

PANORAMA DES URGENCES DU GRAND EST

ANALYSES THEMATIQUES



2023

Comité de rédaction

Est-Rescue

Céline Giget

Fati Gueye

Stéven Riot

Dr. Xavier Finance

Dr. Bruno Maire

Dr. Audrey Martial

Dr. Marc Noizet

Dr. Mathieu Oberlin

Version mise à jour le 05/09/2024

SOMMAIRE

1.01

Lit Brancard Estimé

Un indicateur de saturation des SU et de fluidité de l'aval ?

p.5

1.02

Urgences & médecine de ville

Identification des Passages Relevant Potentiellement de la Ville (PRPV)

p.11

1.03

Analyse Santé Publique France

Impact de l'alcool sur les passages aux urgences dans la région Grand Est

p.19

1.01

Lit Brancard Estimé

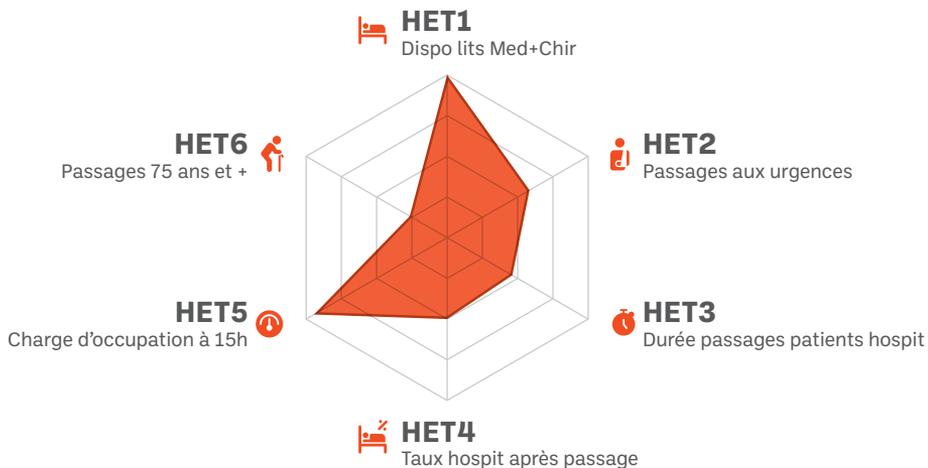
*Un indicateur de saturation des SU
et de fluidité de l'aval ?*

LIT BRANCARD ESTIMÉ

Lit Brancard Estimé, un indicateur de saturation des SU et de fluidité de l'aval ?

La saturation des urgences

La saturation d'une structure d'urgences (SU) est une problématique majeure qui concerne l'ensemble de l'établissement de santé¹. Elle se mesure actuellement avec des indicateurs statiques (nombre de patients présents ou nombre de patients en attente par exemple) et avec des indicateurs dynamiques (durée de séjour aux urgences, temps d'attente par exemple)². Pour avoir un indicateur performant, il est recommandé de coupler des indicateurs dynamiques et statiques. Ainsi Est-Rescue propose depuis plusieurs années un indicateur quotidien de saturation composé de 6 indicateurs combinés.



La saturation des SU est à l'origine d'une morbidité importante : moins bonne prise en charge de la douleur, délais allongés de prise en charge des urgences vitales, augmentation du nombre d'erreurs médicales^{1,3,4,5}. Qualifiée de tueur silencieux par certains auteurs, la saturation des SU est associée à une surmortalité hospitalière^{3,6,7,8}. Il existe plusieurs causes à la saturation : l'amont des urgences et les besoins de santé ne pouvant être pris en charge en ambulatoire ; l'organisation de la SU en elle-même ; et l'aval^{2,9}. Il est maintenant reconnu que la principale cause de la saturation des SU est l'attente de lits d'hospitalisation, c'est-à-dire la fluidité de l'aval^{10,11,12}.

Cette attente de lits d'hospitalisation en SU est à l'origine d'un cercle vicieux. Les patients qui séjournent longtemps aux urgences, en particulier en attente de lits d'hospitalisation, ont une durée d'hospitalisation plus longue¹³. Cette augmentation de la durée d'hospitalisation aggrave la saturation de l'établissement qui n'est plus en mesure de répondre aux besoins d'hospitalisation programmée et non programmée, aggravant la saturation des urgences^{14,15}.

L'attente de lits d'hospitalisation en SU est donc un excellent indicateur de la saturation d'un établissement de santé et de fluidité des admissions. Nous savons de surcroit, depuis l'étude de Roussel et al, que pour les personnes âgées, la nuit passée sur un brancard est associée à une surmortalité proche de 50%, principalement en raison des complications liées au décubitus¹⁶.

Un nouvel indicateur : Le LBE

Est Rescue a donc fait le choix de développer un nouvel indicateur de saturation des SU, dédié à mesurer la fluidité de l'aval et donc la saturation de l'établissement : les Lits Brancards Estimés (LBE). Les performances et l'utilité de cet indicateur prometteur sont en cours d'analyse mais nous pouvons **néanmoins déjà** vous le présenter.

Le LBE est mesuré grâce aux données RPU transmises quotidiennement. Il correspond aux patients cumulant 3 critères :



Nous avons testé cet indicateur auprès d'une dizaine de SU volontaires et les données recueillies automatiquement via les RPU sont en accord presque parfait avec les données recueillies auprès du terrain (test kappa de Cohen 0,84).

Pour utiliser le LBE dans votre SU

Notre objectif est désormais de vous proposer dans chaque établissement cet indicateur quotidien. Pour cela, un impératif est nécessaire cependant. Les patients effectivement présents dans votre SU ne devront pas être affectés informatiquement avant 8h le matin à une autre unité que la SU (UHCD ou autre MCO), au risque de biaiser vos données par sous-évaluation du nombre de patients présents. Quelques aménagements sont nécessaires mais nous sommes disponibles pour vous aider à trouver une solution adaptée à vos organisations.

Les analyses sont en cours pour comparer le LBE aux autres données de saturation et déterminer ce qu'il nous apportera de nouveau en termes de pilotage à l'échelle de nos SU mais également à l'échelle régionale. Nous reviendrons très vite vers vous !

LIT BRANCARD ESTIMÉ

Lit Brancard Estimé, un indicateur de saturation des SU et de fluidité de l'aval ?

Références

1. Morley C, Unwin M, Peterson GM, et al (2018) Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE* 13(8) : e0203316
2. Hwang U, McCarthy ML, Aronsky D, et al (2011) Measures of crowding in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 18(5) : 527-538
3. Sprivilis PC, Da Silva J-A, Jacobs IG, et al (2006) The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 184(5) : 208-212
4. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, et al (2013) Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med* 61(6) : 605-611.e6
5. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, et al (2011) The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf* 20(7) : 564-569
6. Pines JM (2013) Emergency department crowding in California: a silent killer? *Ann Emerg Med* 61(6) : 612-614
7. Claret P-G, Boudemaghe T, Bobbia X, et al (2016) Consequences for overcrowding in the emergency room of a change in bed management policy on available in-hospital beds. *Aust Health Rev* 40(4) : 466-472
8. Forero R, Man N, Ngo H, et al (2019) Impact of the four-hour National Emergency Access Target on 30 day mortality, access
- block and chronic emergency department overcrowding in Australian emergency departments. *Emerg Med Australas* 31(1) : 58-66
9. Oberlin M, Andrés E, Behr M, et al (2020) La saturation de la structure des urgences et le rôle de l'organisation hospitalière : réflexions sur les causes et les solutions. *La Revue de Médecine Interne*
10. Richardson L, Rabin E, Oishi M, et al (2010) National Overview of Boarding in Emergency Departments (NOBEDS) Part 2 : Demographic and Clinical Characteristics of Patients Boarding in U.S. Emergency Departments: 297. *Academic Emergency Medicine* 17 :
11. Garson C, Hollander JE, Rhodes KV, et al (2008) Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Ann Emerg Med* 51(1) : 9-12, 12.e1-3
12. Handel DA, Ginde AA, Raja AS, et al (2010) Implementation of crowding solutions from the American College of Emergency Physicians Task Force Report on Boarding. *Int J Emerg Med* 3(4) : 279-286
13. Forster AJ, Stiell I, Wells G, et al (2003) The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med* 10(2) : 127-133



14. Villa-Roel C, Guo X, Holroyd BR, et al (2012) The role of full capacity protocols on mitigating overcrowding in EDs. *The American Journal of Emergency Medicine* 30(3) : 412-420

15. Proudlove N, Gordon K, Boaden R (2003) Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments ? *Emerg Med J* 20(2) : 149-155

16. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, et al (2023) Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med* 183(12) : 1378-1385



1.02

Urgences & médecine de ville

*Identification des Passages Relevant
Potentiellement de la Ville (PRPV)*

Identification des Passages Relevant Potentiellement de la Ville (PRPV)

Les structures d'urgences doivent faire face à de nombreux changements depuis la crise sanitaire, s'adapter aux problèmes de ressources humaines qui deviennent chroniques mais également intégrer de nouveaux fonctionnements avec la mise en place des services d'accès aux soins (SAS) dans les territoires.

Optimiser les interactions ville-hôpital peut être une piste de réflexion pour repenser les possibilités de prise en charge de soins non programmés.

En ce sens, des travaux ont été menés par la région Provence-Alpes-Côte d'Azur au sein de la FEDORU¹ afin d'identifier les patients qui auraient pu être pris en charge en ville au lieu des urgences en utilisant les données standardisées remontants des services (flux RPU).

L'indicateur des passages relevant potentiellement de la ville ou PRPV, a été construit en 2 étapes, la première consistant à affecter à chaque diagnostic, un niveau de complexité de prise en charge, la seconde à définir des catégories de passages RPU en fonction de cette complexité.

1. Évaluer la complexité des passages aux urgences à partir des RPU en créant un « score de complexité »

5 marqueurs, issus de l'analyse des RPU nationaux sur 3 années, ont été retenus pour établir le score de complexité :

- Mode d'arrivée aux urgences
- Age du patient
- Durée de passage
- CCMU
- Diagnostic établi aux urgences

Le score final de gravité (SCCD²) a été calculé sur 500, discrétisé en déciles (1= faible complexité à 10=forte complexité) et a permis d'attribuer un score à chaque diagnostic principal (CIM-10).

La déclinaison peut également se faire entre le type d'urgence, médicale/traumatologique

¹ Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences dont Est-RESCUE est membre pour représenter la région Grand Est.

² Score Composite de Complexité Diagnostique

Tableau d'exemples de DP/SCCD

Code Diagnostic Principal	Label Diagnostic Principal	Catégorie FEDORU	Type d'urgence	SCCD (en décile)	PRPV
A162	Tuberculose pulmonaire, (sans mention de confirmation bactériologique ou histologique)	Pneumopathie	Médico-chir.	8	NON
A260	Érysipéloïde cutanée	Autres infectiologie générale et sans précision	Médico-chir.	6	NON
A281	Maladie des griffes du chat	Autres infectiologie générale et sans précision	Médico-chir.	2	OUI
A310	Infection pulmonaire à mycobactéries atypiques	Pneumopathie	Médico-chir.	9	NON
A311	Infection cutanée à mycobactéries atypiques	Mycoses, parasitoses et autres infections cutanées	Médico-chir.	4	OUI
A360	Diphthérie pharyngée	Angines, amygdalites, rhino-pharyngites, toux	Médico-chir.	1	OUI
A379	Coqueluche, sans précision	Bronchite aiguë et bronchiolite	Médico-chir.	6	NON
A38	Scarlatine	Angines, amygdalites, rhino-pharyngites, toux	Médico-chir.	1	OUI
A41	Autres sepsis	Septicémies et sepsis	Médico-chir.	10	NON
A415	Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif	Septicémies et sepsis	Médico-chir.	10	NON

2. Définir des catégories de passages RPU en fonction du SCCD

Les passages RPU peuvent ainsi être classées :

- Passages à très faible complexité (SCCD 1 et 2)
- Passages à très haute complexité (SCCD 9 et 10)
- PRPV : passages avec SCCD de 1 à 4

Dès lors, il est possible d'appliquer ces catégories et en particulier celle des PRPV à un ensemble de RPU à savoir, les RPU d'un établissement, les RPU d'un département ou d'une région.

	Total RPU	PRPV	% PRPV
SU A	16 334	5 851	35.8%
SU B	27 265	7 396	27.1%
SU C	32 080	14 383	44.8%
SU D	45 536	7 627	16.7%
Département 54	160 990	50 505	31.4%
Département 68	211 725	72 589	34.3%
Champagne-Ardenne	389 058	146 131	37.6%
Grand Est	1 473 407	467 552	31.7%

Tableau avec % et valeurs des PRPV sur quelques ETS anonymes, département, antérégion et région GE

Sur le même principe, il est possible, en ajoutant le critère de la commune de résidence, de sélectionner les PRPV par CPTS.

URGENCES & MÉDECINE DE VILLE

Identification des Passages Relevant Potentiellement de la Ville (PRPV) - Suite

Tableau des % et valeurs des PRPV pour une dizaine de CPTS anonymes

	Total RPU	PRPV	% PRPV
CPTS A	10 496	2 960	28.2
CPTS D	14 840	6 251	42.1
CPTS L	5 170	744	14.4
CPTS E	21 936	9 507	43.3
CPTS B	19 996	5 744	28.7
CPTS C	28 550	6 119	21.4
CPTS F	37 026	9 847	26.6
CPTS G	25 306	2 247	8.9
CPTS H	37 803	13 683	36.2
CPTS I	5 279	1 409	26.7
CPTS K	13 915	4 924	35.4

Une fois ces échantillons de passages RPU isolés, il est possible de caractériser les PRPV de cet échantillon (âge moyen, sexe ratio, heure d'arrivée avec en corollaire les périodes de PDSA, diagnostics concernés...).

Tableau des chiffres clés des PRPV de la région GE, d'une CPTS anonyme et d'un ETS anonyme

Critère RPU	Grand Est	CPTS X	SU A
Nombre de PRPV	467 552	22 814	5 786
Age moyen (en années)	31.1	32.4	35.9
De moins de 1 an	3%	2%	1%
De moins de 18 ans	35%	31%	27%
De 75 ans et +	5%	5%	7%
Sex ratio	1.2	1.3	1.2

ARRIVÉES

Le jour [8h > 19h59]	75%	77%	88%
En soirée [20h > 23h59]	16%	16%	7%
En nuit profonde [0h - 7h59]	9%	8%	5%
En horaire de PDS	43%	41%	33%
Le week-end	30%	28%	29%

TRANSPORT

Moyens personnels	87.3%	87.9%	91.0%
Ambulance	4.4%	3.2%	3.9%
VSAV	6.2%	6.1%	5.1%
Forces de l'ordre	2.1%	2.8%	0.0%

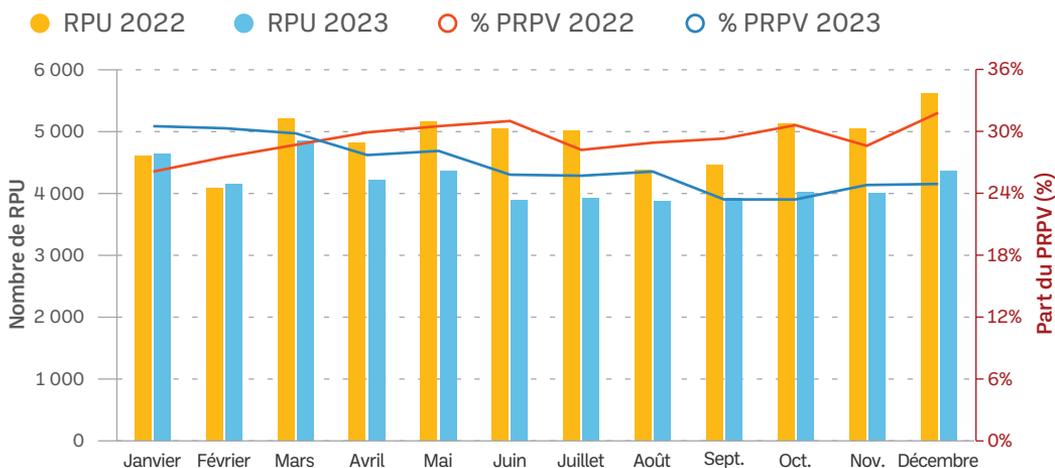
GRAVITÉ

CCMU 1	22.6%	5.1%	53.8%
CCMU 4 et 5	0.1%	0.1%	0.0%

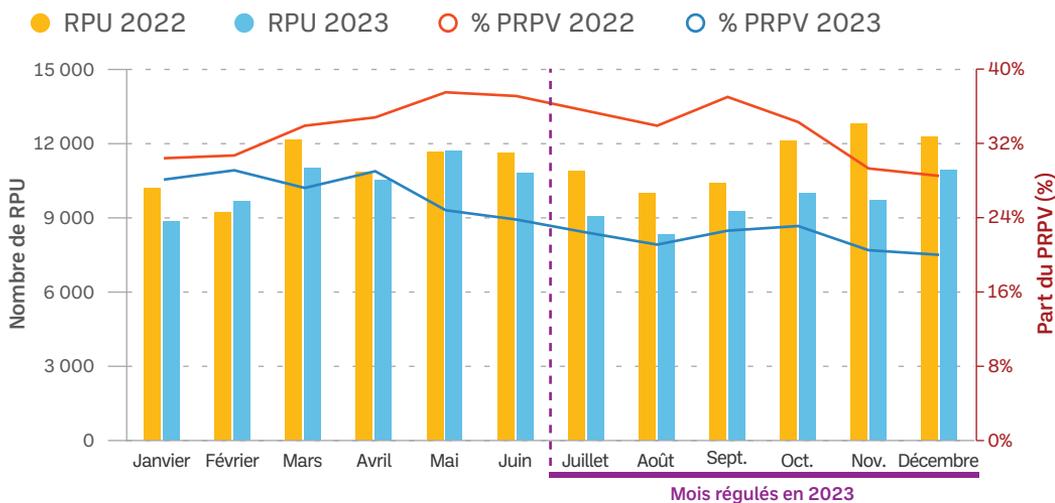
Critère RPU	Grand Est	CPTS X	SU A
DIAGNOSTIC PRINCIPAL			
México-chirurgical	40%	32%	30%
Traumatologique	51%	55%	60%
Psychiatrique	1%	0.2%	1%
Toxicologique	0.1%	0%	0%
Autres recours	9%	13%	9%
DURÉES			
Durée moyenne de passage	2:47:48	2:50:01	2:05:37
Durée médiane de passage	2:02:00	2:08:00	1:32:00
Pris en charge en moins de 4h	80%	79%	88%

Enfin, les PRPV peuvent être étudiés avec des filtres temporels et permettre ainsi d'analyser l'évolution de ces PRPV en fonction de nouvelles mesures éventuellement mises en place au niveau des établissements de santé, des SAS (régulation des admissions aux urgences...) ou encore des CPTS.

Passages RPU et part de PRPV 2022 VS 2023 d'un établissement anonyme



Évolution des PRPV en fonction de la régulation sur un ETS anonyme



URGENCES & MÉDECINE DE VILLE

Identification des Passages Relevant Potentiellement de la Ville (PRPV) - Suite

Part de PRPV de tous les SU en 2023

Département	Établissement	Total RPU	PRPV	%PRPV	
ALSACE	67-Bas-Rhin	Haguenau - Adultes	31 392	9 789	31%
	Haguenau - Pédiatrie	10 395	4 353	42%	
	Saverne	29 807	2 425	8%	
	Sélestat	32 079	13 307	41%	
	Wissembourg	11 800	4 962	42%	
	Strasb. - HautePierre Adultes	44 697	8 034	18%	
	Strasb. - HautePierre Pédiatrie	39 353	10	0%	
	Strasbourg - NHC	31 056	1 804	6%	
	Strasbourg - Rhéna	45 536	7 621	17%	
	Strasbourg - Sainte-Anne	18 754	7 643	41%	
68-Haut-Rhin	Altkirch	7 915	2 235	28%	
	Colmar - Adultes	49 059	16 703	34%	
	Colmar - Pédiatrie	18 646	8 264	44%	
	Guebwiller	12 540	7 109	57%	
	Mulhouse - Adultes	55 099	11 310	21%	
	Mulhouse - Pédiatrie	24 495	11 093	45%	
	Mulhouse - Diaconat Fonderie	29 825	10 511	35%	
Saint-Louis - Trois-frontières	14 146	5 181	37%		
08-Ardenne	Charleville-Mézières - Adultes	44 586	18 035	40%	
	Charleville-Mézières - Pediat.	10 476	4 952	47%	
	Rethel/Vouziers	21 049	10 768	51%	
	Sedan	18 224	8 225	45%	
10-Aube	Romilly-sur-Seine	18 536	7 852	42%	
	Troyes	50 249	13 545	27%	
51-Marne	Châlons-en-Champagne	32 080	14 375	45%	
	Épernay	19 702	8 223	42%	
	Reims - Adultes	53 277	18 994	36%	
	Reims - Pédiatrie	28 814	13 648	47%	
	Reims - Bezannes & Courlancy	20 517	3 743	18%	
	Vitry-le-François	9 901	3 715	38%	
52-Haute-Marne	Chaumont	17 815	6 470	36%	
	Langres	13 472	3 865	29%	
	Saint-Dizier	27 265	7 356	27%	

Département	Établissement	Total RPU	PRPV	%PRPV
54 - Meurthe-et-Moselle	Briey - Adultes	17 718	5 775	33%
	Briey - Pédiatrie	2 793	627	22%
	Lunéville	17 238	5 917	34%
	Mont-Saint-Martin	15 506	5 756	37%
	Nancy - Adultes	51 768	11 269	22%
	Nancy - Pédiatrie	26 003	10 604	41%
	Pont-à-Mousson	12 408	5 190	42%
	Toul	15 876	4 659	29%
55-Meuse	Bar-le-Duc	16 334	5 816	36%
	Verdun	25 763	1 259	5%
57-Moselle	Forbach	42 945	20 721	48%
	Metz - Adultes (CHR)	47 884	7 530	16%
	Metz - Pédiatrie (CHR)	22 218	8 243	37%
	Metz - Claude Bernard	17 785	6 383	36%
	Metz - HIA Legouest	12 188	6 125	50%
	Sarrebourg	23 629	10 276	43%
	Sarreguemines	29 578	10 787	36%
	Saint-Avold	24 038	8 896	37%
	Thionville - Adultes	32 216	6 084	19%
	Thionville - Pédiatrie	17 513	7 420	42%
88-Vosges	Épinal	40 361	13 221	33%
	Neufchâteau	13 618	4 940	36%
	Remiremont	19 900	7 448	37%
	Saint-Dié-des-Vosges	26 859	9 995	37%
	Vittel	3 936	1 719	44%

LORRAINE

1.03

Analyse Santé Publique France

*Impact de l'alcool sur les passages aux urgences
dans la région Grand Est*



Impact de l'alcool sur les passages aux urgences dans la région Grand Est

Points clés

Consommation quotidienne d'alcool en 2021 :

- **8,3 %** des adultes de 18-75 ans ont déclaré consommer de l'alcool quotidiennement

Alcoolisations ponctuelles importantes en 2021 :

- **15,5 %** des adultes de 18-75 ans ont déclaré avoir des API mensuelles

Dépassements des repères de consommation à moindre risque en 2021 :

- **23,4 %** des adultes de 18 à 75 ans ont déclaré dépasser les repères de consommation. Cette proportion était **significativement plus élevée chez les hommes** et pour les **niveaux de revenu les plus élevés**.

Passages aux urgences en lien direct avec l'alcool en 2023 :

- **14 258** passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été enregistrés.
- Les départements présentant un taux plus important de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool étaient la **Meurthe-et-Moselle**, la **Meuse** et la **Marne** pour les hommes ; et la **Meurthe-et-Moselle**, le **Bas-Rhin** et le **Haut-Rhin** pour les femmes.

Alcool en Grand Est : Où en est-on ?

En France, la consommation d'alcool est à l'origine de 41 000 décès par an et comporte de nombreux risques pour la santé à court et à long termes. Bien que la mise en place de politiques publiques comme la Loi Evin (1991) ait entraîné une baisse de la consommation ces dernières décennies, la France présente des niveaux de consommation toujours élevés (au-dessus de la moyenne européenne et des autres pays à l'échelle mondiale selon l'OMS et Eurostat), et certains modes de consommation comme les alcoolisations ponctuelles importantes (API) restent stables voire sont en augmentation dans certaines régions.

En Grand Est, la consommation d'alcool est, selon les données issues du Baromètre de Santé publique France 2021¹, stable et comparable à la moyenne nationale. Plus précisément, en 2021, parmi les adultes de 18 à 75 ans : 8,3% consommaient de l'alcool quotidiennement ; 15,5% déclaraient avoir des

¹ Les données des différents systèmes de surveillance sont disponibles sur le site Géodes (<https://geodes.santepubliquefrance.fr>) et une information est faite régulièrement à l'ensemble des acteurs de santé de la région, via le Point épidémiologique de Santé publique France Grand Est.

alcoolisations ponctuelles importantes¹ et 23,4% dépassaient les repères de consommation à moindre risque. Il est à noter que le dépassement des repères de consommation à risque était significativement plus élevé chez les hommes et pour les niveaux de revenu les plus élevés.

Au-delà des risques pour la santé, l'alcool représente la première cause d'hospitalisation en France ainsi qu'un taux de passage important aux urgences.

Dans ce contexte, l'action de Santé publique France s'articule autour de la surveillance de la consommation d'alcool et de la prévention de la consommation excessive. Plus précisément, il s'agit :

- De produire des indicateurs de surveillance de la consommation ;
- De concevoir, promouvoir et évaluer des dispositifs de prévention sur la consommation d'alcool ;
- D'informer les pouvoirs publics, les professionnels de santé et le grand public.

Ce focus du panorama des urgences partage les données de passages aux urgences en lien direct avec la consommation d'alcool en 2023. Il est réalisé à partir de systèmes de surveillance épidémiologique complémentaires dont les cinq réseaux des associations SOS Médecins et le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

Rappel des repères de consommation à moindre risque

- ne pas consommer plus de **dix verres** standard **par semaine**
- ne pas consommer plus **de deux verres par jour**
- avoir **des jours sans consommation** dans une semaine

En résumé et pour une bonne compréhension du grand public : "**Pour votre santé, l'alcool, c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours.**"

Alcool et passages aux urgences en Grand Est en 2023.

Les données présentées dans ce focus sont issues du point épidémiologique « Alcool » publié en avril 2024² qui avait pour objectif de fournir des indicateurs régionaux clés pour la planification et l'évaluation des politiques locales de prévention de la consommation d'alcool. Ces données ont été produites à partir du Baromètre de Santé publique France de 2021 et du réseau OSCOUR® pour la période 2023.

¹ Une alcoolisation ponctuelle importante est définie pour un adulte comme la consommation de six verres de boissons alcoolisées ou plus en une même occasion.

² Alcool en Grand Est. Bilan de la consommation en 2021 et des passages aux urgences en 2023, www.santepubliquefrance.fr/regions/grand-est/documents/bulletin-regional/2024/alcool-en-grand-est.-bilan-de-la-consommation-en-2021-et-des-passages-aux-urgences-en-2023.

Impact de l'alcool sur les passages aux urgences dans la région Grand Est

Passages aux urgences pour pathologies directement liées à l'alcool

Les résumés de passages aux urgences pour pathologies directement liées à l'alcool ont été repérées via un regroupement syndromique « passage en lien direct avec l'alcool », défini à partir des diagnostics principaux et associés. Les codes CIM-10 composant ce regroupement syndromique figurent dans le tableau 1.

Tableau 1 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscore® « Passages en lien direct avec l'alcool »

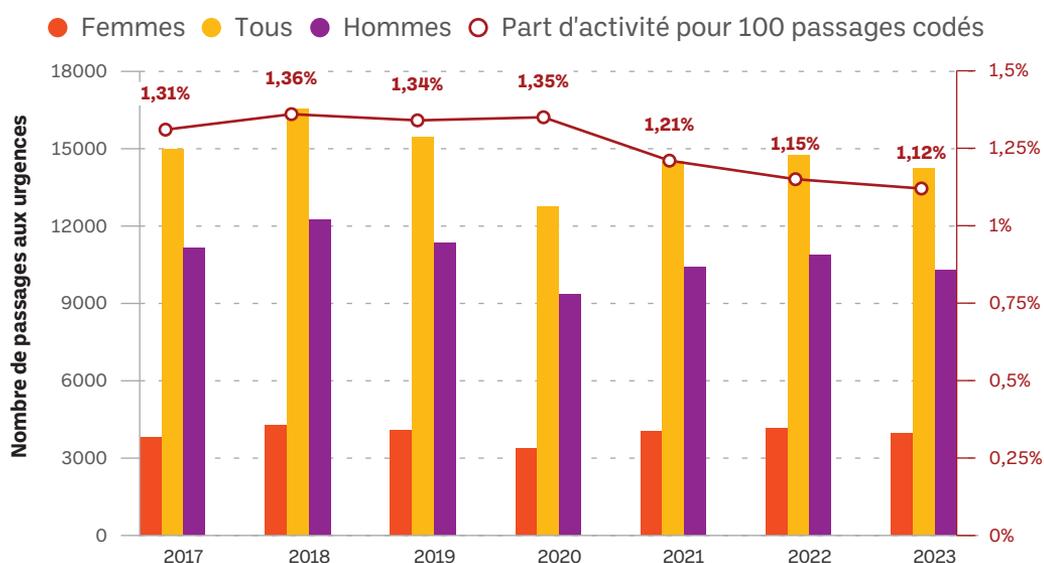
Regroupement syndromique « Passages en lien direct avec l'alcool »

Codes CIM-10	Libellés des diagnostics
F10.0, Y90.7, Y90.8, Y91.2, Y91.3	Intoxication éthylique aiguë
F10.2, F10.3, F10.4, Z50.2, Z71.4, Z72.1	Syndrome de sevrage ou de dépendance, sevrage d'alcool
F10.1, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9	Autres troubles mentaux liés à l'alcool ou sans précision
X45 et ses dérivés, T51.0, Y15 et ses dérivés, Y90, Y90.0, Y90.1, Y90.2, Y90.3, Y90.4, Y90.5, Y90.6, Y91, Y91.0, Y91.1, Y91.9, R78.0	Autres intoxications par alcool ou sans précision
E24.4, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70 et ses dérivés, K85.2, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0	Effets à long-terme de la consommation d'alcool ou pour alcoolisation materno-foetale
X65 et ses dérivés	Suicides/tentatives de suicides par intoxication éthylique

En 2023, 14 258 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été enregistrés (vs 14 979 en 2017), soit en moyenne 39 passages quotidiens. Ce nombre de passages aux urgences était donc relativement stable depuis 2017. A noter toutefois une diminution en 2020 (12 755 passages), en lien avec l'épidémie de Covid-19 (Figure 1).

En 2023, ces passages représentaient ainsi 1,12 % des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,08 % au niveau France entière) (Figure 1). Cette part de passages en lien direct avec la consommation d'alcool était en diminution depuis 2021. Cette tendance à la baisse concernait plus particulièrement les hommes ; et elle était notamment en lien avec l'augmentation du nombre de passages toutes causes depuis 2021. Le nombre de passages restait plus important chez les hommes que chez les femmes mais le rapport du nombre de passages hommes/femmes était en diminution entre 2017 et 2023.

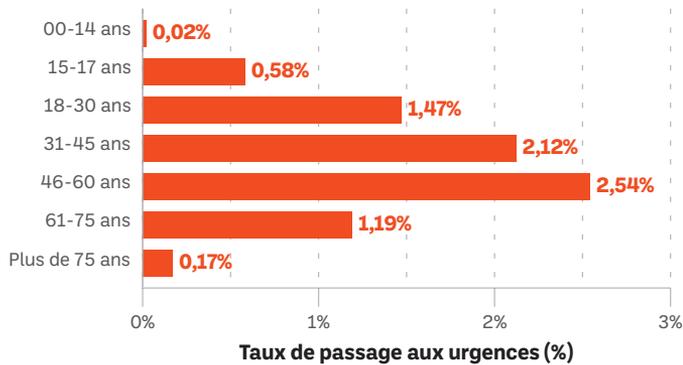
Figure 1. Nombres et taux annuels de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool parmi les passages toutes causes, Grand Est, 2017-2023 – Source : OSCOUR®, analyse : Santé publique France



En 2023, le taux de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (1,55 %) que chez les femmes (0,65 %) et il était plus important chez les 46-60 ans (2,54 %) (Figure 2).

Impact de l'alcool sur les passages aux urgences dans la région Grand Est

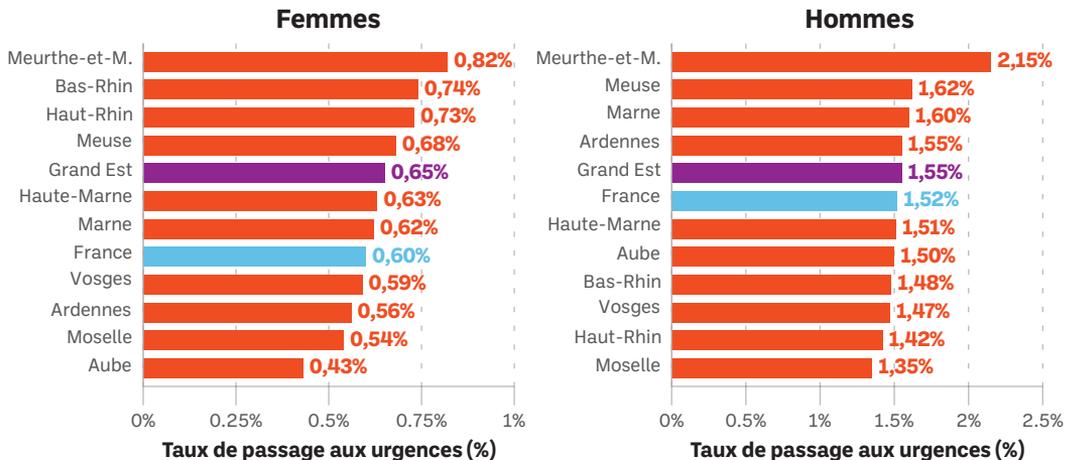
Figure 2. Taux annuels de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool parmi les passages toutes causes, par classes d'âge, Grand Est, 2023 – Source : OSCOUR®, analyse : Santé publique France



En ce qui concerne les femmes, les départements présentant un taux plus important de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool étaient la Meurthe-et-Moselle, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin ; tandis que chez les hommes, les trois départements les plus concernés étaient la Meurthe-et-Moselle, la Meuse et la Marne (Figure 3).

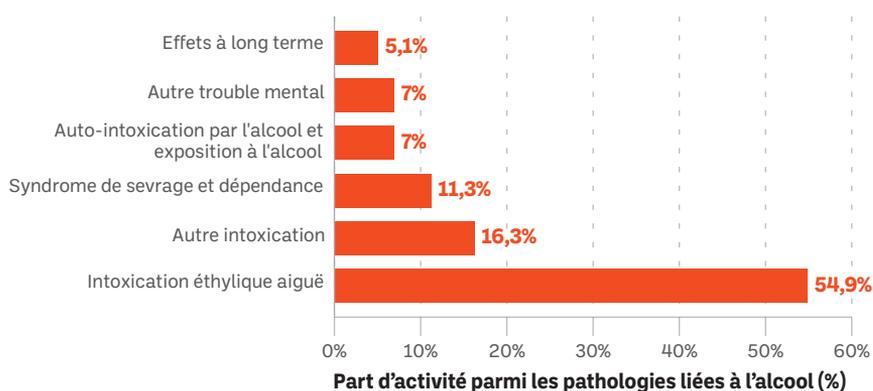
N.B. : il s'agit ici des départements des établissements et non des départements de résidence des patients.

Figure 3. Taux départementaux annuels de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe, Grand Est, 2023 – Source : OSCOUR®, analyse : Santé publique France



Le type de pathologie le plus fréquent parmi ces passages aux urgences en lien avec l'alcool était l'intoxication éthylique aiguë (54,9 %) (Figure 4).

Figure 4. Taux de recours pour les pathologies liées à l'alcool selon le type, Grand Est, 2023 – Source : OSCOUR®, analyse : Santé publique France



Ce focus met en évidence que bien qu'en diminution, la consommation d'alcool en France et en région Grand Est demeure élevée. Elle est l'une des plus importantes en Europe. L'usage de l'alcool dans notre pays reste une pratique sociale et culturelle répandue.

Les professionnels de santé ont un rôle essentiel à jouer pour faire connaître les repères de consommation, repérer les consommateurs à risque et orienter les consommateurs demandant une aide pour arrêter. Ce repérage, accompagné d'une aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation peut limiter tous les types de dommages liés à l'alcool dont le recours aux urgences. Des outils existent, comme les formations au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB).

ANALYSES THEMATIQUES

PANORAMA DES URGENCES DU GRAND EST

2023

www.est-rescue.fr

09.64.41.51.89
oru@est-rescue.fr

64 Chaussée Saint-Martin - 51100 Reims

