend. Il est probable que les mesures de chômage partiel et de télétravail facilitent la consommation d'alcool en semaine. Une fois admis, ces patients restent également plus longtemps dans le service ; cela s'explique par la réalisation quasi systématique de RT-PCR SARS-CoV-2 à l'arrivée des patients ainsi que par le manque de lit d'aval et donc parfois la nécessité de garder le patient aux urgences avant son retour à domicile ou son hospitalisation.

L'étude de notre échantillon souligne que les patients admis avec alcoolémie positive pendant la pandémie sont essentiellement des hommes, d'environ 48 ans, avec, pour la moitié d'entre eux, une notion de trouble de l'usage d'alcool, d'antécédent et de traitement psychiatrique. Un tiers des admis sont considérés comme précaires. Les sapeurs-pompiers en transportent la majorité, les forces de l'ordre n'intervenant, étonnamment, que peu de fois. Les accidents et les symptômes psychiatriques représentent les événements amenant le plus fréquemment les patients alcoolisés aux urgences. Les

deux tiers bénéficient d'une RT-PCR SARS-CoV-2 mais seulement 2% reviennent positives. Enfin, presque la moitié reçoit un traitement médicamenteux autre qu'antalgique et psychiatrique et seuls 16% nécessitent une contention physique. À la suite de leur passage, plus de 80% des patients sont hospitalisés. Environ la moitié des patients reviennent avec une alcoolémie positive dans l'année. Cette analyse démontre l'importance des moyens humains et matériels mobilisés pour la gestion de ces patients par le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon pendant la pandémie.

Le Président du jury,

Pr. P. RAY



Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 31 Aout 2021  
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



## V. BIBLIOGRAPHIE

1. Liu L, Wang J, Levin MJ, Sinnott-Armstrong N, Zhao H, Zhao Y, et al. The origins of specialized pottery and diverse alcohol fermentation techniques in Early Neolithic China. *Proc Natl Acad Sci USA*. 25 juin 2019;116(26):12767-74.
2. Nourrisson D. Aux origines de l'antialcoolisme. *hes*. 1988;7(4):491-506.
3. World Health Organization, Management of Substance Abuse Team, World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. [Internet]. 2018. Disponible sur: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)
4. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bul Epidémiol Hebd*. 2019;2019(5-6):97-108.
5. Richard J-B, Andier R, Cordogan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, Groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;2019(5-6):89-97.
6. L'addiction à l'alcool [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
7. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(24-25):440-9.
8. Santé Publique France. Alcool : où en sont les Français ? [Internet]. 2020. Disponible sur: </les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>
9. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil\\_delaboration\\_reperage\\_alcool\\_cannabis\\_tabac\\_-\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf)
10. Sureau C, Charpentier S, Philippe J, Trinh-Duc A, Fougères O, Charpentier S, et al. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences » [Internet]. Société Française de Médecine d'Urgence; 2006. Disponible sur: [https://www.sfm.u.org/upload/consensus/Actualisation\\_consensus\\_ivresse\\_\\_thylique\\_aigu\\_\\_2006.pdf](https://www.sfm.u.org/upload/consensus/Actualisation_consensus_ivresse__thylique_aigu__2006.pdf)
11. Cerdá M, Tracy M, Galea S. A prospective population based study of changes in alcohol use and binge drinking after a mass traumatic event. *Drug and Alcohol Dependence*. mai 2011;115(1-2):1-8.
12. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus Disease 2019—COVID-19. *Clin Microbiol Reviews*. 24 juin 2020;33(4):e00028-20, /cmr/33/4/CMR.00028-20.atom.

13. Dubost C-L, Pollak C, Rey S. Les inégalités sociales face à l'épidémie de COVID-19. Les dossiers de la DRESS [Internet]. juill 2020;(62). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd62.pdf>
14. Hobin E, Smith B. Is another public health crisis brewing beneath the COVID-19 pandemic? Can J Public Health. juin 2020;111(3):392-6.
15. The Lancet Gastroenterology Hepatology null. Drinking alone: COVID-19, lockdown, and alcohol-related harm. Lancet Gastroenterol Hepatol. juill 2020;5(7):625.
16. Centre Hospitalier de Mâcon [Internet]. Disponible sur: <http://www.ch-macon.fr/decouvrir-le-centre-hospitalier/chiffres-cles/>
17. Centre Hospitalier de Mâcon [Internet]. Disponible sur: <http://www.ch-macon.fr/decouvrir-le-centre-hospitalier/presentation-de-letablissement/>
18. Conseil général de Saône et Loire. Direction Départementale de l'action sanitaire et sociale de Saône et Loire - Service tutelle et contrôle des établissements [Internet]. Archives départementales; 2012. Disponible sur: [https://www.archives71.fr/\\_depot\\_cg71\\_imgs/AD71EAD/RM011.fr](https://www.archives71.fr/_depot_cg71_imgs/AD71EAD/RM011.fr)
19. HAS. Certification es établissements de santé - Guide thématique des experts-visiteurs : Prise en charge des urgences et des soins non programmés [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/urgences\\_soins\\_non\\_programmes\\_-\\_guide\\_ev\\_v2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/urgences_soins_non_programmes_-_guide_ev_v2014.pdf)
20. Menecier P, Menecier R. Intoxications éthyliques aiguës à l'hôpital : tendances depuis 26 ans au CH de Mâcon (France). Psychotropes. 2018;24(3):153.
21. Menecier P, Debatty D, Menecier-Ossia L, Simonin C, Ploton L. Intoxications éthyliques aiguës. A partir des dosages d'alcoolémie réalisés de 2000 à 2009 dans un centre hospitalier. AA. 15 juin 2012;34(2):105-12.
22. Menecier P, Clair D, Collovray C, Rotheval L, Lefranc D, Duhay-Vialle A, et al. Intoxications éthyliques aiguës. Une procédure de rencontre systématique. AA. 15 sept 2008;30(3):251-9.
23. Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions. Guide de l'intervenant(e): l'ID délégué(e) de la CAPU [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/01/CAPU-Guide-de-lintervenant-BAT.pdf>
24. Rotheval L, Poillot A, Lefanc D, Pellissier-Platier S, Badila P, Menecier P. La rencontre clinique après l'ivresse : la place de l'entretien. Le Courrier des Addictions. 2008;10(4):27-9.
25. Menecier P, Rotheval L, Kalamaride S, Guez L. Quand l'hôpital « va vers » - Approche des addictions aux urgences. 2013;15(3):11-3.
26. Debongnie JC. Histoire de la médecine : l'alcool, histoire d'un pharmakon. AMA Contacts. 2018;(104):761-2.
27. Pasteur L. Études sur le vin: ses maladies, causes qui les provoquent, procédés nouveaux pour le conserver et pour le vieillir. Simon Raçou et Comp.; 1873. 464 p.

28. Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *The Lancet*. juin 1992;339(8808):1523-6.
29. Gaussoit L. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *sosan*. 1998;16(1):5-42.
30. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Chyderiotis S. Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. *Tendances*. avr 2016;(131):1-8.
31. Hill C, Laplanche A. La consommation d'alcool est trop élevée en France. *La Presse Médicale*. juill 2010;39(7-8):e158-64.
32. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018. *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*. nov 2019;1-18.
33. Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. *La Presse Médicale*. oct 2014;43(10):1067-79.
34. Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique : Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. 2020. Disponible sur: [file:///C:/Users/marie/Downloads/bsp\\_bfc\\_alcool\\_janvier\\_2020.pdf](file:///C:/Users/marie/Downloads/bsp_bfc_alcool_janvier_2020.pdf)
35. Butt P, Beirness D, Gliksman L, Paradis C, Stockwell T. L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque [Internet]. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2011 p. 72. Disponible sur: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>
36. ONISR. La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/Bilan\\_2019\\_version\\_site\\_internet\\_24\\_sept.pdf](https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/Bilan_2019_version_site_internet_24_sept.pdf)
37. Mette C. Conditions de travail, emploi et consommation d'alcool : quelles interactions en France ?. *Travail et emploi*. 2017;151(3):75-99.
38. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? *Question d'économie de la Santé*. 2008;(129):1-6.
39. Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*; 2015 sept p. 1-10. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
40. Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement [Internet]. *Gouvernement.fr*. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
41. University John Hopkins. Coronavirus COVID-19 (2019-nCoV) [Internet]. Disponible sur: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
42. Santé Publique France. COVID-19 : Point épidémiologique hebdomadaire du 31 décembre 2020 [Internet]. *Santé Publique France*; 2020 déc p. 56. Disponible sur: [file:///C:/Users/marie/Downloads/COVID19\\_PE\\_20201231%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marie/Downloads/COVID19_PE_20201231%20(1).pdf)

43. Stawicki SP, Jeanmonod R, Miller AC, Paladino L, Gaijeski DF, Yaffee AQ, et al. The 2019-2020 Novel Coronavirus (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) Pandemic: A Joint American College of Academic International Medicine-World Academic Council of Emergency Medicine Multidisciplinary COVID-19 Working Group Consensus Paper. *J Glob Infect Dis.* juin 2020;12(2):47-93.
44. Balty I, Chapouthier A. Les équipements de protection individuelle (EPI) [Internet]. INRS; 2013. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206077>
45. Nielly H, Ezanno A-C, Aimé A, Fougerousse A-C, Werkoff G, Bessellère R, et al. Filière ambulatoire COVID-19 aux urgences : retour d'expérience et perspectives. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation.* mars 2021;33(1):4-11.
46. Cabé N, Boudehent C, Cabé J, Pitel AL. Alcool et confinement : un cocktail potentiellement explosif. *Revue de neuropsychologie.* 2020;12(2):207-9.
47. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *The Lancet Public Health.* mai 2020;5(5):e259.
48. Alcohol does not protect against COVID-19; access should be restricted during lockdown [Internet]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2020/04/alcohol-does-not-protect-against-covid-19-access-should-be-restricted-during-lockdown>
49. Sharma A, Kroumpouzou G, Lotti T, Goldust M. COVID-19 and alcohol use. *Drug Alcohol Rev.* mai 2021;40(4):683-4.
50. Andreasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Sherk A, et al. Alcohol and Society 2021 ; Alcohol and the coronavirus pandemic : individual, societal and policy perspectives. Swedish Society of Nursing, SFAM, SAFF, CERA, The Swedish Society of Addiction Medicine, SIGHT, Movendi International and IOGT-NTO; 2021.
51. Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. *JMIR Public Health Surveill.* 18 sept 2020;6(3):e19630.
52. Flaudias V, Zerhouni O, Pereira B, Cherpitel CJ, Boudesseul J, de Chazeron I, et al. The Early Impact of the COVID-19 Lockdown on Stress and Addictive Behaviors in an Alcohol-Consuming Student Population in France. *Front Psychiatry.* 9 févr 2021;12:628631.
53. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Lucas DA, Dailey NS. Alcohol dependence during COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Research.* févr 2021;296:113676.
54. Jauffret-Roustide M, Barratt M, de Dinechin S, Davies E, Gilchrist G, Hughes C, et al. Consommation d'alcool et d'autres produits psychoactifs pendant la pandémie de COVID-19 dans la Global Drug Survey : une perspective française. *Psychotropes.* 2020;26(2):209.
55. Santé Publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible sur:

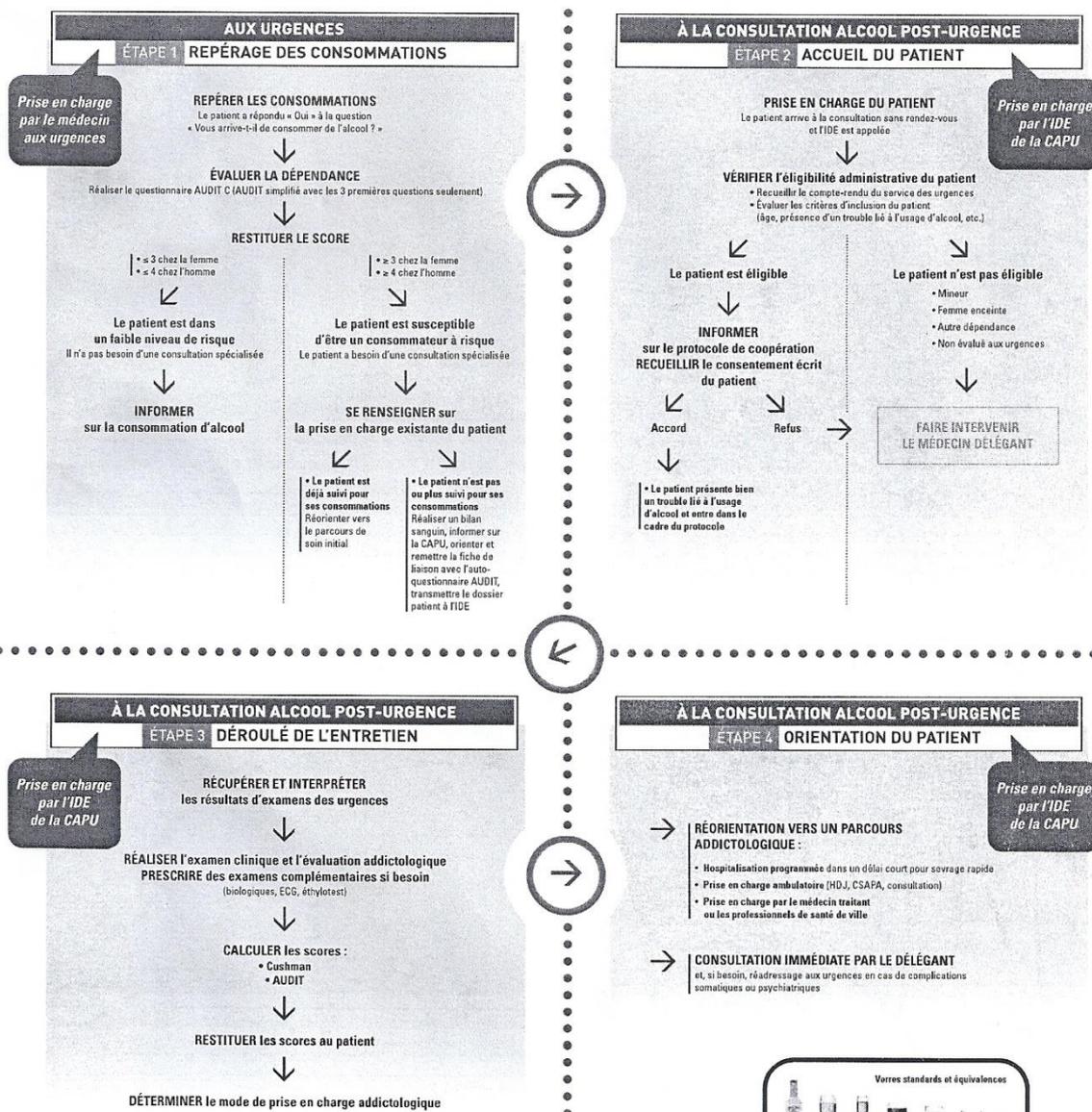
<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquête-pour-suivre-l'évolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

56. Szajnoga D, Klimek-Tulwin M, Piekut A. COVID-19 lockdown leads to changes in alcohol consumption patterns. Results from the Polish national survey. *Journal of Addictive Diseases*. 1 avr 2021;39(2):215-25.
57. Thompson K, Dutton DJ, MacNabb K, Liu T, Blades S, Asbridge M. Changes in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: exploring gender differences and the role of emotional distress. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* [Internet]. juin 2021;41(9). Disponible sur: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-41-no-9-2021/changes-alcohol-consumption-covid-19-pandemic-gender-differences-emotional-distress.html>
58. Alerte sur les conduites addictives en période de confinement [Internet]. Odoxa. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/alerte-conduites-addictives-periode-de-confinement/>
59. Pellegrina U, Quaglino V, Deligne H. COVID-19, impacts sur la santé mentale des personnes souffrant d'anxiété et de dépression. *Soins Psychiatrie*. nov 2020;41(331):29-33.
60. RECOMMANDATION-COVID-RDR-ALCOOL.pdf [Internet]. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/documents\\_generaux/RECOMMANDATION-COVID-RDR-ALCOOL.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/documents_generaux/RECOMMANDATION-COVID-RDR-ALCOOL.pdf)
61. Faur R, Irazoqui G, Pavlovsky F, Wikinski S. Expanding accessibility: Outpatient intensive treatment for substance use disorder during COVID-19 pandemic. *Drug and Alcohol Dependence*. janv 2021;218:108359.
62. Mohanta YK, Hashem A, Abd\_Allah EF, Mohanta TK. Higher Alcohol Consumption Is Not Linked To Higher SARS COVID-19 Infection and Death [Internet]. In Review; 2020 mai. Disponible sur: <https://www.researchsquare.com/article/rs-30073/v1>
63. Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw Open*. 29 sept 2020;3(9):e2022942.
64. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality: BOARDING AND MORTALITY. *Academic Emergency Medicine*. déc 2011;18(12):1324-9.
65. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. *Ann Fr Med Urgence*. juill 2019;9(4):229-34.
66. Segard L. Impact de l'intoxication éthylique aiguë au service d'urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque [Internet]. [Lille 2]: Université du droit et de la santé; 2013. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/97ad5690-2835-486e-9df8-62436c783283>

# ANNEXE 1 : La Consultation Alcool Post-Urgence

## Repérer, accompagner et orienter le patient présentant un trouble lié à l'usage d'alcool\* : la Consultation Alcool Post-Urgence

\* Les troubles liés à l'usage de l'alcool comprennent la consommation à risque, la consommation nocive et la dépendance, avec une persistance des consommations malgré les conséquences délétères pour la santé.



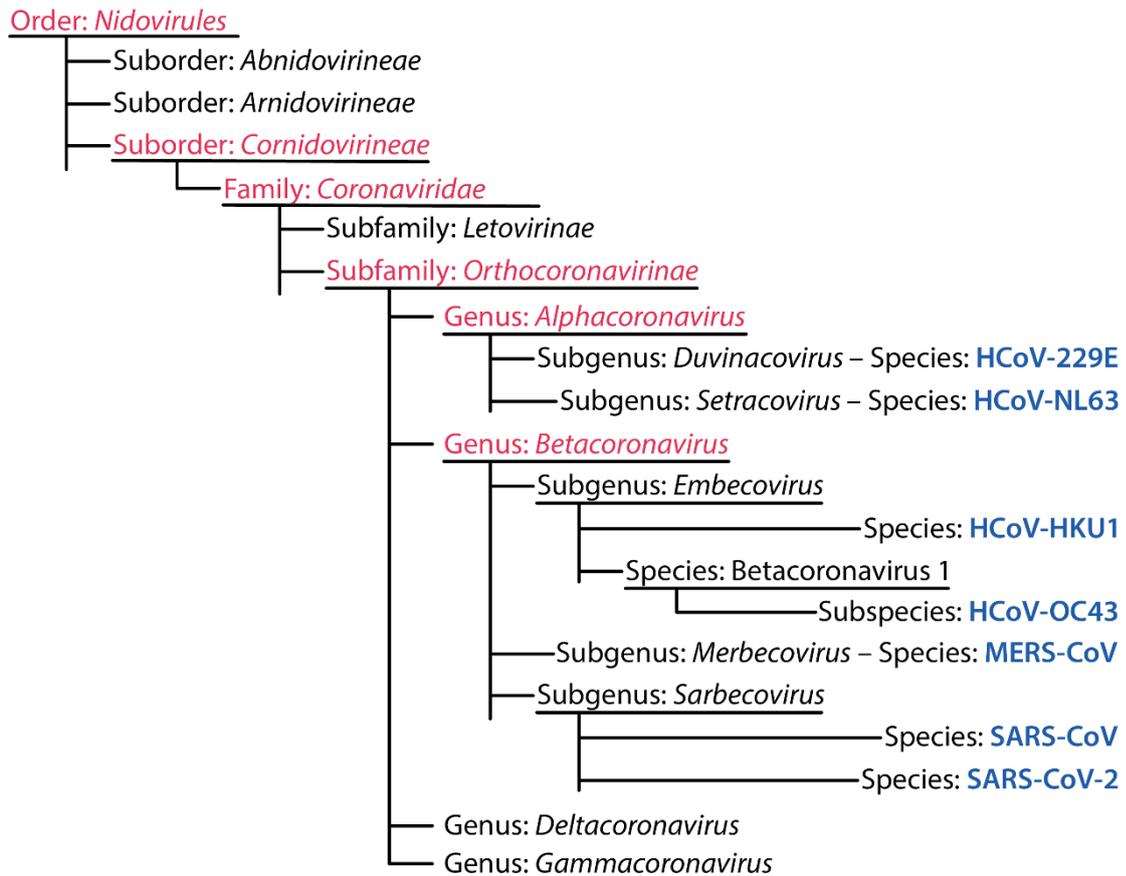
**RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONSOMMATION D'ALCOOL**

- **REPÈRES DE CONSOMMATION :**
  - maximum 2 verres par jour
  - maximum 10 verres par semaine
  - 5 ou 6 jours dans la semaine sans consommation
- **IL EST INDICQUÉ DE NE PAS CONSOMMER D'ALCOOL :**
  - en cas de désir de grossesse, de grossesse ou d'allaitement
  - pour les jeunes et les adolescents
  - en cas de conduite automobile, d'utilisation d'outils ou de machines
  - consommation de certains médicaments, existence de certaines pathologies

Selon le protocole de coopération, le médecin délégué peut être appelé à tout moment par l'IDE délégué(e).

Tout au long de la consultation, le dossier du patient doit être rempli.

## ANNEXE 2 : IVTC Taxonomy



ICTV Human Coronavirus Taxonomy

## ANNEXE 3 : Fiche OMS Alcool

### Alcohol and COVID-19: what you need to know



*Under no circumstances should you drink any type of alcoholic product as a means of preventing or treating COVID-19 infection.*

Consumption of alcohol WILL NOT protect you from COVID-19.

#### Avoid alcohol altogether

so that you do not undermine your own immune system and health and do not put the health of others at risk.



#### Do not use alcohol as a way of dealing with your emotions and stress

as isolation and drinking may also increase the risk of suicide. Please call a health hotline if you have suicidal thoughts.



#### Reach out for help

if you think your drinking or the drinking of someone close to you is out of control.



#### Never mix alcohol with medications

even herbal or over-the-counter remedies, as this could make them less effective, or it might increase their potency to a level where they become toxic and dangerous.



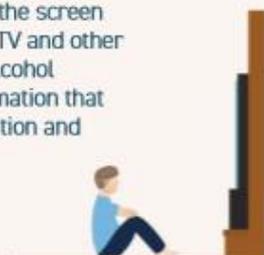
#### Avoid alcohol as a social cue for smoking

and vice versa, as smoking is associated with more complicated and dangerous progression of COVID-19.



#### Make sure that children and young people do not have access to alcohol

and do not drink in their presence – be a role model. Monitor the screen time of your children, as TV and other media are flooded with alcohol advertising and misinformation that may stimulate early initiation and increased consumption.



#### Discuss with children and young people the effect of alcohol on risk-taking behaviours

including potential violation of COVID-19-related physical distancing measures.



**World Health Organization**

REGIONAL OFFICE FOR Europe

**Titre de la Thèse : EVALUATION DE L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE SARS-COV-2 SUR LES ADMISSIONS AVEC ALCOOLEMIE POSITIVE AU SEIN DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE MACON**

**Auteur : Marie DECRETTE**

**Résumé :**

Objectif : Evaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 et des mesures sanitaires et sociales sur les patients admis avec alcoolisation positive au sein du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon.

Méthode : Etude rétrospective et comparative réalisée au sein du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon, incluant les patients âgés de plus de 18 ans admis avec alcoolémie supérieure à 0,1 gramme d'alcool/litre de sang, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 décembre 2019 et 2020.

Résultats : La fréquentation du service diminue globalement (-54% en avril et -30% en mars, mai, novembre et décembre). Bien que non significative, on remarque une tendance à l'augmentation du nombre de patients alcoolisés en mai (+28%) et juin (+51%), ainsi que de leur proportion de mars à juin. Tout autant, on observe également une tendance, non significative, à l'augmentation des consultations en semaine. Il n'y a pas de différence significative d'âge, de sexe, d'alcoolémie, du délai avant son dosage, de leur niveau de gravité ni de leur orientation en cas d'hospitalisation entre les 2 périodes. La durée moyenne de séjour s'allonge significativement passant de 237 à 284 minutes ( $p < 0.001$ ). Les retours à domicile augmentent significativement ( $p = 0.001$ ). L'étude de 300 dossiers en 2020 retrouve 71% d'hommes, de 48 ans en moyenne, avec une notion de trouble de l'usage d'alcool (47%), de précarité (32%), d'antécédent et de traitement psychiatrique (53 et 48%). 67% sont amenés par les sapeurs-pompiers, 10% sont médicalisés et 15% nécessitent l'intervention des forces de l'ordre. Les accidents, les symptômes psychiatriques et non psychiatriques amènent 30% des patients. Un bilan complémentaire est souvent réalisé. La moitié bénéficie d'une prise en charge médicamenteuse et 16% d'une contention physique. Une hospitalisation est nécessaire dans 82% des cas (47% en médecine, 38% aux urgences, 2% en soins intensifs).

Conclusion : La pandémie de SARS-CoV-2 et les mesures gouvernementales française impactent globalement peu le profil des patients admis avec alcoolémie positive mais modifient l'activité du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon, en particulier pendant les périodes de confinement et de sortie de confinement. Les patients relèvent rarement de l'urgence vitale mais nécessitent des moyens humains et matériels important.

**Mots-clés : SARS-COV-2, alcoolémie, service d'urgences**