



**HAL**  
open science

# Prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë : réalisation et mise en place d'un protocole de service

Florian Drouot

► **To cite this version:**

Florian Drouot. Prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë : réalisation et mise en place d'un protocole de service. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932235

**HAL Id: hal-01932235**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932235>**

Submitted on 23 Nov 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

## **THÈSE**

Pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

**Florian DROUOT**

Le 22 mai 2017

**Prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë,  
réalisation et mise en place d'un protocole de service,  
au service des Urgences de Sarreguemines.**

Membres du jury :

Président :

M. Le Professeur François PAILLE

Juges :

M. Le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. Le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Mme Le Docteur Aurélie KALT

M. Le Docteur Abdellatif DHIFAOU



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE  
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen  
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Assesseeurs :**

**Premier cycle :** Dr Guillaume GAUCHOTTE  
**Deuxième cycle :** Pr Marie-Reine LOSSER  
**Troisième cycle :** Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques :* Pr Bruno CHENUJEL

*Formation à la recherche :* Dr Nelly AGRINIER  
*Animation de la recherche clinique :* Pr François ALLA

*Affaires juridiques et Relations extérieures :* Dr Frédérique CLAUDOT  
*Vie Facultaire et SIDES :* Pr Laure JOLY  
*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER  
*Etudiant :* M. Lucas SALVATI

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume VOGIN  
*Commission de prospective facultaire :* Pr Pierre-Edouard BOLLAERT  
*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER  
*PACES :* Dr Chantal KOHLER  
*Plan Campus :* Pr Bruno LEHEUP  
*International :* Pr Jacques HUBERT

=====  
**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

=====  
**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ  
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –  
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –  
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles  
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -  
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -  
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel  
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER 2<sup>ème</sup> sous-  
section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL 4<sup>ème</sup> sous-  
section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER 3<sup>ème</sup> sous-  
section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur  
Frédéric MARCHAL 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO 4<sup>ème</sup> sous-section :  
(*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur

Olivier KLEIN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François

SIRVEAUX

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves

JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET  
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)** Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)**

Docteure Chantal KOHLER

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Jean-Marie ESCANYE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)** Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**2<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteure Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteur Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)  
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)**

Docteur Antoine KIMMOUN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)  
Docteur Nicolas GIRERD

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine générale*)**

Docteure Elisabeth STEYER

**54<sup>ème</sup> Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)**

Docteur Patrice GALLET

=====  
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**7<sup>ème</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES** Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS



**60<sup>ème</sup> Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL**

Monsieur Alain DURAND

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

**66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE  
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	

A mon maître et président de thèse,

**Monsieur le Professeur François PAILLE**

Professeur d'addictologie

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de présider ce jury,

Pour votre investissement, vos conseils et vos encouragements,

Pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon maître et juge

**Mr le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

Professeur de Réanimation Médicale et Médecine d'Urgence

Chevalier de l'ordre des Palmes Académiques

Pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail,

Pour votre écoute sur mon avenir lors de nos rencontres

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon maître et juge,

**Mr le Professeur Paolo DI PATRIZIO**

Professeur de Médecine Générale,

Pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail,

Pour vos enseignements et votre investissement dans notre formation au département de Médecine Générale,

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon juge,

**Mme le Docteur Aurélie KALT,**

Psychiatre et Addictologue

Pour votre investissement et vos conseils dans la réalisation de ce travail,

Pour votre investissement dans le développement et la pratique de l'addictologie  
dans notre région,

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon juge et directeur de thèse,

**Mr le Docteur Abdellatif DHIFAoui,**

Médecin urgentiste

Pour l'honneur que vous me faites de m'accompagner dans cette dernière étape de ma formation,

Pour vos encouragements, votre gentillesse, votre amitié, votre paternalisme,

Pour avoir participé à ma formation, pour continuer à le faire,

Pour tout cela et bien plus encore,

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

**A mes parents, Annick et Guy**, pour vos encouragements depuis toujours, pour le soutien que vous avez toujours su me témoigner, pour les années d'angoisse que j'ai suscitées, ce travail marque la fin d'une (longue) période. Veuillez y trouver la gratitude et l'amour d'un fils.

**A ma grand-mère, Hugnette**, qui a su m'accueillir et supporter ma mauvaise humeur pendant les révisions du concours de première année, et pour tous ces autres moments que seul une grand-mère peut créer. **A mes autres grands-parents**, j'ai toujours une pensée pour vous.

**A mes frères et sœurs, à leurs moitiés, et à mes neveux et nièces**, je vais enfin pouvoir me libérer d'un poids, un peu pesant, et je vais avoir énormément de temps libre, que je compte bien occuper sur vos canapés. Pour votre soutien, et parce que j'ai énormément de chance d'avoir une telle famille, je vous remercie.

**A ma belle-famille**, pour leur soutien, leurs sourires, leurs encouragements. Vous m'avez tous très vite accueilli et cela chaleureusement. Je suis fier de faire partie de la même famille que vous. **A Norbert**, ton implication dans les travaux de la maison m'a permis de me dégager le temps de me consacrer à mes obligations « scolaires ». **A Cléa** pour qui j'ai énormément de tendresse. Et une pensée toute particulière **pour Baya**, puisque c'est tout de même sur ton clavier que je tape tous ces mots ! Merci.

**Aux Docteurs Mouaffak KOSAYYER et Abdellatif DHIFAOU**, de m'avoir accepté dans votre équipe, de m'avoir ouvert les portes de votre service, sans me connaître et de m'avoir accordé votre confiance, je vous remercie.

**Au Docteur Emmanuelle SERIS**, qui m'a téléphoné un mercredi après-midi pour me proposer de travailler aux Urgences, qui a dû me convaincre un petit peu, merci. Je ne sais pas de quoi demain sera fait, mais il est sûr que ma vie ne serait pas la même sans cette proposition. Merci.

**A mes confrères des Urgences, actuels et passés**, j'apprends auprès de chacun d'entre vous.

**A l'équipe paramédicale des Urgences de Sarreguemines**, vous m'avez ouvert les portes, puis les bras, j'ai découvert une équipe formidable, j'ai eu la chance de créer des amitiés, et plus encore, vous m'avez accompagné, encouragé, soutenu dans cette aventure, je vous remercie.

**Aux internes que j'ai croisés**, ceux qui ont partagés mes stages, comme **Stéphanie**, ou les **énergumènes de Thionville**, mais également ceux avec qui j'ai eu l'honneur de faire mes premiers pas de « faisant fonction de Sénior », je pense surtout à **Fred, Elodie et Fanny**.

**Au Docteur LALA**, qui a su plus qu'un collègue devenir un ami. Pour ta relecture, pour tes corrections, pour tes traductions, pour le squash, les barbecues, bref...merci.

**A mes amis, « notre groupe »**, j'ai la chance de partager un peu de votre vie, de vos soucis et vos malheurs, de vos joies également. Une pensée à mes chouchous, ceux qui me gardent et me surveillent l'après-midi quand je suis fatigué, **Zack et Nana**.

**A Antoine**, si le chemin jusqu'ici a été long, il m'a permis de faire de belles rencontres. On voit le bout !

**A Joub**, la prise d'instantané a changé ma vie et mon travail. Merci.

**A Mr Pierre**, tes encouragements, ton amitié, et plus encore, tout cela compte énormément à mes yeux.

**A Suzanne**, tu as eu du mérite, d'être là et de rester, de me rouspéter (je m'en souviens encore !), de m'épauler, de me faire rire. J'ai passé des moments inoubliables. Merci de l'honneur que tu m'as fait l'année dernière, et merci de celui que tu me feras cette année. J'ai traversé ces années pas toujours faciles avec toi, il est normal que je te fasse également profiter de mon bonheur. Si je sais aujourd'hui qu'il n'y a pas de hasard, je ne regrette aucun aléa de parcours, ils m'ont permis de te rencontrer.

**A Benoit**, une amitié, longue, une demi-vie. Tu as toujours été là, tu m'as porté quand je n'arrivais plus à marcher, tu m'as consolé quand j'en avais besoin, tu m'as fait rire quand j'étais triste. On a toujours pu tout se dire, alors je te le dis, je te kiffe !

**A Jessica, à Toi**, ma collègue, mon amie, ma colocataire, ma copine, ma fiancée, celle qui partage ma vie, celle qui m'a accompagné dans cette aventure, celle qui a su m'aider à grandir, à devenir un adulte, la personne que je suis, une thèse ne suffirait pas à te dire tout ce que j'ai sur le cœur, tout ce que tu m'apportes, tout ce que je ressens, je m'y emploierai les trente ou quarante prochaines années. **Okay !**

**Et à tous les autres...**



## **SERMENT**

*« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».*

## Table des matières.

1. INTRODUCTION.....	21
2. ÉPIDÉMIOLOGIE ET MODE DE CONSOMMATION. ....	23
2.1. LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE. ....	23
2.2. LA CONSOMMATION HABITUELLE. ....	23
2.3. L'IVRESSE ET LA CONSOMMATION PONCTUELLE IMPORTANTE. ....	25
2.4. LE RECOURS AUX URGENCES.....	26
3. L'INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGUË AUX URGENCES.....	27
3.1. DÉFINITION. ....	27
3.2. CLASSIFICATIONS.....	27
3.3. CRITÈRES DE GRAVITÉ.....	29
3.4. COMPLICATIONS LIÉES A L'IEA, RENCONTRÉES AUX URGENCES....	30
3.4.1. Complications cardio-vasculaires.....	30
3.4.2. Complications pulmonaires.....	31
3.4.3. Complications digestives. ....	32
3.4.4. Complications neurologiques. ....	34
3.4.5. Complications psychiatriques.....	41
3.4.6. Complications métaboliques et thermiques .....	45
3.4.7. Complications musculaires .....	48
3.4.8. Complications traumatiques.....	49
3.5. UN CAS PARTICULIER : IEA CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT. ....	50
3.6. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS.....	52
3.7. LA DÉMARCHE CLINIQUE.....	53
3.7.1. L'abord du patient alcoolisé .....	53
3.7.2. La prise de constantes.....	54
3.7.3. L'examen clinique .....	54

3.8. LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.....	55
3.8.1. Examens biologiques.....	55
3.8.2. Examens radiologiques.....	58
3.8.3. Autres examens complémentaires.....	58
3.9. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....	58
3.9.1. L'hydratation.....	59
3.9.2. Le patient éthylique chronique.....	59
3.9.3. L'hypoglycémie.....	62
3.9.4. L'agitation.....	62
3.9.5. Le coma éthylique.....	62
3.9.6. Équivalent suicidaire.....	62
3.10. LE REPÉRAGE ET L'INTERVENTION BRÈVE.....	63
3.10.1. Définitions.....	63
3.10.2. Les recommandations.....	66
3.10.3. Intérêt de l'intervention brève.....	67
3.10.4. Quelle population et quel intérêt aux urgences.....	69
3.10.5. Les questionnaires de dépistage.....	73
3.10.6. La réalisation de l'intervention brève.....	77
3.11. HOSPITALISATION ET MODALITES DE SORTIE.....	81
3.11.1. Les critères d'hospitalisation.....	81
3.11.2. Orientation en présence de critères de gravité.....	82
3.11.3. Les ivresses pathologiques.....	82
3.11.4. En présence de comorbidité psychiatrique.....	83
3.11.5. Le refus de soins.....	83
3.11.6. Surveillance, et critères de sortie.....	84
3.11.7. La sortie contre avis.....	85

4. L'addictologie .....	86
5. ENQUETE ET ARTICLE : prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë au service des Urgences de Sarreguemines : création et évaluation d'un protocole.....	88
6. Conclusion. ....	97
Bibliographie.....	98
Annexes.....	105

## Liste des abréviations :

- **ALAT** : Alanine Amino Transférase
- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **ASAT** : Aspartate Amino Transférase
- **AUDIT** : Alcohol Use Disorders Test
- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- **BEH** : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- **CDT** : Carbohydre Deficient Transferrin
- **CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CPI** : Consommation Ponctuelle Importante
- **CPK** : Créatine Phosphokinase
- **CRP** : C-Reactive Protein
- **CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- **DETA** : Diminuer Entourage Trop Alcool
- **DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- **DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- **DT** : Delirium Tremens
- **EEG** : Electroencéphalogramme
- **ELSA** : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- **GABA** : acide Gamma-Aminobutyrique
- **GGT** : Gamma GT ou Gamma Glutamyl-Transpeptidases
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
- **IEA** : Intoxication Ethylique Aiguë
- **IM** : Intramusculaire
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- **IV** : Intraveineuse
- **JAPD** : Journée d'Appel à la Préparation de la Défense

- **mg** : milligrammes
- **NMDA** : N-méthyl-D-aspartate ou acide N-méthyl-D-aspartique
- **NSPP** : Ne Se Prononce Pas
- **OFDT** : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PEC** : Prise En Charge
- **PLS** : Position Latérale de Sécurité
- **QTc** : Intervalle Q-T corrigé
- **RPIB** : Repérage Précoce et Intervention Brève
- **SAU** : Service d'Accueil des Urgences
- **SFA** : Société Française d'Addictologie
- **SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgences
- **SPI** : Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent sans tiers
- **UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- **VGM** : Volume Globulaire Moyen

## 1. INTRODUCTION.

L'alcool est dans un pays comme la France à la fois une coutume, une tradition, un rite de passage, un pilier de notre gastronomie, mais également un fléau. La prise en charge des intoxications alcooliques aiguës fait partie intégrante de l'activité d'un service d'Urgences, en témoigne le titre provocateur d'un article lu dans le Journal Européen des Urgences et de Réanimation : *Que deviendraient les urgences sans les alcoolisations aiguës* (1), avec ces citations, tristes mais révélatrices de notre quotidien : « *Osons le dire, s'occuper de personnes en état d'alcoolisation aiguë n'est ni stimulant, ni valorisant pour les soignants* » « *Sans l'alcoolisme aigu, l'activité des médecins urgentistes serait bien moindre ; mais aussi celle des pompiers, des policiers et des magistrats !* ». Outre l'intoxication éthylique aiguë, massive ou non, simple ou compliquée, le terrain sous-jacent est également important, et fait partie de notre quotidien : cette intoxication survient-elle dans un tableau de consommation chronique, voire de dépendance, existe-t-il déjà un retentissement sur l'état général du patient ?

Ce travail fait suite à des difficultés de prise en charge des patients présentant une intoxication éthylique aiguë, qui ont amené à une réflexion sur une meilleure collaboration entre le service des Urgences de l'hôpital Robert Pax de Sarreguemines et le Centre Hospitalier Spécialisé, hôpital psychiatrique de Sarreguemines, en coopération, notamment dans les cas d'intoxications compliquées.

La prise en charge somatique est codifiée par différentes conférences de consensus, qu'il nous a semblé bon de regrouper sous la forme d'un protocole de service (annexe 1 et 2), afin d'uniformiser nos pratiques, et d'apporter les meilleurs soins, en accord avec les sociétés savantes, à nos patients.

Mais quel est notre rôle, nous médecins, urgentistes, ou non, face à la mise en évidence d'une consommation excessive, car clairement si ces patients nous les voyons, que ce soit aux Urgences, ou en consultation, pour une pathologie liée à leur consommation éthylique, c'est qu'elle pose problème : quel est notre rôle face à l'information minimale, à la détection des cas complexes, prévenir le passage à la chronicité, aider et soutenir, envisager le sevrage. Nous avons ainsi rappelé la nécessité d'une intervention brève au décours de l'intoxication.

Nous avons voulu par la suite évaluer l'intérêt d'un protocole, en se basant sur le ressenti de ceux qui l'utilisent.



## **2. ÉPIDÉMIOLOGIE ET MODE DE CONSOMMATION.**

### **2.1. LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE.**

Depuis plus de cinquante ans, on constate une diminution régulière de la consommation moyenne annuelle d'alcool pur. Ainsi, en 2012, les Français de 15 ans et plus consommaient 11.8 litres d'alcool pur par an et par habitant. Cette baisse s'explique par la diminution de la consommation de vin, notamment du vin de table (2).

Malgré cette diminution, la France reste parmi les pays les plus consommateurs au monde d'alcool.

Ainsi, avec les chiffres fournis par l'OMS dans le rapport de 2011 sur les statistiques sanitaires mondiales, la France, avec une consommation de 13.2 litres d'alcool pur par personne et par an, se situait au 4<sup>ème</sup> rang mondial (derrière l'Estonie, la République Tchèque et l'Irlande). Cette consommation dépassait également la moyenne européenne, située à 9.5 litres d'alcool pur par personne et par an (3).

La diminution progressive de la consommation, ainsi que l'obtention de statistiques concernant d'autres pays, non disponible dans le rapport de 2011, ont permis une régression dans le classement de la France en 2015. Ainsi, avec des chiffres recueillis en 2010, la France, avec une consommation de 12.2 litres d'alcool pur par an et par habitant, se situait au 17<sup>ème</sup> rang mondial, au même rang que l'Australie et la Croatie (derrière la Biélorussie, la Moldavie, la Lituanie, la Russie, la Roumanie, l'Ukraine, la principauté d'Andorre, la Hongrie, la Slovaquie, le Portugal, la Serbie, la Grenade, la Pologne, la Finlande, la Lettonie, et la Corée du Sud). Avec une moyenne mondiale de 6.5 litres d'alcool pur par an et par habitant, et une moyenne européenne de 10.9 litres, la France reste malgré tout un des pays les plus grands consommateurs d'alcool (4).

### **2.2. LA CONSOMMATION HABITUELLE.**

La consommation d'alcool est influencée par le sexe, ou l'âge.

Parmi les 15-85 ans, 5.7% des personnes interrogées n'ont jamais bu d'alcool de leur vie, et 14.7% déclarent ne pas avoir consommé d'alcool au cours de l'année écoulée.

Entre 15 et 45 ans, la fréquence de la consommation est majoritairement mensuelle, hebdomadaire entre 45 et 74 ans, et majoritairement quotidienne chez les 75-85 ans.

Quel que soit l'âge, les hommes consomment plus d'alcool que les femmes (2).

L'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée, mais également la plus précocement expérimentée, ainsi ils sont 59% des élèves de sixième, 83% des élèves de troisième et 93% de ceux de terminale à avoir expérimenté l'alcool (5).

En France, l'OFDT, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie, supervise le versant français d'une étude européenne, ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Il s'agit d'une étude qui permet de comparer la consommation de substances psychoactives chez les adolescents de 16 ans, scolarisés, et ce dans plus de trente pays européens. Ainsi, en 2013, confirmant les chiffres évoqués précédemment, en seconde, 9 jeunes sur 10 déclarent avoir consommé au moins une fois de l'alcool dans leur vie. L'adolescence, d'après l'étude, ne constitue pas une phase d'initiation à l'alcool, mais plutôt une phase d'ancrage des usages, avec notamment une initiation aux comportements d'alcoolisation excessive (6). On note lors de l'étude réalisée en 2015, une régression de l'expérimentation, et également une régression de tous les niveaux de consommation d'alcool, notamment chez les lycéens de seconde et première. Par contre, en terminale, il n'existe aucune différence significative concernant les trois modes étudiés, entre 2011 et 2015, à savoir l'expérimentation, l'usage mensuel et l'usage régulier (7).

Cette baisse des niveaux de consommation n'est par contre pas retrouvée dans une autre étude, réalisée également par l'OFDT, à savoir l'étude ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense). Il s'agit d'une étude réalisée sur les jeunes de 17 ans, lors de leur JAPD, Journée d'Appel à la Préparation de la Défense. Si le niveau d'expérimentation est effectivement retrouvé également en recul, il n'en est pas de même pour l'usage régulier, qui depuis 2008 connaît une hausse. L'usage quotidien, bien qu'exceptionnel, est également en hausse (multiplié par deux entre 2008 et 2011, passant de 0.9% à

1.8%) (8). Ces différences sont expliquées par le fait que les jeunes, apprentis ou déscolarisés, sont plus nombreux à consommer régulièrement de l'alcool que les jeunes scolarisés.

### **2.3. L'IVRESSE ET LA CONSOMMATION PONCTUELLE IMPORTANTE.**

La consommation ponctuelle importante, également dénommée *binge drinking*, est définie par une consommation de plus de 6 verres lors d'une même occasion.

Parmi toutes les classes d'âge, ce sont celles entre 15 et 30 ans qui présentent les plus importants taux d'ivresse et de consommation ponctuelle importante (CPI) mensuelle, avec des taux respectivement de 38.6% et 25.5% au cours de l'année écoulée (9). Ceci est encore plus vrai pour la seule classe d'âge des lycéens, 52% déclarant avoir présenté une CPI dans les trente derniers jours, et 60% rapportent au moins une expérience d'ivresse sur la période (6).

On note une augmentation des épisodes d'ivresse et de CPI pour tous les âges entre 15 et 30 ans, et cela pour les deux sexes. Sur la période observée entre 2005 et 2010, par le baromètre santé de l'INPES, la population concernée par la présence d'une ivresse au moins dans l'année écoulée a augmentée de manière significative, pour les deux sexes, et pour toutes les classes d'âges. Des données plus récentes montrent, qu'effectivement après une période d'augmentation, les ivresses se sont stabilisées, ne fluctuant plus que légèrement actuellement. On a même pu observer une régression des CPI entre 2011 et 2014, mais uniquement pour les CPI au cours du mois, et les CPI répétées, c'est-à-dire au moins trois épisodes au cours du mois. A contrario, on note une augmentation des CPI régulières, à savoir dix épisodes sur le mois précédent (8).

La fréquence des ivresses diminue avec l'âge, et ce rapidement, ce qui n'est pas vrai pour la fréquence des CPI, qui diminue plus lentement, s'inscrivant dans le temps comme une habitude de consommation (9).

Enfin, il apparaît également que les comportements d'ivresse et de CPI sont corrélés à la fréquence d'usage de l'alcool, ainsi la moitié des usagers réguliers (10 usages sur les trente jours précédant l'étude) ont à la fois connu au moins une CPI et une ivresse sur une période d'une année, contre 10% seulement de ceux qui

consomment moins fréquemment de l'alcool (6). Ceci est confirmé par l'étude ESCAPAD qui retrouve elle aussi des taux de CPI plus fréquents dans la population d'usagers réguliers (8). Il apparaît donc que les comportements d'ivresses et de CPI, sont associés à une population adolescente qui aurait tendance à s'inscrire également dans un mode de consommation d'alcool de fréquence plus régulière.

#### **2.4. LE RECOURS AUX URGENCES.**

Une étude a été réalisée en 2011, à partir du réseau OSCOUR (Organisation de la Surveillance COordonnée des Urgences), qui avait pour but de décrire le nombre de passage sur l'année pour intoxication éthylique aiguë. Il a été recensé 100 404 passages pour intoxication éthylique aiguë, ce qui représente 1% de l'ensemble des passages aux urgences (10).

Notre centre n'échappe pas à la règle. Avec un passage de 25 658 patients en 2015, 339 dossiers ont révélé un lien direct ou indirect avec une consommation d'alcool soit 1.32% du passage annuel.

### **3. L'INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGUË AUX URGENCES.**

#### **3.1. DÉFINITION.**

L'intoxication éthylique aiguë (IEA) est la résultante de l'ingestion aiguë d'un toxique, l'alcool éthylique, et doit être pris en charge par le médecin et l'infirmière comme toute autre intoxication (11).

L'orientation et la prise en charge au décours d'une IEA aux urgences ont fait l'objet de recommandations pour la pratique clinique par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), nous rappelant qu'il ne faut pas banaliser l'IEA dans les services d'Urgences, le recours aux Urgences constituant un usage nocif d'alcool ou témoignant d'une situation à problème (12).

#### **3.2. CLASSIFICATIONS.**

L'IEA a bénéficié d'une conférence de consensus de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) en 1992 (11), réactualisée à deux reprises en 2003 (13) et 2006 (14).

En 1992, la SFMU distingue trois formes cliniques pour l'intoxication éthylique aiguë (11) :

- L'intoxication éthylique isolée, non compliquée : logorrhée, avec parole hachée, bredouillante, incoordination motrice, démarche ébrieuse, gestes imprécis, conjonctives injectées, et odeur caractéristique de l'haleine. Elle représente 75% des IEA.
- L'intoxication éthylique avec agitation psychomotrice, qui représente 18% des IEA, et se présente sous deux formes : un état d'agitation intermittent ou un état d'agitation permanent.
- L'intoxication éthylique avec troubles de la vigilance, pouvant aller jusqu'au coma, représentant 7% des IEA.

En 2003, la réactualisation de la conférence de consensus propose deux classifications, et ne distingue plus que deux formes cliniques (13).

La première est une classification réalisée par les addictologues :

- L'intoxication éthylique aiguë simple, composée de 3 phases distinctes :
  - Phase d'excitation psychomotrice avec désinhibition et euphorie, atteinte précoce des fonctions cognitives (perception, mémoire, vigilance) ;
  - Phase d'incoordination avec troubles de la vigilance (de la somnolence à la torpeur), syndrome cérébelleux, troubles de la vision, syndrome vestibulaire, troubles vasomoteurs ;
  - Phase de coma profond sans signe de localisation neurologique, bradycardie et hypotension parfois associées.
- Les intoxications éthyliques pathologiques :
  - Ivresse excito-motrice ;
  - Ivresse hallucinatoire ;
  - Ivresse délirante ;
  - Ivresse avec trouble de l'humeur.

La seconde est également une classification simplifiée en deux groupes, proposée par ELLRODT, dans l'édition 2000-2001 du livre Urgences Médicales, dans le chapitre concernant l'intoxication alcoolique aiguë. Nous l'évoquons dans ce chapitre, sans l'explicitier, la notion de complications nous apparaissant comme un critère de gravité:

- IEA non compliquée : ingestion d'alcool excessive survenant dans un contexte clinique global évocateur et absence d'anomalie des paramètres vitaux, de signe neurologique de focalisation, de lésion traumatique et régression des manifestations cliniques en 3 à 6 heures ;
- IEA compliquée si elle est associée.

L'actualisation de 2006 précise uniquement la classification en deux formes de 2003 (14) :

- IEA simple
  - Phase comateuse : état léthargique plus ou moins profond associant une hyporéflexie tendineuse, une hypoesthésie et une incontinence urinaire.
- IEA pathologiques :
  - Ivresses excito-motrices : impulsions verbales et motrices ;

- Ivresses d'allure maniaque : euphorie, idée de grandeur, toute puissance ;
- Ivresses dépressives ;
- Ivresses délirantes : thème de persécution, jalousie, autodépréciation ;
- Ivresses hallucinatoires : essentiellement visuelles, terrifiantes.

Nous avons fait le choix, en nous appuyant sur ces différentes définitions de garder les définitions d'intoxication éthylique simple et pathologique, compliquée ou non.

### **3.3. CRITÈRES DE GRAVITÉ.**

Ils sont définis en quatre catégories, depuis 1992 (11), la révision de 2003 n'apportant que de nouvelles complications, sans modifier la catégorisation. La gravité potentielle de l'intoxication éthylique est donc liée soit :

- A l'intoxication elle-même : coma, manifestations excitomotrices, délires, hallucinations, c'est-à-dire donc soit la troisième phase d'une intoxication éthylique simple, ou la présence d'une ivresse ou d'une intoxication éthylique pathologique ;
- Aux complications, à savoir inhalation bronchique, crise convulsive généralisée, hypothermie, troubles du rythme supraventriculaire, hypoglycémie, acidocétose alcoolique, gastrite aiguë, syndrome de Mallory Weiss, hépatite alcoolique aiguë, et, ajouter en 2003 (13), accident vasculaire cérébral, et rhabdomyolyse. On parle d'IEA compliquée ;
- A l'association à : traumatisme crânien, polytraumatisme ou autre traumatisme, autre intoxication, infection ou autre pathologie. On parle d'IEA associée ;
- Au terrain : IEA de l'enfant, présentant un risque de coma, d'hypoglycémie, et d'acidose métabolique plus important.

Un point est souligné dans la réactualisation de 2006, à savoir la recherche des « motivations » (14) ayant conduit à la consommation d'alcool, l'intoxication éthylique aiguë étant un facteur de risque de suicide. Cette précision nous a paru nécessaire, raison pour laquelle nous avons fait le choix d'en faire un point, à savoir la recherche des circonstances ayant poussé le patient à consommer.

### 3.4. COMPLICATIONS LIÉES A L'IEA, RENCONTRÉES AUX URGENCES.

Elles sont résumées dans le tableau suivant :

Cardiovasculaires	Troubles du rythme supraventriculaire
Pulmonaires	Pneumopathie d'inhalation
Digestives	Gastrite aiguë Syndrome de Mallory-Weiss Hépatite alcoolique aiguë
Neurologiques	Convulsions et épilepsie Troubles de la conscience et coma Encéphalopathies Accident vasculaire cérébral
Psychiatriques	Agitation Délire
Métaboliques, Thermiques	Hypoglycémie Troubles hydro-électrolytiques Acidocétose alcoolique Hypothermie
Musculaires	Rhabdomyolyse
Traumatiques	Traumatisme crânien Traumatisme associé Polytraumatisme

#### 3.4.1. Complications cardio-vasculaires.

L'alcool a de nombreux effets pharmacologiques aigus sur le myocarde et sur la circulation sanguine, notamment des propriétés inotropes négatives, des propriétés arythmogènes, et un effet vasodilatateur aigu (15).

Concernant les propriétés arythmogènes, des anomalies électrocardiographiques peuvent être visualisées au cours d'une alcoolisation, avec notamment des allongements des espaces PR et du QTc. Ces troubles peuvent se compliquer de l'apparition d'arythmie auriculaire, ventriculaire ou de tachycardie paroxystique (16).

Une ingestion massive d'alcool, même en l'absence de pathologie cardiovasculaire sous-jacente peut provoquer, comme nous venons de l'évoquer, une fibrillation auriculaire. C'est ce qu'on appelle le « Holiday Heart syndrome ». La consommation d'alcool est une cause particulièrement fréquente de fibrillation auriculaire,



notamment chez le sujet jeune (17). Dans 90% des cas, les troubles régressent en 24 heures.

Concernant les autres modifications, l'alcool entraîne une diminution de la contractibilité du myocarde et engendre une vasodilatation périphérique responsable d'une baisse modérée de la pression sanguine, compensée par une augmentation de la fréquence et du débit cardiaque. Ces effets ont classiquement peu de répercussions cliniques mais les patients avec une pathologie cardiaque peuvent être symptomatiques (14,16).

### **3.4.2. Complications pulmonaires**

Les complications pulmonaires sont représentées par la pneumopathie d'inhalation (11). Il s'agit de l'inhalation du contenu gastrique ou oropharyngé dans le larynx ou les voies aériennes inférieures.

Le facteur de risque principal de la pneumopathie d'inhalation est le trouble de la conscience, et le risque augmente avec la sévérité de l'altération de la conscience, évaluée par le score de Glasgow (18). Ainsi, en raison des troubles de la vigilance et des vomissements que l'ingestion massive d'alcool entraîne, une inhalation est possible.

Le tableau clinique est celui d'une pneumopathie associant dyspnée, polypnée, fièvre, tachycardie, foyer de condensation à l'auscultation, et/ou à la radiographie thoracique.

La démarche diagnostique associe un bilan biologique recherchant des stigmates d'infection, avec hémogramme et CRP, et une radiographie thoracique. Pour certains, la suspicion de pneumopathie d'inhalation impose la réalisation d'une gazométrie artérielle (11,16).

Si il existe une pneumopathie d'inhalation, une antibiothérapie probabiliste sera instaurée, soit par l'association de l'*AMOXICILLINE* et de l'*ACIDE CLAVULANIQUE*, soit par l'association de la *CEFTRIAXONE* ou du *CEFOTAXIME* et du *METRONIDAZOLE* (19).

### **3.4.3. Complications digestives.**

#### **a/ La gastrite aiguë**

La gastrite aiguë est un état inflammatoire de la muqueuse gastrique, en lien avec une agression. Outre les anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'alcool en est une cause fréquente.

Elle se manifeste par des douleurs épigastriques, pouvant être intenses, majorées par la prise alimentaire.

Le diagnostic est endoscopique avec réalisation de biopsies.

Le traitement est étiologique, éventuellement symptomatique, par l'administration d'inhibiteurs de la pompe à protons (20).

#### **b/ Le syndrome de Mallory-Weiss**

Il s'agit d'une cause d'hémorragie digestive haute, due à la déchirure de la muqueuse digestive au niveau du cardia. Il est secondaire à des efforts de vomissements répétés.

Il survient dans 1/3 des cas suite à une ingestion excessive d'alcool. Il représente 10% des causes d'hématémèse.

L'hémorragie est habituellement peu grave, et s'arrête spontanément (21).

#### **c/ L'hépatite alcoolique aiguë**

Il s'agit de l'une des complications les plus graves de la maladie alcoolique du foie.

L'hépatite alcoolique a une définition histologique : elle se caractérise par un infiltrat à polynucléaires neutrophiles et par des signes de souffrance des hépatocytes qui apparaissent ballonnés avec la présence de corps de Mallory dans certains d'entre eux. Il s'agit de lésions nécrotico-inflammatoires (22). Ces lésions sont souvent associées à d'autres résultant du terrain du patient, à savoir un consommateur excessif, de plus de 50ans. On retrouve ainsi souvent des lésions de stéatose, de fibrose, et de cirrhose dans 2/3 des cas.

Sur un terrain altéré, notamment de cirrhose, ces lésions peuvent entraîner une dégradation rapide de la fonction hépatique.

L'hépatite alcoolique a été retrouvée chez 10 à 20% de consommateurs excessifs n'ayant pas de cirrhose et ayant bénéficiés d'une biopsie hépatique et chez 20 à 35% de ceux ayant une cirrhose. Il s'agit d'ailleurs d'une lésion cirrhogène : le risque de développer une cirrhose après une hépatite alcoolique aiguë est de 10 à 20% par an (23).

L'hépatite alcoolique aiguë peut associer un ictère cutanéomuqueux, accompagné de selles décolorées et d'urines foncées, chez un patient présentant des signes d'hépatopathie chronique : hépatomégalie ferme, angiomes stellaires. Dans les formes les plus graves, peuvent également être présent une ascite (chez 75% des patients), et/ou des signes d'encéphalopathie (chez 25% des patients) (22).

Les anomalies biologiques associent une hyperbilirubinémie, un allongement du temps de prothrombine, une hypoalbuminémie, une augmentation des transaminases avec une élévation prédominant sur les ASAT (rapport ASAT/ALAT >1), généralement entre 2 et 5 fois la normale, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, un syndrome inflammatoire avec une élévation de la CRP (24).

Il existe différents scores pronostics, nous ne citerons que le score de Maddrey qui semble le plus utilisé :

$$4,6 \times (\text{temps de Quick du patient} - \text{temps de Quick du témoin}) + (\text{taux de bilirubine totale en } \mu\text{mol/L}) / 17$$

Lorsqu'il est supérieur à 32, la mortalité s'élève à 35% à 28 jours et à 50% à 6 mois.

La confirmation diagnostique repose sur la biopsie, qui quand elle est faite, est préférentiellement réalisée par voie transjugulaire compte tenu des troubles de la coagulation fréquemment associés (24).

Le traitement de référence est la corticothérapie, si le score de Maddrey est supérieur à 32. Il s'agit d'une corticothérapie orale par *PREDNISOLONE 40mg* pendant 28 jours, avec arrêt sans décroissance.

D'autres traitements existent, comme la *PENTOXYPHILLINE*, ou la *N-ACÉTYLCYSTÉINE*. Une vitaminothérapie par *THIAMINE* est systématique.

L'autre versant indispensable du traitement est l'abstinence (22).

Enfin, en dernier recours, le recours à la transplantation hépatique est possible, bien que rare.

### **3.4.4. Complications neurologiques.**

#### **a/ Les convulsions et l'épilepsie**

Dans un contexte d'alcoolisation, on décrit plusieurs formes de crises convulsives : l'ivresse convulsivante, due à l'intoxication éthylique aiguë, l'épilepsie, tardive, due à une consommation chronique, ou encore, les convulsions survenant lors d'un sevrage.

##### **- L'ivresse convulsivante**

L'ivresse convulsivante est provoquée par un abaissement du seuil épiléptogène due à l'intoxication éthylique. Il s'agit d'une crise généralisée unique, au cours d'une intoxication aiguë, chez un buveur occasionnel.

L'ivresse convulsivante ne nécessite pas de traitement antiépileptique. Le traitement recommandé est d'éviter la récurrence d'ivresse (25).

##### **- Crise d'épilepsie, complication neurologique d'une intoxication chronique**

Il s'agit de crises qui surviennent de façon aléatoire après de nombreuses années de consommation, indépendamment du rythme de consommation.

Elles pourraient être dues aux modifications structurelles provoquées par la consommation chronique d'alcool.

Majoritairement il s'agit de crises d'épilepsie convulsives généralisées, brèves, souvent à prédominance clonique.

L'électroencéphalogramme intercritique est normal, ou présente des anomalies non spécifiques.

Après avoir exclue une lésion causale sous-jacente, un traitement antiépileptique est nécessaire, surtout si les crises sont fréquentes. Le traitement à instaurer est difficile en raison de trois problématiques :

- Mauvaise compliance,
- Modification du métabolisme des antiépileptiques avec l'alcool,
- Risque de dépendance médicamenteuse accru.

Les crises peuvent disparaître totalement avec l'abstinence (26).

#### - **Crises convulsives de sevrage**

Les crises convulsives lors d'un sevrage surviennent le plus souvent chez des patients encore jeunes, stade où les autres complications neurologiques sont rares (26).

Elles surviennent généralement 12 à 24 heures après le début du sevrage, et dans les 24 à 48 premières heures pour 95% des patients. Au-delà de 15 jours, elles sont excessivement rares.

Il s'agit de la cause la plus fréquente de crises d'épilepsie de l'adulte (27).

Classiquement il s'agit d'une crise généralisée, tonico-clonique, unique. Des crises partielles sont possibles, souvent en lien avec une pathologie cérébrale, un traumatisme crânien dans la majorité des cas, et imposent la réalisation d'une imagerie cérébrale (28). Lors d'une première crise, une imagerie cérébrale est également nécessaire, afin de ne pas méconnaître une pathologie sous-jacente, pouvant être l'étiologie de la crise.

L'électroencéphalogramme est le plus souvent normal, mais il peut présenter des anomalies paroxystiques à la stimulation lumineuse intermittente.

Il n'y a pas de nécessité à introduire un traitement antiépileptique, mais un traitement ponctuel par benzodiazépines peut être nécessaire, à la fois comme traitement préventif de la crise et pour réduire les autres symptômes du sevrage (26).

#### - **Application**

Si ces crises apparaissent peu graves, il ne faut pas les banaliser, car dans 20% des cas ces crises convulsives seront en lien avec les conséquences d'un traumatisme

crânien. La symptomatologie également des crises est importante, les crises focalisées étant très évocatrices d'une lésion cérébrale (16).

Les critères de gravité d'une devant une crise convulsive dans un contexte d'intoxication éthylique aiguë sont :

- Intoxication éthylique modérée,
- Durée des crises au-delà de 6 heures,
- Nombre de crises > 6,
- État de mal convulsif,
- Existence de signe(s) neurologique(s) de focalisation,
- Notion de traumatisme crânien,
- État confusionnel postcritique prolongé soit > 30 minutes.

C'est pour cette raison que, en accord avec les recommandations, nous préconisons la réalisation d'une imagerie cérébrale s'il s'agit de :

- Convulsions récentes avec doute ou notion d'un traumatisme crânien,
- Crises convulsives focales.

### **b/ Les troubles de la conscience et coma**

Le coma éthylique est dû à l'ingestion massive d'alcool. Il fait partie de l'évolution naturelle de l'intoxication éthylique simple (11).

Il s'agit d'un coma calme, hypotonique, associant un état léthargique, une hyporéflexie tendineuse, une hypoesthésie, et une incontinence urinaire (14). La profondeur du coma sera appréciée par le score de Glasgow.

La gravité du coma sera essentiellement liée aux complications pulmonaires, mais le patient peut présenter des signes de gravité (aréactivité, mydriase, hypotonie, dépression respiratoire, hypothermie, hypotension) pouvant justifier une prise en charge en réanimation. L'administration de *THIAMINE* est recommandée.

La sortie de l'état de coma est obtenue en 8 heures, au maximum 12 heures, et ce qu'elle que soit l'alcoolémie de départ. La persistance du coma au-delà doit imposer la recherche d'une autre étiologie.

En effet, la suspicion d'un coma éthylique impose la recherche et si possible l'élimination de diagnostics différentiels. Ainsi l'examen clinique s'assurera qu'il n'existe pas de fièvre, pas de signe de focalisation, pas d'argument pour un traumatisme crânien. Il faudra s'assurer également que la profondeur du coma est corrélée à l'importance de l'élévation de l'alcoolémie. Trois troubles seront systématiquement recherchés et éliminés : hypoglycémie, acidocétose, et hyponatrémie (26).

### **c/ Les encéphalopathies**

#### **- L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke**

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est due à une carence en thiamine ou vitamine B1. Elle est favorisée par une dénutrition, une déshydratation.

Un déficit en thiamine est responsable d'une altération du métabolisme énergétique cérébral, et peut entraîner des modifications de la transmission synaptique (29).

Elle peut être induite par un apport de sérum glucosé seul durant le sevrage (30).

Les lésions responsables de l'encéphalopathie sont une nécrose des neurones et des structures myélinisées, touchant de manière bilatérale et symétrique les corps mamillaires, la partie supérieure du vermis cérébelleux, les noyaux hypothalamiques, et les structures qui entourent le troisième ventricule, l'aqueduc et le quatrième ventricule. Il est possible de retrouver des hémorragies pétéchiales.

Les signes cliniques associent classiquement :

- Syndrome confusionnel ;
- Signes oculomoteurs : paralysie oculomotrice, paralysie de fonction, nystagmus ;
- Syndrome cérébelleux statique ;
- Hypertonie oppositionnelle, et parfois coma calme hypertonique.

Le diagnostic doit être évoqué devant la présence d'un seul de ces signes et d'autant plus devant l'association de plusieurs de ces signes.

Le diagnostic est essentiellement clinique, mais il peut être fait également par le dosage de la thiamine, qui est effondrée, ou la réalisation d'une IRM. En l'absence

d'éthylisme chronique, l'imagerie peut avoir un intérêt afin de retrouver des lésions, dans un contexte carenciel ou en présence d'une symptomatologie non typique. On retrouve en IRM des hypersignaux, en T2, en FLAIR et en diffusion, avec rehaussement après injection. Ces lésions sont symétriques, et principalement localisées autour de l'aqueduc de Sylvius, du 3e ventricule (V3) et surtout au niveau des tubercules mamillaires. Plus rarement on peut observer une atteinte du thalamus médian, du plancher du 4e ventricule, du tronc cérébral, du cervelet, du vermis supérieur, des noyaux caudés et lenticulaires, de l'hypothalamus, des hippocampes ou de la glande pinéale. Ces lésions ne sont pas pathognomoniques, mais très évocatrices (spécificité 93%). Les anomalies ne sont présentes que dans 60% des cas, ce qui signifie qu'une imagerie normale n'écarte pas le diagnostic.

Le scanner cérébral est quant à lui normal la plupart du temps (31).

Le traitement est surtout préventif :

- Supplémentation systématique en *vitamine B1* de tout patient alcoolique dénutri ;
- Prescription systématique de *vitamine B1* en cas d'apport glucosé chez un patient dénutri ou éthylique.

La posologie reste incertaine, les différentes références n'apportant que peu de réponse.

La Société Française d'Addictologie (SFA) propose plusieurs schémas. Dans le contexte qui nous concerne, chez un patient présentant une consommation importante, et en prophylaxie, la voie parentérale est à préférer, du fait de problèmes d'absorption. La dose proposée est de 500mg répartie en deux prises sur 24 heures (32).

Le traitement en présence d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke est lui aussi discuté :

- *THIAMINE* 1500mg par jour, par voie intraveineuse, pendant 3 jours, puis relais per os. Le traitement permet la réversibilité des symptômes en quelques jours.
- *THIAMINE* 200mg par voie IV ou IM toutes les 6 heures pendant 10jours (31).
- *THIAMINE* 1000mg par voie IV par jour pour la SFA (33).



Le plus souvent, l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est réversible, s'agissant d'une maladie aiguë, mais elle peut évoluer vers une forme chronique, le syndrome de Korsakoff.

#### - **L'encéphalopathie pellagreuse**

L'encéphalopathie pellagreuse est due à un déficit en vitamine PP.

Les signes cliniques associent :

- Confusion mentale,
- Hypertonie extrapyramidale,
- Troubles digestifs (inconstants),
- Signes cutanéomuqueux à type de glossite, desquamation (inconstants).

Le traitement repose sur l'administration de *vitamine PP* :

- Traitement curatif : posologie 500mg par jour ;
- Traitement préventif chez tout patient éthylique dénutri (28).

#### - **L'encéphalopathie hépatique**

L'encéphalopathie hépatique est secondaire à la maladie hépatique : elle survient chez le patient porteur d'une cirrhose, rarement dans le cadre d'une hépatite alcoolique aiguë. Elle est favorisée par les anastomoses porto-caves (29,34).

La physiopathologie est mal connue. Il existe plusieurs théories :

- Effet toxique sur le cerveau de certaines substances digestives non éliminées par le foie ;
- Accumulation d'ammoniaque (hyperammoniémie résultant de la dégradation des protéines dans le tube digestif), de mercaptans, ou de certains acides gras ;
- Perturbations de la neurotransmission catécholaminergique, sérotoninergique, glutamatergique, médiée par le système GABA-benzodiazépines ;
- Anomalies des cytokines pro-inflammatoires.

Il semble qu'il s'agisse d'une cause multifactorielle. Elle survient dans un contexte de cirrhose, et est déclenchée par un facteur favorisant :

- Hépatite alcoolique aiguë ;
- Infections ;
- Hémorragie digestive ;
- Traitement sédatif ;
- Perturbations hydro-électrolytiques ;
- Apport protéique massif ;
- Constipation sévère.

Les signes cliniques évoluent en trois phases, de gravité croissante (34) :

- Stade 1 : troubles du sommeil, apathie avec lenteur d'idéation, associé à un astérisis ou flapping tremor. Peuvent également exister à ce stade des troubles du comportement, une détérioration intellectuelle, une hypertonie de type extrapyramidale ;
- Stade 2 : confusion, associée à un astérisis ;
- Stade 3 : coma calme, avec possiblement un signe de Babinski bilatéral. Dans les formes évoluées des crises convulsives ou une rigidité de décérébration.

Le diagnostic est mal codifié :

- L'EEG montre des signes non spécifiques évocateurs d'une encéphalopathie : ralentissement et diffusion du rythme de base et ondes de grande amplitude ou triphasiques ;
- L'IRM peut montrer des dépôts de manganèse dans les ganglions de la base, signal hyperintense en T1, bilatéral et symétrique : ces dépôts de manganèse sont responsables des symptômes extrapyramidaux.

Le traitement est avant tout le traitement du facteur précipitant. Bien qu'il soit controversé, certains prescrivent du *LACTULOSE* et de la *NEOMYCINE*, antibiotique non absorbable.

## **d/ Accident Vasculaire Cérébral**

Le rôle de l'alcool dans les maladies cérébro-vasculaires est a priori discuté, mais la consommation d'alcool serait un facteur de risque d'AVC à la fois lors d'épisode de consommation aiguë, et lors d'une consommation chronique.

L'absorption aiguë d'alcool dans les 24 heures augmente le risque d'AVC ischémique chez les sujets à risque, et notamment chez la femme avec un risque multiplié par 15 pour le risque ischémique et multiplié par 2 à 4 pour le risque hémorragique. Une étiologie possible des AVC ischémiques est la survenue de troubles du rythme à type de fibrillation auriculaire qui peut être présente au cours d'une intoxication éthylique aiguë (13).

La consommation d'alcool chronique constitue un facteur de risque de développement d'anévrisme intracérébral, avec un risque relatif de 2, et il s'avère qu'elle constitue également un facteur de risque de rupture et d'hémorragie sous-arachnoïdienne, avec un risque relatif de 2 (35).

Le facteur de risque principal des accidents vasculaires cérébraux reconnus est l'hypertension artérielle. Par la possibilité d'entraîner une hypertension artérielle secondaire, des troubles du rythme, des cardiomyopathies, des troubles de la coagulation, ou une augmentation de la viscosité sanguine, l'alcool a donc une incidence sur la survenue des accidents vasculaires cérébraux, qu'ils soient ischémiques ou hémorragiques (36).

Ainsi la présence de signes de localisation neurologiques imposent la réalisation d'une imagerie cérébrale en urgence (16).

### **3.4.5. Complications psychiatriques**

#### **a/ L'agitation**

L'agitation se définit comme une perturbation du comportement :

- Moteur : fébrilité, turbulence, violence ;
- Psychique : excitation idéique, logorrhée, désinhibition verbale, insultes ;
- Relationnel : agressivité vis-à-vis d'objets ou de personne.

Ces perturbations sont associées, et une des composantes peut prédominer. Il existe deux formes, l'agitation contrôlable et l'agitation incontrôlable.

Concernant la forme contrôlable, l'entretien et l'examen clinique sont possibles. Le caractère contrôlable se manifeste par une détente au fil de l'entretien, par une acceptation des soins et de l'examen somatique, par une amélioration progressive de la collaboration. La famille peut entretenir ou aggraver l'agitation.

Concernant la forme non contrôlable, deux types sont décrits :

- L'agitation incontrôlable avec violences : entretien impossible, pas de contact, manifestations de violences extrêmes ;
- L'agitation avec signes de passage à l'acte violent imminent.

Les éléments prédictifs d'un passage à l'acte sont :

- Antécédent de comportements violents,
- Port d'armes,
- Facteurs sociaux,
- Sexe masculin, et/ou jeunesse,
- Toxicomanie,
- Refus de s'asseoir,
- Incapacité à rester en place,
- Sursauts et immobilisation avec ébauche de gestes de menace ou de défense,
- Changements brutaux inexplicables d'activité,
- Menaces, insultes,
- Voix modifiée (timbre, rythme),
- Tension musculaire.

Concernant l'agitation, une recherche étiologique doit toujours être effectuée, l'intoxication éthylique aiguë étant seulement l'un de ces diagnostics. La recherche impose un examen clinique minutieux et complet. Les différentes étiologies de l'agitation sont :

- Causes organiques fréquentes (les 4 derniers sont notamment à rechercher et éliminer chez la personne âgée) :
  - Hypoxie, hypercapnie ;

- Etats de choc ;
- Hypoglycémie ;
- Troubles électrolytiques ;
- Epilepsie ;
- Hémorragie méningée ;
- Méningite, méningo-encéphalite ;
- Accidents vasculaires cérébraux ;
- Masses intracrâniennes ;
- Globe vésical, fécalome ;
- Hyperthermie ;
- Traumatologie méconnue ;
- Douleur.
- Causes toxiques :
  - Alcool : première cause d'agitation chez l'adulte jeune et l'adolescent ;
  - Intoxication au monoxyde de carbone (16) ;
  - Stupéfiants : prise aiguë, ou symptôme d'un syndrome de sevrage ;
  - Médicaments : intoxications médicamenteuses volontaires, effets secondaires, effets paradoxaux, ou symptôme d'un syndrome de sevrage ;
- Causes psychiatriques :
  - L'accès maniaque ;
  - La bouffée délirante aiguë ;
  - La schizophrénie ;
  - Les délires chroniques paranoïaques ;
  - Les personnalités antisociales et les états limites ;
  - L'attaque de panique ;
  - La crise de nerf ou agitation hystérique.

La prise en charge de l'agitation aux urgences peut nécessiter différentes mesures.

Tout d'abord, l'approche relationnelle. Elle doit permettre d'éviter l'escalade vers la violence et le passage à l'acte. L'entretien doit se dérouler dans une salle adaptée, appropriée et sécurisée. L'entretien a pour but d'instaurer un climat de confiance, le praticien doit faire preuve d'empathie, le patient doit être assisté dans ses besoins concrets. Il ne faut pas hésiter à changer d'interlocuteur.

Ensuite la contention physique. Elle doit permettre d'assurer la sécurité du patient et de son entourage. Elle n'est justifiée qu'après l'échec des autres mesures. Il s'agit d'une mesure d'exception : elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse. Les indications sont en réalité très limitées :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés ;
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques ;
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

L'utilisation de la contention physique se fait uniquement sur prescription médicale.

Enfin la sédation médicamenteuse. Les propriétés des traitements entrepris doivent répondre à certains critères :

- Titrable ;
- Demi-vie d'élimination courte ;
- Offrant des voies d'administration différentes ;
- Effets secondaires réduits ;
- Anticonvulsivante ;
- Antagonisable.

La voie d'administration est également importante. La voie orale doit toujours être préférée. Si le patient n'est pas coopérant, le recours à la voie parentérale est nécessaire (37). Dans le cadre de l'IEA la sédation est toujours une étape délicate à envisager, la sédation étant toujours dangereuse en raison du risque de potentialisation des effets des molécules utilisées avec l'alcool (16). Concernant les molécules, la SFMU recommande en première intention l'utilisation des benzodiazépines (14) :

- *CLORAZÉPATE* per os 50 à 100mg;
- *DIAZÉPAM* IV ou *CLORAZÉPATE* IV 10mg/min en titration (37) ;
- *MIDAZOLAM* intra-nasal décrit.

En dernier recours (14), ou en association aux benzodiazépines (13,16), il est recommandé d'avoir recours à l'utilisation de neuroleptiques :

- *HALOPÉRIDOL* 5 à 10mg (pour la SFMU) ;

- *LOXAPINE* (27).

Le recours à la sédation médicamenteuse impose une surveillance, au minimum une surveillance « continue » des signes vitaux, à savoir pression artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire, oxymétrie de pouls, monitoring cardiaque et score de Glasgow (37).

### **b/ le délire**

Il fait partie des ivresses pathologiques, sous la forme de l'ivresse délirante. Il appartient à l'état délirant organique, c'est-à-dire un épisode délirant ayant pour cause une affection médicale, ici une cause toxique.

Cette ivresse pathologique peut prendre la forme d'une bouffée délirante aiguë et/ou d'une désorganisation aiguë.

Il est recommandé de rechercher toutes les causes d'états délirants aigus :

- Toxique (ivresse pathologique, délirium tremens, autres) ;
- Pharmacopsychose (morphine, corticoïdes, autres) ;
- Infectieuse (méningo-encéphalites, autres) ;
- Épilepsie ;
- Neurodégénérative ;
- Processus expansif intracrânien.

Le traitement est nécessaire, notamment pour prévenir le risque de passage à l'acte, auto- ou hétéro-agressif. Il est proposé d'utiliser les neuroleptiques classiques (*CHLORPROMAZINE*, *CYAMÉMAZINE*) en première intention, sauf si il existe une composante confusionnelle (privilégier l'*HALOPÉRIDOL*) (38).

## **3.4.6. Complications métaboliques et thermiques**

### **a/ L'hypoglycémie**

L'hypoglycémie est une complication fréquente de l'intoxication éthylique aiguë. Elle doit être systématiquement recherchée, que ce soit à l'admission, mais également au

cours du suivi, puisqu'elle peut survenir en « post-ivresse ». Elle est notamment plus fréquente chez les enfants que chez les adultes (14) (16).

Elle survient classiquement chez des sujets à jeun, ou très peu nourris, et peut même survenir pour des quantités d'alcool ingérées relativement peu importantes. A noter que ces patients ne présentent que peu de caractéristique considérée comme typique dans les autres tableaux d'hypoglycémie, en dehors du coma. Il s'agit d'une cause rare chez l'adulte (39).

Cette complication est toutefois remise en question par certains auteurs. Ainsi une étude réalisée entre 2000 et 2009 dans un centre hospitalier ne retrouvait aucune hypoglycémie, seuil pris de glycémie  $<0.50\text{g/L}$ , avec comme seul facteur favorisant unique une intoxication éthylique aiguë. Il apparaît dans cette étude, que l'hypoglycémie alcoolique est rare voire exceptionnelle, et qu'elle ne surviendrait, en particulier pour des hypoglycémies sévères, qu'en présence de facteurs favorisants. Il conviendrait de ne la rechercher qu'en présence des facteurs de risque énoncés, et non de manière systématique. Les auteurs recommandent également de ne surtout pas chercher à la traiter ou à la prévenir avec l'administration de glucose. Les facteurs de risque retrouvés sont (40):

- Le diabète ;
- La dénutrition ;
- L'hépatopathie ;
- La prise de médicaments hypoglycémisants ;
- L'âge avancé, par les cofacteurs de risque d'hypoglycémie qu'il amène (dans cette étude, on retrouvait plus d'hypoglycémies sévères en présence d'éthanolémies moins importantes, avec l'augmentation de l'âge).

## **b/ Les troubles hydro-électrolytiques**

Les troubles hydro-électrolytiques sont surtout décrits lors de consommation chronique, mais certaines études portent à croire qu'il existe également des perturbations hydro-électrolytiques lors d'une intoxication éthylique aiguë.

Une explication à ces troubles est la modification des concentrations d'hormone, ainsi une consommation d'alcool, chez le sujet sain, peut entraîner des modifications



de sécrétion de la Vasopressine ou hormone antidiurétique, qui entraînent à leur tour un effet antidiurétique et une rétention d'eau. Cette rétention d'eau aboutit à une hyponatrémie légère et une diminution de l'osmolalité plasmatique (41).

Différentes études ont été réalisées dans différents services d'urgences. Ainsi, une étude réalisée en Autriche, citée dans la conférence de consensus de 2006 d'ailleurs, retrouvait, dans une population de patients admis pour intoxication éthylique aiguë, chez 41% une hypernatrémie, chez 21% une hyperchlorémie, chez 17% une hypermagnasémie, chez 15% une hypocalcémie, chez 5% une hypokaliémie, et chez 3.4% une hypophosphatémie (42). Une autre étude, réalisée sur une population d'adolescents, confirme les modifications de la kaliémie, retrouvant une baisse significative de la kaliémie chez la population d'adolescents présentant une IEA, sans différence sur les taux de natrémie et bicarbonates (43). D'autres troubles de la natrémie sont décrits, ainsi on peut éventuellement retrouver une hyponatrémie lors d'une intoxication aiguë, à la bière (14). Il s'agit d'une conséquence très anciennement décrite et depuis remise en question. Ces anomalies ne sont d'ailleurs pas confirmées par une autre étude, réalisée au service des Urgences de Mannheim, qui retrouve des valeurs de natrémie et de kaliémie se situant dans les valeurs normales (44).

### **c/ L'acidocétose alcoolique**

L'acidocétose alcoolique est une pathologie sous-estimée. Elle serait présente, de manière discrète au moins, chez plus de la moitié des patients hospitalisés pour sevrage éthylique.

Il s'agit d'une pathologie qui affecte les patients souffrant d'éthylisme chronique (11), qui en présence d'une modification récente avec majoration de leur consommation d'alcool, vont présenter une intolérance digestive responsable d'une période de jeûne. Ces trois éléments sont indispensables.

L'intolérance digestive est le plus souvent la résultante d'une gastrite, et le tableau clinique associe des vomissements et des nausées, dans un contexte de douleurs abdominales, qui peuvent être pseudo-chirurgicales. Des signes résultant de

l'hypovolémie et de l'acidémie sont possibles à savoir tachycardie, tachypnée, et hypotension.

Au niveau biologique, l'acidose est inconstante, le pH étant normal dans 30% des cas, et une alcalose est même possible dans 15% des cas, par contre le trou anionique est toujours augmenté. Les troubles ioniques sont à rechercher, une hyponatrémie sévère pouvant se voir, en raison des vomissements, et des troubles de la kaliémie étant également décrits. Une rhabdomyolyse est retrouvée dans 60% des cas (45). Au niveau urinaire, on retrouve une cétonurie (11).

Le pronostic de l'acidocétose alcoolique est généralement bon, mais il arrive que cette pathologie soit compliquée, parce que associée à une affection intercurrente qui grève le pronostic.

Le traitement repose sur la réhydratation, et la correction des troubles hydro-électrolytiques (45).

#### **d/ L'hypothermie**

La consommation de boissons alcoolisées provoque une fausse impression de chaleur, qui est en fait due à une vasodilatation sanguine. Cette vasodilatation va s'accompagner d'une perte de chaleur, ainsi on estime qu'une consommation de 50 grammes d'alcool provoque une perte de 0.5°C.

L'hypothermie est une conséquence relativement fréquente de l'IEA. Elle expose, lorsqu'elle est prolongée à un risque de troubles de la conduction cardiaque. La prise en charge thérapeutique de l'hypothermie n'est pas modifiée par le fait qu'elle survienne dans le cadre d'une IEA (16).

#### **3.4.7. Complications musculaires**

L'alcool est une des étiologies des rhabdomyolyses.

Elles peuvent être provoquées par des stations prolongées au sol, comme cela peut être le cas dans le cadre des comas éthyliques (46).

Il existe des rhabdomyolyses par effet toxique direct de l'alcool, l'alcool étant responsable de myopathies aiguës qui se traduisent biologiquement par une rhabdomyolyse avec augmentation des CPK. Ainsi concernant la myopathie aiguë, il s'agit d'une pathologie rare, survenant dans un contexte d'alcoolisation massive (26).

Elle touche plus fréquemment les hommes jeunes de 40 à 60 ans, présentant une consommation chronique.

Il s'agit d'une myopathie nécrosante, qui peut s'installer en 24 à 48 heures.

Elle associe :

- Une atteinte musculaire, avec faiblesse musculaire généralisée, surtout des ceintures notamment pelvienne. Les muscles sont tendus, œdémateux, douloureux à la palpation ;
- Un contexte de rhabdomyolyse : élévation des CPK, myoglobulinurie ;
- Un risque d'atteinte rénale : insuffisance rénale aiguë (36) par nécrose tubulaire ;
- Une dysphagie est possible, ainsi qu'une insuffisance cardiaque par atteinte myocardique (29).

Le traitement repose sur l'abstinence. La guérison est obtenue en quelques jours à quelques mois.

### **3.4.8. Complications traumatiques.**

#### **a/ Traumatisme crânien.**

Les traumatismes crâniens sont la résultante de chutes, provoquées par l'alcoolisation ou ses conséquences, comme les crises convulsives par exemple.

La consommation d'alcool est fréquemment retrouvée, notamment dans les traumatismes les plus graves, ainsi « la prise d'alcool et/ou l'usage de substances illicites sont retrouvés chez 60% des traumatismes crâniens graves » (47).

## **b/ Traumatisme associé, polytraumatisme.**

L'alcool est un facteur de risque de traumatisme (48), et l'association d'un traumatisme à une intoxication éthylique aiguë est fréquente. Les chiffres varient, ainsi en Suisse, on estime que 25 à 40% des patients victimes de traumatismes sont sous influence d'alcool (49), et en France, on estime que dans 5 à 50% des cas d'IEA sont associées à un traumatisme lors d'une consultation aux Urgences (16), et même jusqu'à 60% des patients de traumatologie (50). Les modalités de ces traumatismes sont diverses, chutes, violences, rixes, accident de la voie publique. Une étude belge retrouve un taux d'accidentés de la route avec une alcoolémie supérieure au seuil légal (>0.50g/L) de 28% (51).

Outre le fait que l'alcoolisation soit un facteur de risque de traumatisme, elle constitue également un facteur de risque de gravité du traumatisme, et un facteur de risque de méconnaître le traumatisme (14), le bilan des lésions pouvant être gêné par l'alcoolisation, soit en raison de l'absence de douleur parce que masquée, soit par manque de coopération du patient lors de l'examen clinique (49). Elle constitue également un facteur de risque de récurrence de traumatisme, ainsi 41% des admissions récurrentes en traumatologie serait liée à une alcoolisation (52).

Un point important abordé est le risque de gravité de lésions. Ainsi il est retrouvé dans la littérature que la gravité des lésions est en corrélation avec l'augmentation de l'éthanolémie (53). Plusieurs explications sont proposées, comme la prise de risque lors d'une intoxication éthylique, notamment dans les accidents de la voie publique, ou la perte des mécanismes d'autoprotection (15).

Il est décrit un lien entre la positivité de l'alcoolémie et le mécanisme lésionnel, ainsi le pneumothorax, l'hémithorax et la fracture costale ont une association non significative avec l'éthanolémie alors que la commotion cérébrale et les contusions des tissus mous ont une association significative (53).

### **3.5. UN CAS PARTICULIER : IEA CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.**

Comme nous avons pu le dire précédemment, l'IEA survenant chez un enfant ou un adolescent constitue un critère de gravité.

Différentes études montrent une augmentation de la proportion d'ivresse annuelle dans la population adolescente, une augmentation de la proportion des ivresses régulières (10 fois ou plus dans l'année écoulée), ou répétées (au moins trois fois dans l'année) mais également pour la consommation régulière (au moins 10 fois dans les trente derniers jours). Ces pratiques exposent au risque d'accident, de violence subie, de rapport sexuel non désiré ou non protégé (2).

Les conduites d'alcoolisation répétées exposent aussi cette jeune population au risque d'autres complications. Elles peuvent être à l'origine d'hépatites ou de pancréatites aiguës. Elles altèrent le système nerveux central, qui est encore en pleine maturation, entraînant une diminution des capacités d'apprentissage, une impulsivité accrue, et le développement de troubles anxieux ou de l'humeur. Il existe également un risque d'alcoolodépendance, la moitié des alcoolisations chroniques débutant avant l'âge de 20 ans (5)

Une étude, réalisée au Service des Urgences Pédiatriques du Centre Hospitalier de Cornouaille a étudié la prévalence de différentes conduites à risque, et ce en fonction des motifs de consultation, sur une période de 9 mois. Des groupes ont été formés à partir du motif d'admission, et comparés ensuite entre eux : un groupe « médical », un groupe « traumatologique », et un groupe « adolescent en souffrance ». Les adolescents du troisième groupe, et ce de manière significative pour chaque modalité, sont plus souvent consommateurs réguliers d'alcool, ont plus souvent expérimentés ou répétés les ivresses, et ont plus souvent pratiqués le binge-drinking. D'un point de vue psychologique, il s'agit également d'un groupe ayant plus souvent fugué, ayant plus souvent eu des idées suicidaires, et/ou ayant fait plus souvent des tentatives de suicides (54).

La population adolescente dont l'IEA conduirait aux urgences est donc plus à risque d'être une population fragile, notamment du point de vue psychologique. La prise en charge de ces adolescents impose donc la prudence.

L'IEA chez l'enfant est grave car elle expose à des complications, notamment à la survenue brutale d'un coma, au risque plus fréquent d'acidose métabolique et d'hypoglycémie (11), notamment chez les très jeunes enfants (39). Les autres complications somatiques, et le diagnostic de l'IEA sont les mêmes que dans la population adulte (14).

En présence de signe d'intoxication, un apport glucosé par voie veineuse est nécessaire, perfusion de *glucosé à 10%*, avec un débit total calculé sur 24heures de :

- 100mL/kg pour les 10 premiers kg
  - puis 50mL/kg pour les 10 kg suivant
  - puis 20mL/kg pour les kg suivant
  - et en présence d'une hypoglycémie : 0.5g/kg en injection intraveineuse directe
- (11)

Une IEA survenant chez un adolescent et l'amenant à consulter aux Urgences ne doit pas être banalisée, car elle peut révéler une situation d'alcoolisation problématique et une perturbation psychosociale importante. Il est recommandé de maintenir une hospitalisation d'au moins 72 heures, et de réaliser une prise en charge équivalente à celle des adolescents ayant fait une tentative de suicide. Ainsi on réalisera, en parallèle de la prise en charge somatique, une évaluation médico-psychosociale. Une prise en charge ambulatoire sera préférée par la suite, au centre médico-psychologique (12).

### **3.6. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS.**

L'intoxication éthylique aiguë doit être considérée comme un diagnostic d'élimination, car comme nous l'avons vu précédemment elle peut être associée à certaines complications, mais il existe également d'autres pathologies pouvant simuler une IEA (16), qui seront à rechercher et si possible à éliminer, notamment chez le patient consommateur chronique, chez qui la suspicion d'une IEA doit faire éliminer ces diagnostics différentiels afin de ne pas méconnaître une affection pouvant engager le pronostic vital du patient (15). Ces diagnostics différentiels sont résumés dans le tableau suivant (d'après (15) et (16)).

<i>Diagnostic</i>	<i>Présentation clinique</i>
<b><i>Hypoglycémie</i></b>	Troubles de la vigilance, sueurs, parfois troubles neurologiques systématisés, atteintes des nerfs crâniens, convulsions
<b><i>Etat de mal épileptique</i></b>	Parfois infra-clinique, compliquant un syndrome de sevrage
<b><i>Encéphalopathie aiguë de Gayet-Wernicke</i></b>	Confabulation, avec amnésie antérograde, nystagmus avec oculoparésie et ataxie cérébelleuse
<b><i>Hypercapnie</i></b>	Antécédents évocateurs, sueurs, céphalées, possible hypertension artérielle
<b><i>Acidocétose alcoolique</i></b>	Douleurs abdominales, et vomissements, respiration de Kussmaul
<b><i>Encéphalopathie hépatique</i></b>	Astérisis, fœtor hépatique
<b><i>Hématome sous-dural</i></b>	Anisochorie, hémisyndrome moteur et/ou sensitif
<b><i>Hémorragie intracrânienne</i></b>	Hémisyndrome moteur et/ou sensitif, signes d'atteinte du tronc cérébral
<b><i>Hémorragie méningée</i></b>	Céphalées, syndrome méningé
<b><i>Traumatisme crano-cérébral</i></b>	Troubles neurologiques, otorrhée, rhinorrhée, hypertension intracrânienne
<b><i>Encéphalopathie infectieuse et Méningite</i></b>	Fièvre et syndrome méningé
<b><i>Intoxication au méthanol</i></b>	Douleurs abdominales et vomissements, troubles visuels, respiration de Kussmaul
<b><i>Intoxication à l'éthylène glycol</i></b>	Douleurs abdominales et vomissements, nystagmus, convulsions, respiration de Kussmaul
<b><i>Intoxication au monoxyde de carbone</i></b>	Contexte évocateur
<b><i>Intoxications aux médicaments hypnotiques</i></b>	Contexte évocateur

### 3.7. LA DÉMARCHE CLINIQUE

#### 3.7.1. L'abord du patient alcoolisé

Comme nous avons pu le voir, l'alcool peut être responsable de troubles du comportement, notamment d'agitation, d'agressivité avec un risque de passage à l'acte et d'hétéro-agressivité, et de violences verbales.

Les professionnels de santé doivent veiller à ne pas adopter une attitude négative (12), mais également à ne pas banaliser l'intoxication, en adoptant une attitude permissive (16).

Il est nécessaire pour limiter les troubles du comportement ou éviter leur apparition de créer une atmosphère bienveillante, calme et rassurante (11,12,55). Il est recommandé d'adopter une attitude empathique et compréhensive, une écoute attentive, ce qui peut permettre de diminuer l'escalade de la violence(12,15). En cas d'agitation ou d'agressivité il est initialement recommandé de tenter une sédation verbale (11,27).

Il est néanmoins indispensable de rester vigilant et de veiller à la sécurité physique du patient mais également des soignants (12,15).

### **3.7.2. La prise de constantes**

Elle précède l'examen clinique. La prise de constantes, à savoir fréquence cardiaque et respiratoire, pression artérielle, température, devra s'assurer de la normalité des paramètres vitaux, et la glycémie capillaire sera recueillie, initialement puis surveillée, les hypoglycémies pouvant survenir pendant et au décours de l'intoxication éthylique aiguë (11).

### **3.7.3. L'examen clinique**

Il est recommandé dans la conférence de consensus de la SFMU de 1992, et cela est rappelé dans ses deux réactualisations, en montrant donc bien l'importance, de réaliser un examen clinique complet chez un patient déshabillé (11,13,14). L'examen sera le plus complet possible, afin de rechercher et d'identifier les complications associées à l'alcoolisation, mais également de rechercher et d'éliminer les diagnostics différentiels à l'IEA (15,55).

L'examen général recherchera une haleine caractéristique, haleine œnolique ou présence d'un foëtor, il appréciera l'état de (dé)nutrition, il évaluera les téguments, recherchant la présence de points de ponction veineuse évoquant une toxicomanie, et s'efforçant de rechercher les signes évocateurs de traumatismes, telle que des



plaies ou des déformations, notamment au niveau crânien. Les examens des appareils cardiovasculaires, pulmonaires et digestifs seront orientés par la recherche des diagnostics différentiels et des complications que nous avons pu citer. Une attention particulière sera portée à l'examen neurologique afin de s'assurer de sa normalité (15,16).

Certains auteurs recommandent en cas d'agitation importante, de réaliser cet examen clinique après sédation chimique.

Il existe deux autres temps essentiels durant l'examen clinique. Le premier quand le dialogue est possible est l'anamnèse. Elle permet d'évaluer la quantité d'alcool ingérée, la possibilité d'une consommation concomitante d'autre substance, la fréquence de la consommation habituelle, et permet également de rechercher la notion et le mécanisme d'un éventuel traumatisme (49). Il importe également de rechercher les motivations ayant conduit à la consommation d'alcool, notamment à déterminer si elle s'est déroulée dans un cadre d'équivalent suicidaire (14). Le second, qui lui est complémentaire, est l'interrogatoire, notamment sur les antécédents, qu'ils soient médicaux, psychiatriques ou sociaux (12), qui peuvent être fournis par l'interrogatoire de l'entourage (16).

### **3.8. LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.**

#### **3.8.1. Examens biologiques**

Le premier examen biologique que nous aborderons est la mesure de l'alcoolémie. Deux méthodes de référence sont citées, à savoir l'éthylométrie, mesure la concentration de l'éthanol dans l'air expiré, et l'éthanolémie, mesure de la concentration d'éthanol dans le sang (11,13). Une autre méthode est citée, qui permet une bonne corrélation, par calcul de la différence entre la mesure de l'osmolarité mesurée et calculée.

En 1992, la mesure de l'alcoolémie n'est pas indispensable pour l'IEA simple isolée, ne faisant que documenter l'intoxication, elle est par contre recommandée pour toutes les autres formes, en cas de doute diagnostique ou d'évolution défavorable (11). L'actualisation de 2006, sans recommander une mesure de l'alcoolémie de

manière systématique, rapporte le fait que certains auteurs considèrent qu'elle est indispensable, étant le meilleur indicateur de l'imprégnation cérébrale, et permettant d'affirmer le diagnostic. Elle explique également que l'ANAES dans ses recommandations pour la pratique clinique encourage la mesure pour objectiver l'intoxication éthylique aiguë (14).

L'ANAES en 2001 stipule en fait qu'il n'est pas recommandé de mesurer systématiquement l'alcoolémie, le diagnostic d'IEA étant le plus souvent clinique. Elle précise tout de même que le dosage peut être utile si une prise en charge alcoologique est débutée, afin de lutter contre le déni, or elle explique comme nous l'avons d'ailleurs évoqué précédemment, que l'admission dans un Service d'Urgence constitue en tant que telle un problème lié à l'alcool et justifie une prise en charge alcoologique, le dosage sera donc utile comme expliqué plus haut (12). On peut donc effectivement conclure que l'ANAES encourage la mesure de l'alcoolémie.

Effectivement certains auteurs recommandent un dosage systématique, ainsi Yersin considère qu'elle est indispensable, permettant d'objectiver le diagnostic, d'envisager une durée prévisible de séjour au Service des Urgences, et d'évoquer parfois, surtout en présence d'une discordance entre le taux et l'état clinique, une pathologie associée. Il estime également que l'alcoolémie est un signe indirect de tolérance à l'alcool, reflétant ainsi le profil de consommation du patient (15).

L'impression clinique du praticien n'est pas un bon outil de dépistage. Si l'impression clinique a une meilleure sensibilité que celle des différents signes cliniques de l'IEA simple pris isolément, il n'en reste pas moins que malgré une excellente spécificité de 94 à 99%, cette sensibilité est globalement mauvaise, notamment pour les intoxications aux taux d'alcoolémie les plus faibles puisqu'elle n'est que de 54%. Il en ressort que la relative faiblesse de l'impression clinique du praticien dans un Service d'Urgences plaide en faveur d'un dosage plus fréquent de la mesure de l'alcoolémie (56).

Le dosage systématique de l'éthanolémie est évoqué dans d'autres publications (55,57-59), notamment car il sera utile aux équipes de liaison en addictologie (60).

Concernant les autres examens biologiques, il est entendu par tous les auteurs qu'ils seront orientés et dictés par l'examen clinique, permettant d'éliminer ou de diagnostiquer les complications. Ils sont résumés dans un tableau (d'après(15,16)).

Concernant notre travail, nous avons effectivement rappelé les différents examens biologiques complémentaires, rappelant que chaque prescription devait être dicté par l'examen clinique, et en aucun cas que le bilan le plus exhaustif possible que nous proposons, ne devait être systématique.

Nous n'avons pas abordé les marqueurs d'alcoolisation régulière, en dehors du VGM, que sont également les GGT et le CDT, ces derniers étant recommandés uniquement lorsque qu'une prise en charge addictologique est débutée (12), et pouvant donc être réalisé dans un second temps, hors du cadre du Service des Urgences.

Tableau des examens biologiques utiles :

<i>Examen biologique</i>	<i>Objectif diagnostic</i>
<b>Ethanolémie</b>	Objectiver l'IEA
<b>Hémogramme</b>	Augmentation du VGM chez le consommateur chronique, hyperleucocytose dans le cadre d'une pneumopathie d'inhalation
<b>Glycémie</b>	Diagnostic différentiel et complication de l'IEA
<b>Ionogramme sanguin</b>	Appréciation de l'état d'hydratation, recherche de troubles ioniques, diagnostic différentiel par calcul du trou osmolaire
<b>Hémostase, avec temps de prothrombine</b>	Recherche une insuffisance hépatocellulaire
<b>Bilan hépatique</b>	Diagnostic d'une hépatite alcoolique aiguë
<b>Urée et créatininémie</b>	Diagnostic d'un syndrome hépatorénal
<b>CPK</b>	Diagnostic d'une rhabdomyolyse
<b>CRP</b>	Diagnostic d'une infection, soit comme complications, soit comme diagnostic différentiel
<b>Recherche de toxique (monoxyde de carbone, autres)</b>	Diagnostic différentiel
<b>Gazométrie artérielle</b>	Diagnostic d'une acidocétose alcoolique, bilan d'une encéphalopathie alcoolique
<b>Lactates</b>	Elément pouvant être évocateur d'une crise convulsive

### **3.8.2. Examens radiologiques**

Les examens radiologiques seront également dictés par l'examen clinique (14).

Les différents examens radiologiques seront indiqués en présence de signe évocateur d'un traumatisme notamment, afin de rechercher des lésions ostéoarticulaires ou viscérales (11).

Le scanner cérébral est lui aussi indiqué lors de la prise en charge de l'IEA, en présence de certains signes, notamment des signes évocateurs d'un traumatisme crânien, qui seront mis en évidence lors de l'examen clinique que nous avons détaillé précédemment. De plus certains éléments de la surveillance pourront constituer une indication à la réalisation d'un scanner (11,16,49) :

- Absence d'amélioration spontanée de l'état de conscience ;
- Détérioration de l'état de conscience ;
- Signe(s) de localisation neurologique ;
- Convulsion(s) récent(s)e avec doute ou notion de traumatisme crânien ;
- Crise(s) convulsive(s) focalisée(s)
- Comportement non expliqué par l'éthanolémie (discordance clinico-biologique)

Dans le cadre du traumatisme crânien, les recommandations le concernant, qu'il soit en lien ou non avec une intoxication éthylique aiguë, s'appliquent, et nous n'avons pas cru bon de les ajouter, afin de ne pas entraîner de confusion.

### **3.8.3. Autres examens complémentaires**

Un électrocardiogramme sera réalisé en présence de bruits du cœur irréguliers, afin d'éliminer un trouble du rythme supra-ventriculaire (16).

Un électro-encéphalogramme pourra également être envisagé et réalisé dans un second temps, afin de rechercher une pathologie épileptique (15,16).

## **3.9. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.**

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il est nécessaire de traiter avec respect et empathie les patients présentant une IEA. Il sera veillé à leur installation et à un

certain confort. Tant que possible, le dialogue sera maintenu afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation de conflits.

### **3.9.1. L'hydratation**

Elle est primordiale, qu'elle que soit le type d'IEA. En effet, la consommation d'alcool, à fortiori en grandes quantités, entraîne une déshydratation, par perturbation de l'équilibre hydrique (61).

Tant que cela sera possible, la voie orale sera toujours privilégiée, et on veillera à une bonne hydratation. Pour l'IEA simple, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à la pose d'une voie veineuse périphérique, et sous surveillance on pourra proposer une hydratation orale à volonté (11,16).

Le recours à une voie veineuse sera nécessaire en présence de troubles de la vigilance, de troubles digestifs, ou d'hypoglycémie.

Une attention particulière sera apportée à la correction des troubles hydro-électrolytiques, en faisant attention à ne pas corriger trop rapidement une éventuelle hyponatrémie comme nous avons pu le décrire précédemment.

### **3.9.2. Le patient éthylique chronique**

Le patient éthylique chronique pose deux problèmes.

Le premier problème est de prévenir une encéphalopathie de Gayet Wernicke, ainsi une supplémentation par vitamine B1, *THIAMINE*, sera débutée (14–16,62), notamment en cas de perfusion de soluté glucosé, où elle sera indispensable (13), et elle devra précéder la perfusion de soluté glucosé à la posologie de 500mg par voie intraveineuse (27).

Le deuxième problème est la possibilité de la survenue d'un syndrome de sevrage. En effet, comme nous l'avons évoqué, un syndrome de sevrage peut se manifester relativement tôt après la dernière prise d'alcool, et peut donc tout à fait se présenter lors de la surveillance aux Urgences, ou en UHCD. Le syndrome de sevrage est dû à l'arrêt brutal, volontaire ou non, de l'intoxication alcoolique chronique. Les premiers

signes apparaissent quelques heures après l'arrêt de la consommation d'alcool ou la décroissance brutale d'une consommation chronique. Ces signes traduisent l'effet de manque.

Il sera nécessaire de le dépister et si possible de le prévenir, car l'alcool est la seule drogue dont l'arrêt brutal, sans précaution, peut entraîner le décès du patient (27).

Le syndrome de sevrage résulte principalement de l'augmentation de l'activité du système catécholaminergique consécutive à l'augmentation de l'activité NMDA (excitatrice) et à la diminution de l'activité GABA (inhibitrice) chez un sujet ayant modifié au long cours ces deux systèmes du fait de sa consommation chronique (30).

Les signes physiques du sevrage sont présents chez environ 1/3 des alcoolodépendants. Il s'agit classiquement des signes présents au réveil, signes qui d'ailleurs disparaissent avec la prise d'alcool (27).

Les premiers signes, ou pré-DT, associent des troubles psychiques, neuro-musculaires, neurovégétatifs et digestifs (25) :

- Signes psychiques : anxiété, irritabilité, dysphorie, hyperémotivité, inversion du rythme nycthéméral, insomnie ou cauchemars ;
- Signes neuro-musculaires : tremblements des mains, de la langue, crampes, paresthésies, exagération des réflexes, possibilité de crises convulsives ;
- Signes neurovégétatifs : sueurs, tachycardie, hypertension artérielle, tremblements ;
- Signes digestifs : nausées, vomissements.

Ces signes sont précoces, ils apparaissent environ 12 heures après la dernière prise d'alcool, et atteignent leur maximum en 48 heures, puis régressent en quelques jours, avec un risque majeur d'accident de sevrage que sont les convulsions, et le delirium tremens.

Pour évaluer les signes, et la gravité du syndrome de sevrage, différentes échelles existent, dont celle recommandée par la SFA (Société Française d'Alcoologie) : l'échelle ou le score de Cushman (63)

Figure 1 : le score de Cushman (d'après 94)

Score de Cushman	0	1	2	3
Pouls (battements/min)	<80	81-100	101-120	>120
PA systolique (mmHg)				
18-30ans	<125	126-135	136-145	>145
31-50ans	<135	136-145	146-155	>155
>50ans	<145	146-155	156-165	>165
Fréquence respiratoire/min	<16	16-25	26-35	>35
Tremblements	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisées
Sueurs	0	Paumes	Paume et front	Généralisées
Agitation	0		Discrète	Généralisée/contrôlable
Généralisée/Incontrôlable				
Troubles sensoriels	0	Gêne par bruit ou lumière, prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Le traitement repose essentiellement sur l'hydratation et les benzodiazépines.

L'hydratation doit être suffisante, sans hyperhydratation qui peut être nocive. Selon la SFA, les apports recommandés sont de 1.5 à 2 litres. Dans ce contexte il sera veillé, comme évoqué précédemment, à une hydratation suffisante per os, le sevrage qu'il soit volontaire ou contraint, ne nécessitant pas le recours à une voie veineuse périphérique (27,65).

Les benzodiazépines constituent le traitement médicamenteux de première intention. On préférera celles qui ont une demi-vie intermédiaire, comme le diazépam (*VALIUM*). En cas d'insuffisance hépatocellulaire, il sera possible de préférer des benzodiazépines à demi-vie courte comme l'oxazépam (*SERESTA*). Plusieurs schémas existent :

- La prescription de doses fixes sur 24 heures, en général 2 à 4 comprimés à 10mg par jour pendant 2 à 3 jours, puis réduction en 4 à 7 jours, puis arrêt ;
- Ou prescription de 6 comprimés à 10mg de diazépam le premier jour, en diminuant d'un comprimé par jour jusqu'à l'arrêt (63) ;
- Ou encore prescription de diazépam 10mg toutes les 4 à 6 heures pendant 24 heures, puis toutes les 8 heures pendant 48 heures, puis toutes les 12 heures pendant 48 heures, puis toutes les 24 heures pendant 24 heures, puis arrêt (64).

Les différents protocoles, même s'ils diffèrent sur le rythme, ont en commun une prescription rapprochée de benzodiazépines le premier jour, puis une décroissance progressive.

La prévention du syndrome de Gayet-Wernicke sera également systématique.

### **3.9.3. L'hypoglycémie**

La présence d'une hypoglycémie nécessite la pose d'une voie veineuse, avec administration de soluté glucosé à 5%. On réalisera alors une surveillance de la glycémie capillaire toutes les deux heures (16).

### **3.9.4. L'agitation**

La prise en charge thérapeutique de l'agitation a été précédemment décrite.

### **3.9.5. Le coma éthylique**

En présence d'un coma éthylique, ou dans le cadre d'autres intoxications éthyliques compliquées avec des complications sérieuses, pouvant engager le pronostic vital, ou en présence de de comorbidités importantes, la prise en charge se fera en réanimation (15).

### **3.9.6. Équivalent suicidaire**

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le contexte, et ce que les auteurs appellent les motivations de l'intoxication éthylique, seront recherchées. Ainsi l'ANAES recommandent de rechercher, lors de l'interrogatoire, les antécédents psychiatriques, mais également d'évaluer le risque suicidaire (12).

L'alcool est fréquemment associé, avec une proportion non négligeable, aux tentatives de suicides, puisqu'une éthanolémie positive est retrouvée dans 50 à 75% des tentatives de suicide (14–16,56). Le suicide est également une cause de décès importantes chez les éthyliques chroniques, estimée à 5 à 25% (55).

L'alcoolisation aiguë peut révéler un syndrome dépressif sous-jacent (55,57), avec un risque non négligeable de passage à l'acte due à la levée des inhibitions.

De ce fait, les circonstances ayant motivées la consommation seront toujours nécessaires à rechercher. En présence de ce que nous évoquons comme « un équivalent suicidaire », une évaluation psychiatrique sera demandée au décours



immédiat de l'intoxication éthylique, dès la récupération des fonctions relationnelles habituelles.

Une intoxication éthylique chez un adolescent doit toujours bénéficier d'une prise en charge équivalente à une tentative de suicide (12,14).

### **3.10. LE REPÉRAGE ET L'INTERVENTION BRÈVE.**

#### **3.10.1. Définitions**

##### a) Unité d'alcool

L'estimation de la consommation d'alcool s'effectue en verre standard ou en unité d'alcool, une unité d'alcool représentant un verre standard soit 10 grammes d'alcool pur.

On attribue à l'OMS la parution de valeurs seuils de consommation d'alcool, et qui sont les seuils actuellement acceptés et utilisés en France ou seuils de l'INPES (66). En fait les seuils utilisés en France sont plus sévères que ceux préconisés par l'OMS. Ce sont les seuils publiés par le CFES (Comité Français d'Éducation pour la Santé, appelé aujourd'hui INPES), faisant suite aux travaux de l'INSERM précisant que la mortalité globale est susceptible d'augmenter dès 20g/jour pour les femmes et 30g/jour pour les hommes (67).

Il est recommandé :

- De ne pas consommer plus de 3 verres par jour pour un homme, et de 2 verres pour une femme,
- Soit 21 verres par semaine pour un homme, et 14 verres par semaine pour une femme,
- Et de ne pas dépasser 4 verres en une même occasion,
- Tout en s'abstenant au moins une journée par semaine de consommation d'alcool (68).

Ainsi une consommation de 4 à 6 verres par jour pour un homme (soit 40 à 60 grammes) ou 2 à 4 verres pour une femme (soit 20 à 40 grammes) est considérée à risque ou dangereuse pour la santé, de même qu'une consommation massive de 6

verres en une occasion (soit 60 grammes ou « binge drinking ») qui peut être, à court terme, dommageable pour la santé (69).

Il existe également certaines catégories où l'abstinence est la règle, à savoir (67) :

- Grossesse ou allaitement ;
- Prise de médicaments ;
- Conduite d'un véhicule (au-delà de 2 verres, la limite légale pour conduire est dépassée) ou d'une machine dangereuse ;
- Activité qui exige de la vigilance ;
- Maladie chronique (épilepsie, pancréatite, hépatite C) ;
- Antécédents d'alcool-dépendance ;
- Population mineure.

#### b) Mésusage, nocivité, dépendance

Les conduites d'alcoolisation sont définies autour de l'usage et du mésusage (32,68).

Tout d'abord on parle de non usage, à savoir l'absence de consommation d'alcool, qui peut être primaire (chez les enfants, par exemple, ou par choix personnel, qu'il soit lié ou non à ses croyances religieuses) ou secondaire (sevrage après un mésusage, ce qui correspond à l'abstinence).

On parle ensuite d'usage simple ou à faible risque, à savoir une consommation d'alcool, socialement admise, qui se maintient en deçà des valeurs seuils de l'INPES, et qui n'entraîne pas de dommage.

Le mésusage regroupe plusieurs catégories, que nous allons rapidement détailler, à savoir l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance.

L'usage à risque, est une consommation sans dommage, qu'il soit d'ordre médical, psychique, ou social, mais susceptible d'en développer, avec soit une consommation supérieure aux valeurs seuils de l'INPES, soit une consommation inférieure aux valeurs seuils mais associée à une situation à risque (par exemple femme enceinte, enfant ou adolescent, conduite automobile).

L'usage nocif est caractérisé par l'existence de dommage, à nouveau d'ordre médical, psychique ou social, peu importe le niveau de consommation, tant que cette dernière n'entraîne pas de dépendance.

Enfin l'usage avec dépendance, ou alcoolo-dépendance, qui est défini par la perte de maîtrise de la consommation, qu'elle que soit son niveau.

Dans cette classification, issue du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ou manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième version) on distingue l'usage nocif, appelé également abus, de la dépendance. La dernière version du DSM ou DSM-V, rassemble l'usage nocif et la dépendance sous le terme unique de troubles de l'usage de l'alcool. Le diagnostic est retenu sur la présence de plusieurs critères, parmi 11, avec 3 niveaux de sévérité :

- Faible : 2 à 3 critères sur 11,
- Modéré : 4 à 6 critères sur 11,
- Sévère : au-delà de 6 critères.

Les différents critères du DSM-V sont :

- Désir persistant ;
- Perte de contrôle ;
- Temps passé ;
- Tolérance ;
- Syndrome de sevrage ;
- Abandon des activités ;
- Poursuite malgré des conséquences physiques et psychologiques ;
- Incapacité à remplir les obligations majeures ;
- Situations dangereuses ;
- Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux ;
- Craving (66).

Pour certains, l'usage nocif est la résultante de trois entités, le produit (et les facteurs de risques liés au produit, notamment son pouvoir addictogène), les facteurs individuels, qu'il soit de résistance ou de vulnérabilité, et les facteurs environnementaux (comme la disponibilité du produit) (70).

### 3.10.2. Les recommandations

Depuis 1992 il est recommandé de proposer une évaluation. Les modalités ont changé au fil du temps et des recommandations.

En 1992, il était recommandé de proposer un avis psychiatrique pour toutes les intoxications éthyliques aiguës en dehors de l'intoxication aiguë simple et festive (8).

En 2003, lors de l'actualisation de la conférence de la SFMU, la notion d'intervention brève est introduite, et fait partie de ce que les auteurs appellent le double objectif du médecin urgentiste, c'est-à-dire une prise en charge immédiate évaluant l'état clinique et permettant le diagnostic et le traitement des complications, et une seconde au décours immédiat permettant l'analyse de la situation du patient, sociale, familiale et professionnelle, et une sensibilisation sur sa maladie. L'intervention brève permettrait une diminution de la consommation (10).

Dans la réactualisation de la conférence de consensus en 2006, il est recommandé une évaluation du patient, permettant la détection du mésusage ou de l'alcoolodépendance, et permettant d'informer le patient sur sa consommation, et les risques auxquels il s'expose. La détection du mésusage se fera par l'appréciation de la consommation déclarée d'alcool, et à l'aide de questionnaire(s) (11).

Au décours de l'intoxication éthylique aiguë, en l'absence d'alcoolodépendance, en l'absence de facteur de gravité, ou de comorbidité, une intervention « ultrabrève » sera réalisée. Il s'agit d'une intervention non spécialisée, cet entretien pouvant se faire par l'équipe soignante des Urgences. Un livret sera remis au patient.

En présence de facteur(s) aggravant(s), ou de comorbidité(s), une intervention spécialisée sera réalisée par une équipe d'addictologie, d'alcoologie, de psychiatrie ou des Urgences formée en addictologie (9).

Tout ceci est résumé dans la conférence de consensus de l'ANAES : pour toutes les IEA, il est recommandé :

- 1) D'effectuer systématiquement le dépistage d'un problème d'alcool grâce à l'entretien clinique, à la détermination de la consommation déclarée d'alcool et au questionnaire DETA.
- 2) D'orienter le diagnostic vers l'existence ou non d'une alcoolodépendance, afin d'adapter la prise en charge alcoologique.

- 3) De rechercher les facteurs aggravants somatiques, psychiatriques ou sociaux, afin de prévoir les interventions spécialisées correspondantes.
- 4) De réaliser, en l'absence de facteurs aggravants, une « intervention ultrabrève ».
- 5) D'informer systématiquement, avec l'accord du patient, le médecin traitant, si possible par courrier, en lui signalant l'admission du patient aux Urgences pour IEA et en lui faisant part du type de prise en charge effectuée. Le courrier devrait rappeler les coordonnées des structures de proximité susceptibles d'aider le patient. Il est recommandé de donner un double du courrier au patient.
- 6) De proposer au patient des informations sous forme d'un livret d'aide.

### **3.10.3. Intérêt de l'intervention brève**

L'alcool est un facteur de risque de décès prématuré, le troisième au niveau mondial derrière l'hypertension et le tabagisme, et un facteur de risque de morbidité. En effet, l'alcool est responsable d'une soixantaine de pathologies et de traumatismes, dont nous avons évoqué certains. L'augmentation du risque est dose-dépendante, donc plus un individu consomme d'alcool, et plus le risque de développer une complication est grand.

La réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool est bénéfique pour la santé, ainsi tous les risques aigus peuvent disparaître en cas d'arrêt de la consommation, et cela entraîne même une amélioration de l'état de santé, même en présence de pathologies chroniques (69).

Le but du repérage et de l'intervention brève est de repérer les consommateurs à risque de dommage, et d'intervenir auprès de ces consommateurs avant l'apparition de ces dommages, afin qu'ils réduisent leurs risques de les voir apparaître (65), mais l'intervention brève peut également constituer une première étape, avant une prise en charge (71).

De plus, le repérage et l'intervention brève sont reconnus comme l'une des dix meilleures pratiques en santé publique contre la lutte contre l'alcool, notamment

parce qu'ils bénéficient du meilleur rapport coût/efficacité en terme de réduction des dommages (72).

Diverses publications ont étudié les effets et l'intérêt de l'intervention brève : l'intervention brève auprès des consommateurs d'alcool entraîne une diminution de cette consommation. Ainsi chez les sujets ayant une consommation excessive sans dépendance, l'intervention brève entraîne une réduction significative de la consommation moyenne d'alcool, une diminution de la proportion de consommateurs excessifs, une diminution de la fréquence des absorption aiguës massives, et de l'existence de problèmes somatiques liés à l'alcool (73). Le ministère de la Santé évoque une réduction d'un tiers du nombre de buveurs excessifs grâce à l'intervention brève (72). Certaines études se sont même intéressées à démontrer que l'effet perdurait dans le temps.

L'étude de Flemming, analysée dans un article de la revue du praticien médecine générale, a comparé deux groupes, un groupe témoin ayant reçu un livret sur la prévention, et un autre groupe qui en plus du livret avait bénéficié d'une intervention par un médecin généraliste. Plusieurs résultats étaient intéressants. Le groupe intervention avait une réduction significative de la consommation d'alcool sur sept jours et du nombre d'épisodes de consommation excessive sur trente jours. On observait également une réduction significative de la proportion des très gros consommateurs sur les trois premières années, et non significative la quatrième. Dans le groupe intervention, on a pu également observer une réduction de 20% du recours aux Urgences, et une réduction de 37% de jours d'hospitalisation. Ces réductions étaient significatives, mais le gain coût/bénéfice pour le système de santé ne l'était pas. On a pu enfin observer une réduction non significative des accidents de la circulation, ayant entraîné des gains importants, et significatifs, pour la société (74). L'analyse de cette étude, publiée également dans la même revue, est intéressante. En effet, même si les différences sont significativement plus importantes dans le groupe intervention, il est observé une réduction de la consommation d'alcool déclarée dans les deux groupes. Donc même sans intervention brève, aborder la consommation d'alcool constitue déjà en soi une intervention efficace pour une prise de conscience (75).

Ceci est confirmé dans une autre étude, comparant deux groupes de consommateurs réguliers, non alcoolo-dépendants, consommant plus de 28 verres par semaine. Un groupe a bénéficié d'un repérage et d'une intervention brève, un groupe témoin uniquement d'un repérage. Les deux groupes ont été revus à un an. Dans chaque groupe on observait une réduction de la consommation déclarée d'alcool (10.9 verres pour le groupe intervention et 9.2 verres pour le groupe témoin), sans différence significative. Il existe une diminution importante dans les deux groupes, ce qui sous-entend que le repérage est déjà une intervention (76).

L'utilisation du repérage et de l'intervention brève est également recommandé par différentes instances et sociétés savantes.

Tout d'abord au niveau mondial, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) encourage et promeut les interventions brèves, rappelant l'efficacité et le coût/efficacité des interventions brèves, et estime que si le développement régional et national de ce type d'intervention est augmenté, il en résulterait des effets importants sur la prise d'alcool excessive dans la population (77).

En France également, la HAS (Haute Autorité de Santé) a élaboré des outils d'aide au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève, le RPIB, parce que l'intervention brève et les entretiens motivationnels peuvent réduire de manière significative l'usage de drogues, de l'alcool et du tabac, à court et à long terme (78).

Etant reconnu d'intérêt, le ministère de la Santé a décidé de promouvoir le repérage et l'intervention brève, afin d'obtenir une mobilisation de l'ensemble des soignants (72).

Enfin, non seulement les interventions brèves sont efficaces pour réduire les problèmes et les risques, mais leur effet perdure. Il peut se prolonger à un an, et même jusqu'à quatre ans. De plus, aucune étude n'a démontré que l'intervention brève était mal perçue par le patient (69).

#### **3.10.4. Quelle population et quel intérêt aux urgences**

Les différentes estimations font état de 5 millions de personnes présentant une consommation à risque en France, dont 1.5 million de personnes dépendantes. On

estime également que plus de la moitié des décès prématurés dus à l'alcool concernent des personnes non dépendantes (73).

Le RPIB a été surtout évalué et validé auprès des médecins généralistes. Les recommandations françaises s'intitulent d'ailleurs « alcool et médecine générale » (traduction de Primary Health Care European Project on Alcohol) (69). S'appuyant sur ses recommandations, la HAS incite tous les professionnels de santé de premiers recours, médecins généralistes, pédiatres, pharmaciens d'officine, infirmier(e)s, dentistes, ainsi que les médecins du travail et les médecins scolaires, à utiliser dans leur pratique courante le repérage des consommations à risque et l'information des consommateurs d'alcool. Il est recommandé de sensibiliser toutes personnes qui consomment de l'alcool des risques que présente sa consommation, et de dispenser si nécessaire une intervention brève. Enfin, il est notifié que tous les patients consommateurs d'alcool sont concernés par l'intervention brève (79).

Les services d'Urgences ne sont pas inclus dans ces recommandations.

Néanmoins, son utilisation aux Urgences est nécessaire. Du fait de l'augmentation continue de la fréquentation des Urgences (80), et de la typologie de la population ayant consulté, une extrapolation du système du RPIB aux Urgences est légitime.

Ainsi une étude, réalisée sur une journée de consultation en 2013, a mis en évidence que sur l'ensemble des consultants, 2/3 n'avaient pas fait de démarche avant de consulter aux urgences, pour certains par facilité de l'accès aux soins aux Urgences, pour d'autres par manque d'offre de soins en libéral, 6% des consultants n'ayant pas de médecin traitant. Dans 30% des cas, la consultation était motivée par la survenue d'un accident, et 40% des patients ont reçu un diagnostic de lésion traumatique, or nous avons pu le détailler préalablement, l'alcool est relativement associé aux lésions traumatiques. Près d'une personne sur mille en France a consulté sur cette journée aux urgences, avec pour 4% d'entre elle un diagnostic de troubles du comportement, notamment lié à la consommation d'alcool (81).

Le repérage précoce est une forme de dépistage du mésusage d'alcool, et il permet de débiter une intervention thérapeutique le plus tôt possible, notamment avant l'apparition de complications graves. Le repérage devrait être systématique dans les services d'Urgences, notamment pour apprécier le risque d'accident de sevrage, et en présence de signes évocateurs, ou de passages répétés aux Urgences,



notamment en lien avec les complications somatiques de l'alcool comme les chutes (27).

Une étude réalisée en 2012 sur l'ensemble des séjours hospitaliers en lien avec l'alcool, publiée dans le BEH, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, montre une gradation dans la répartition des âges. Ainsi, l'âge moyen des patients hospitalisés pour intoxication éthylique aiguë est en moyenne inférieur de 4.5 ans à celui des patients hospitalisés pour dépendance, et en moyenne inférieure de 13 ans à celui des patients hospitalisés pour les complications de l'alcoolisme (82). Les Urgences constituant une part importante du recrutement hospitalier (81), la majorité de ces patients sont vus dans les structures d'Urgences, ce qui justifie la réalisation de l'intervention. De plus cette gradation souligne l'intérêt d'une prise en charge précoce, dès le stade d'intoxication éthylique aiguë, avant que n'apparaissent, soit la dépendance, soit ses complications.

Enfin, comme nous l'avons précédemment évoqué, d'après les recommandations de l'ANAES en 2001, « une IEA conduisant à une prise en charge en SU ne peut pas être considérée seulement comme un usage à risque. Elle traduit forcément un usage nocif ou une alcoolodépendance » (9). Il apparaît donc que tout patient présentant un séjour dans un service d'Urgence pour une intoxication éthylique aiguë devra bénéficier d'un repérage et au minimum d'une intervention brève (non spécialisée).

Différents auteurs confirment l'intérêt du dépistage et de l'intervention brève aux Urgences (83), notamment parce que les équipes des Urgences se verront confrontées aux intoxications éthyliques aiguës (84). Objectiver une alcoolémie positive aux Urgences, cible une population en difficulté avec l'alcool, et comme il apparaît que plus le délai est court entre le repérage et l'intervention et plus cette dernière semble efficace, cette pratique a toute sa place dans les services d'Urgences (85).

Le ministère des affaires sociales et de la Santé, afin d'améliorer le repérage et le diagnostic des conduites addictives à risque, envisage un programme de formation, s'adressant aux soignants notamment ceux des services d'Urgences, pour mettre en œuvre le RPIB à chaque patient, particulièrement chez les jeunes (86).

Comme nous l'avons rappelé, l'évolution des profils de consommation a vu apparaître le « binge-drinking », particulièrement représenté chez les plus jeunes. Il s'agit d'un comportement volontaire, à la recherche de « défonce » (84). Il s'agit d'un comportement dangereux, délétère, dont les effets sont aujourd'hui étudiés. Il peut entraîner chez les consommateurs une altération de la qualité de vie (87). Les effets neurologiques sont également étudiés, notamment chez les adolescents, leur cerveau étant particulièrement vulnérable à la toxicité de l'alcool, entraînant des altérations cognitives (88). Le binge-drinking est responsable d'atteinte à la fois de la substance blanche et grise, qui peuvent être corrélées à des déficits d'apprentissage et de mémorisation. Il est également démontré que quelques épisodes de binge-drinking à l'adolescence suffisent pour induire une forte motivation pour la consommation d'alcool à l'âge adulte, ce qui pourrait augmenter le risque d'alcoolodépendance à l'âge adulte (89). Une hypothèse avancée est que le binge-drinking entraînerait des déficits marqués pour le traitement de stimulations émotionnelles, déficits qui pourraient être impliqués dans le développement et le maintien de troubles liés à la consommation d'alcool (90). Les conséquences qu'engendrent ce comportement nécessitent une intervention.

Dans son ouvrage « usage nocif de substances psychoactives », le Pr Reynaud évoque qu'il existe un consensus fort entre les praticiens, confirmé par les données épidémiologiques, que certaines modalités de consommation sont fortement corrélées à l'apparition de dommages, d'abus et de dépendance, comme entre autres le sont la consommation précoce, la consommation « à visée de défonce » et la répétition des modalités de consommation (70). Il peut paraître difficile, notamment aux Urgences, avec le manque de temps et de moyen, de faire la part des choses pour un jeune consultant dans le cadre d'une intoxication éthylique aiguë entre une consommation festive et ce type de comportement. Il apparaît donc indispensable de réaliser une intervention auprès de cette population afin de les sensibiliser, et si possible d'éviter l'entrée vers les dommages.

Ceci est d'autant plus important qu'il est possible que cette population jeune n'ait pas conscience de l'impact négatif que ce comportement pourrait avoir. D'après une étude réalisée sur des jeunes australiens de 16 à 25 ans, ayant consultés aux urgences pour des soins ou une pathologie en lien avec l'alcool, ils étaient très

confiant dans leur capacité à contrôler leur consommation d'alcool, en dépit du fait qu'elle les ai conduit aux Urgences (91)

L'intérêt de l'intervention brève est clairement établi auprès des jeunes consommateurs (69), comme étant la stratégie la plus efficace, permettant des diminutions de la fréquence de consommation ou de la quantité (92), et ce notamment quand elles sont réalisées aux Urgences (93,94).

### **3.10.5. Les questionnaires de dépistage**

Le repérage s'appuie sur deux éléments, la consommation déclarée d'alcool et des questionnaires, afin d'évaluer le risque pour le patient. L'objectif est de repérer les consommations à risque de dommages (95). Les questionnaires de dépistage sont donc recommandés pour le repérage. De nombreux questionnaires existent, avec pour objectif un repérage précoce (96).

Dans un premier temps, il est tout d'abord recommandé d'apprécier la consommation déclarée d'alcool, si possible en précisant le type de boissons consommées, le nombre de verres par jour, le nombre de jours de consommation par semaine, et le caractère régulier ou non de la consommation (12).

Le score DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool) (97) est la traduction du score CAGE anglo-saxon. Il est le seul score évalué et validé aux Urgences pour détecter un mésusage. Le questionnaire DETA est composé de quatre questions. Il porte sur la vie entière du patient. Il peut être utilisé seul en auto-questionnaire ou lors d'un entretien. Deux réponses positives ou plus sont en rapport avec un mésusage, et la quatrième question évoque la possibilité d'une alcoolo-dépendance (14). En pratique de ville, il s'est montré décevant pour le repérage des patients dépendants, et n'est pas adapté à la détection des consommateurs excessifs non alcoolo-dépendants (96). Explorant la vie entière du patient, il est possible de surestimer certains résultats (98). Il est tout de même recommandé de l'utiliser aux Urgences (12,50).

---

Questionnaire DETA, d'après (12) :

---

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?
  2. Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
  3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?
  4. Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?
- 

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est le questionnaire de référence. Son utilisation aux Urgences est recommandé par l'ANAES (12). Il s'agit d'un questionnaire plus long, composé de dix questions, qui explore les douze derniers mois de la vie du patient. Il permet d'identifier les patients ayant une consommation nocive, ainsi que les patients en situation de dépendance alcoolique (98). Il est validé en France et peut être réalisé sous la forme d'un auto-questionnaire (99). Un score obtenu entre 6 et 12 pour une femme, et 7 et 12 pour un homme, correspond à une consommation nocive, et un score supérieur à 13 correspond à une alcoolo-dépendance probable (69,98). Il convient de noter que ces seuils sont ceux retenus après évaluation du score AUDIT en France et sont donc différents des seuils évoqués dans la conférence de consensus de l'ANAES de 2001.

---

**Questionnaire AUDIT, d'après (12)**

---

**1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?**

Jamais	0
1 fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

**2. Combien de verre(s) contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?**

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

**3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?**

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

**4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?**

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

**5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?**

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

**6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?**

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

**7. Au cours de l'année, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?**

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

**8. Au cours de l'année, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?**

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

**9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?**

Non	0
Oui mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

**10. Un parent, un ami, un médecin, ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?**

Non	0
Oui mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

---

Il existe une version abrégée du score AUDIT, appelé AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test Court), qui correspond aux trois premières questions du test. Il serait utile pour repérer une consommation d'alcool à risque ou dangereuse (69). Il peut être utilisé pour le repérage, s'intégrant facilement au recueil des informations générales (73). Un score supérieur à 3 chez la femme, et supérieur à 4 chez l'homme, montre un risque de consommation excessive d'alcool.

L'intérêt du score AUDIT-C est le temps de réalisation, ce qui en fait un test très utile (100). Il existe de plus une très bonne corrélation entre les résultats au score AUDIT, AUDIT-C (101) et la consommation déclarée d'alcool, ce qui fait de ces deux questionnaires de bons outils de dépistage (102,103).

Le questionnaire FACE (Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien) est un questionnaire destiné aux médecins généralistes français, qui trouvaient le score AUDIT difficile d'utilisation, préférant un hétéro-questionnaire, ne pouvant surveiller la distribution du questionnaire AUDIT en salle d'attente tout en continuant leurs consultations. Il s'agit d'un questionnaire en 5 questions permettant d'effectuer le repérage en l'intégrant dans le temps de la consultation. En terme d'acceptabilité, il est préféré au questionnaire AUDIT d'après une étude réalisée auprès de médecins généralistes français, suisse et belges, et auprès de médecins du travail (96). Il permet de classer les patients en trois catégories :

- Risque faible ou nul : femme <4, homme <5 ;
- Consommation excessive probable : femme 4-8, homme 5-8 ;
- Dépendance probable : >8 dans les deux sexes.

---

**Questionnaire FACE, d'après (96) :**

---

**À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?**

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
Deux à 4 fois par mois	2
Deux à 3 fois par semaine	3
Quatre fois par semaine ou plus	4

**Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?**

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

**Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?**

Non	0
Oui	4

**Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme?**

Non	0
Oui	4

**Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire?**

Non	0
Oui	4

---

D'autres questionnaires existent comme par exemple celui créé par l'OMS, et explorant un nombre conséquent de substances dans le même questionnaire. Il s'agit du questionnaire ASSIST V3.0, questionnaire multi-produit, regroupant neuf substances psychoactives, traduit dans plusieurs langues, et évaluant les consommations de chaque produit. Un score existe, afin de déterminer le type d'intervention nécessaire, pour chaque substance (95).

Concernant notre travail nous avons choisi d'utiliser le score AUDIT-C, notamment pour sa rapidité de réalisation, le temps étant souvent précieux dans l'exercice de la médecine actuelle et ce notamment aux Urgences.

### **3.10.6. La réalisation de l'intervention brève**

Comme nous l'avons précédemment vu, il est recommandé de réaliser une intervention pour toutes les intoxications éthyliques aiguës, et deux niveaux existent.

Après disparition des signes d'imprégnation, chez un patient ne présentant pas de signe de sevrage, chez un patient non alcoolo-dépendant, sans facteur aggravant, et sans comorbidité, il sera réalisée une intervention ultra-brève. Si un de ces facteurs est présent, une intervention spécialisée sera réalisée (12).

Toutes les interventions, efficaces, ont en commun certaines caractéristiques. Ainsi elles contenaient toutes au moins deux des trois éléments suivant, à savoir la restitution au patient de son test de repérage, le conseil délivré par le soignant, et la définition d'un objectif en concertation avec le patient (69).

L'intervention ultra-brève, préconisée par l'OMS, comprend (12):

- Un feedback donné au patient sur sa consommation d'alcool ;
- Une explication au patient de la notion de « verre d'alcool » ;
- Une explication sur les limites d'une consommation modérée d'alcool ;
- L'encouragement du patient à rester en dessous de ces limites ;
- La remise au patient d'un livret.

La durée de l'intervention ultra-brève est de moins de 10 minutes (98).

Il est également recommandé d'informer le médecin traitant par courrier, avec l'accord du patient, et de transmettre les coordonnées des structures de soins de proximité (16).

En présence de facteur(s) aggravant(s), de comorbidité(s), une intervention spécialisée doit être réalisée. Elle s'appuie sur un entretien motivationnel. Deux modèles sont proposés, reprenant les mêmes éléments.

Le plus fréquemment retrouvé s'appuie sur l'acronyme FRAMES (96) :

- Feed-back = Restitution : l'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool est restituée au patient.
- Responsibility = Responsabilité : la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et pas au thérapeute.
- Advice = Conseil : un conseil précis sur la réduction de la consommation est clairement donné au patient.
- Menu = Choix d'options : un « menu » offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est présenté au patient.



- Empathy = Empathie : le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance et les jugements de valeur.
- Self-efficacy = Sentiment d'efficacité personnelle : le thérapeute valorise les efforts et les acquis du patient et renforce la confiance que celui-ci porte à sa capacité de changement.

Le second s'appuie sur l'acronyme REAGIR , qui est la traduction du précédent (73) :

- Repérer : repérer le problème somatique, repérer le stade de motivation de la personne.
- Empathie : importante dans toute relation soignante et gage d'efficacité.
- Avis : vis-à-vis des complications somatiques éventuelles, vis-à-vis de son niveau de consommation et de ses risques.
- Gestion : adapter l'information et les conseils selon le stade motivationnel.
- Influence positive : à savoir positiver et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du malade et de ses chances de contrôler avec succès sa consommation, même en cas d'échec antérieur.
- Responsabilité : la personne reste responsable de son attitude.

D'un point de vue plus général, l'intervention brève doit comprendre certains éléments qui constituent « la check-list » de l'intervention brève (95) et ce pour toute substance :

- Restituer les résultats des questionnaires de consommation ;
- Informer sur les risques concernant la consommation de substance ;
- Évaluer les risques personnels et situationnels ;
- Identifier les représentations et les attentes du patient ;
- Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou la réduction de la consommation ;
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation ;
- Proposer des objectifs et laisser le choix ;
- Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation ;
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation ;
- Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum... .

Concernant spécifiquement l'alcool, pour l'HAS, s'appuyant sur les recommandations de l'ANPAA, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, rédigées dans le cadre du programme « boire moins c'est mieux », les informations essentielles constituant l'intervention brève sont (96,104) :

- Restitution du test de repérage ;
- Informations sur les effets de l'alcool sur la santé, ou expliquer le risque alcool ;
- Expliquer le verre standard, les équivalences (si possible à l'aide d'un visuel) ;
- Recherche d'une motivation personnelle pour le changement ou discuter de l'intérêt personnel de la réduction ;
- Mise au point d'objectifs précis (consommation inférieure au seuil par exemple) ;
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation ;
- S'assurer de l'adhésion du patient à la démarche ;
- Délivrer un livret d'aide au changement (ou d'information) ;
- Proposer une deuxième consultation.

La durée est variable selon les sources, de 15 à 20 minutes pour les plus longues (73), 5 à 10 minutes pour les plus courtes (96), mais toutes rappellent que même les durées les plus courtes sont efficaces. Ainsi un conseil de 5 minutes structuré est aussi efficace qu'une aide prolongée (69).

L'HAS rappelle certaines erreurs à éviter lors de la réalisation de l'intervention :

- Argumenter en faveur du changement ;
- Critiquer, culpabiliser ou blâmer ;
- Cataloguer le patient, rester sur les actions et les décisions ;
- Être pressé ;
- Affirmer sa prééminence ne servirait qu'à renforcer les résistances au changement.

Il a plusieurs fois été question de stade motivationnel, puisque l'intervention brève comme elle est présentée s'appuie sur les fondements de l'entretien motivationnel. Ceci fait référence au fait que le changement de comportement n'est pas un événement ponctuel, mais s'inscrit dans une démarche longue et difficile, comme le présente le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente en six étapes (98):

- La pré-intention : la personne n'envisage pas de changer de comportement ;
- L'intention : la personne envisage de changer de comportement, elle pèse le pour et le contre ;
- La préparation : la décision est prise, la personne se prépare ;
- L'action : la personne modifie concrètement ses habitudes ;
- Le maintien : la personne consolide ses nouvelles habitudes ;
- La résolution : la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à son comportement antérieur.

Même si le modèle est linéaire, la progression ne l'est pas, et les retours en arrière sont évidemment possibles. On évoque d'ailleurs une évolution en spirale, avec des rechutes, faisant régresser à un stade antérieur le patient. Par contre, l'échec n'est pas définitif, et le retour en arrière ne se faisant pas non plus aux mêmes stades pour tous. D'ailleurs, les rechutes sont aussi souvent l'occasion de plus grandes chances de succès lors du prochain essai (105). Ces étapes peuvent avoir de l'importance, puisque les interventions brèves se déroulant sur le principe de l'entretien motivationnel, les cibles thérapeutiques appelées leviers sont différentes selon le stade motivationnel du patient (106).

### **3.11. HOSPITALISATION ET MODALITES DE SORTIE.**

#### **3.11.1. Les critères d'hospitalisation.**

Il est recommandé de garder en surveillance et/ou d'hospitaliser toute intoxication éthylique aiguë présentant un des critères suivants (57) :

- Fonction de relation perturbée ;
- Et/ou existence de complications ;
- Et/ou existence de lésions associées ;
- Et/ou alcoolémie supérieure à 3g/L ;
- Et/ou absence de surveillance fiable à domicile ou lieu d'habitation éloigné d'un centre hospitalier ;
- Et/ou toute intoxication éthylique pathologique ;
- Et/ou existence d'une pathologie psychiatrique associée.

### **3.11.2. Orientation en présence de critères de gravité**

Les intoxications éthyliques aiguës comateuses, avec pneumopathie d'inhalation, avec crises convulsives itératives ou état de mal épileptique, ou hypothermie profonde doivent être hospitalisées en unité de Réanimation ou de Soins Intensifs (11).

Tout patient présentant des signes de détresse vitale, soit initialement, soit durant la surveillance, sera orienté vers un service de Réanimation (14).

Le traumatisé crânien sévère impose une prise en charge conjointe neurochirurgicale et de réanimation.

Concernant l'intoxication éthylique aiguë de l'enfant, les modalités de surveillance et d'hospitalisation seront décidées avec le pédiatre (11).

Dans notre centre, il a été décidé conjointement entre le service des Urgences adultes et le service de pédiatrie, que la surveillance des intoxications éthyliques survenant chez le jeune de moins de 16 ans serait réalisée en UHCD, au-delà de 16 ans, les patients ne relevant de toute façon plus du service de pédiatrie, l'issue sera identique.

### **3.11.3. Les ivresses pathologiques.**

Il est recommandé d'hospitaliser et de surveiller toute intoxication éthylique pathologique, jusqu'à disparition des signes cliniques de l'intoxication aiguë (11).

De manière interne, il existe dans notre établissement, un protocole rédigé en partenariat avec le Centre Hospitalier Spécialisé (voir annexe 3). Il a été élaboré suite à des difficultés ressenties par l'équipe des Urgences, dans la gestion de patients très agités, perturbant grandement le fonctionnement du service. Suite à une réflexion commune entre psychiatres, internes de garde de psychiatrie, et service des Urgences, et en présence de membres de la direction, il a été décidé donc d'élaborer un protocole, permettant dans le cadre très étroit de l'agitation incoercible, d'avoir recours à une sédation chimique et une contention physique, avant un transfert en chambre d'isolement où le patient bénéficiera d'une surveillance

infirmière horaire. Ce transfert est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, avec réalisation d'un certificat de soins psychiatriques imminents, ou SPI.

Cela reste néanmoins une situation exceptionnelle.

Un retour au service des Urgences est indiqué en présence d'un état somatique inquiétant.

Ceci s'appuie sur les recommandations de l'HAS, rappelant que l'ivresse pathologique peut entraîner une hospitalisation sans consentement. Les prérequis sont que le patient doit présenter des troubles du comportement et représenter un danger pour lui-même ou pour autrui afin de justifier une hospitalisation sans consentement.

Il est recommandé de tenir compte :

- Des troubles psychiatriques associés,
- Et/ou des antécédents de passage à l'acte,
- Et/ou du risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui (107).

#### **3.11.4. En présence de comorbidité psychiatrique**

Il sera demandé une évaluation psychiatrique, au décours de l'intoxication éthylique aiguë (12,107) en présence de comorbidité psychiatrique.

#### **3.11.5. Le refus de soins.**

Le refus de soins ou le refus de traitement reste un droit du patient, et ce quels que soit les troubles de la conscience présentés par le patient :

« le refus de soins doit être respecté, en dehors des soins psychiatriques sous contrainte, si le patient est majeur, conscient et capable de s'exprimer ».

En cas d'alcoolisation modérée, si le patient refuse des soins et est à même d'avoir un discours cohérent avec le médecin, alors le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix, d'après l'article L.1111-4 du code de Santé Publique.

Par contre en cas d'alcoolisation sévère manifeste, et s'appuyant au mieux sur un dosage de l'éthanolémie, si le médecin estime que le patient n'est pas en état de donner un consentement valide, en raison de l'altération de ses facultés, il se retrouve dans la situation où il ne peut informer le patient. Dans ce cas, il décide des soins, si possible après consultation de l'entourage. Ceci s'appuie sur les articles R.4127-36 et L.1111-2 du code de Santé Publique (108).

### **3.11.6. Surveillance, et critères de sortie.**

La sortie n'est envisageable que si le patient présente un maintien de ses fonctions relationnelles et la disparition des signes d'alcoolisation aiguë (14). Si la personne est capable de « marcher droit », d'avoir « une conversation normale », et ne présente pas de risque de complication, la sortie peut être envisagée, si elle est accompagnée d'une personne fiable (16), et après avoir formellement contre-indiqué la conduite automobile (11). On pourra éventuellement proposer d'appeler un taxi, mais on ne l'incitera pas à reprendre le volant, lui rappelant qu'elle s'expose à des sanctions pénales en cas de contrôle, et qu'elle ne sera pas pris en charge par son assurance en cas d'accident (1).

En présence de signes d'imprégnation trop importants, d'absence de conservation des fonctions relationnelles, de somnolence, et en dehors des critères de gravité nécessitant une hospitalisation en réanimation, le lieu de surveillance le plus adapté sera l'UHCD (14).

La surveillance sera essentiellement clinique, horaire, avec des mesures reproductibles : niveau de vigilance, pupilles, fréquence respiratoire et cardiaque, pression artérielle (11).

Comme nous l'avons évoqué et détaillé précédemment, la sortie sera précédée d'une intervention, et un livret sera remis au patient. A défaut, en cas de refus, il est possible d'adresser un courrier au patient.

Concernant cette lettre, nous avons également travaillé sur une lettre type (annexe 4), qui devrait à terme être intégré à notre logiciel, afin de pouvoir informer les patients ne souhaitant pas bénéficier de l'intervention.

### 3.11.7. La sortie contre avis.

Si la sortie prématurée demandée par le patient présente un risque pour lui ou son entourage, le maintien à l'hôpital est indispensable, parfois au prix d'une contention (11). Ceci est la formulation de la première conférence de consensus, mais qui reste tout à fait licite.

La sortie contre avis n'est pas envisageable car le consentement du patient n'est pas recevable en cas d'intoxication éthylique aiguë, par privation des capacités de discernement (99). Si le médecin juge l'hospitalisation nécessaire, la sortie ne sera pas possible. Ceci fait référence à l'article 16-3 du code civil (16) :

« le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » (109).

L'HAS confirme cette position. Dans les situations d'urgence médicale, le consentement peut être différé. De même, pour pouvoir accepter un refus de soins il faut s'assurer que le patient est conscient et capable, ce qui exclut les patients sous l'empire de l'alcool.

Concernant le cas d'un patient ayant reçu un traitement sédatif, l'HAS propose deux alternatives :

- Soit le patient est surveillé aux urgences, et est revu lorsque son état lui permet de participer à un entretien ;
- Soit le patient fait l'objet d'une [hospitalisation sous contrainte] et le certificat mentionnera la nécessité d'une évaluation ultérieure (107).

Concernant le recours aux forces de l'ordre, il ne se justifie qu'en cas de dégradation importante du matériel, ou d'agression physique d'autrui (1).

#### 4. L'addictologie

La filière de soins en addictologie a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale, graduée, de proximité et si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Au sein de la filière, la personne ayant une conduite addictive bénéficie d'une palette complète de prises en charges spécifiques, assurées :

- En structure médico-sociale :
  - CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.
- En structures hospitalières :
  - Consultation ;
  - Hospitalisation de jour ;
  - Hospitalisation complète programmée ou non programmée, y compris en service de soins de suite et de réadaptation.

L'organisation de la filière de soins addictologiques hospitalière est structurée en trois niveaux :

- Les structures de niveau 1 : structures de proximité, dont les missions comportent :
  - La réalisation des sevrages résidentiels simples,
  - L'activité de liaison,
  - Des consultations.
- Les structures de niveau 2 : structures de recours d'un territoire :
  - Les structures de court-séjour : regroupent les missions du niveau 1, et offrent la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes,
  - Les soins de suite et de réadaptation.
- Les structures de niveau 3 : structures de recours régional (CHU) (110).

En raison du problème de santé publique que constitue la consommation excessive d'alcool et l'alcoolodépendance, et en réponse à l'augmentation de la consommation dans la population jeune, depuis 1996, il a été décidé de créer des équipes de liaison d'addictologie, appelées ELSA, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, avec pour missions (111) :



- Mise en place des outils d'une prise en charge spécifique des malades à l'hôpital ;
- Proposition et organisation d'une prise en charge spécifique à la sortie du patient ;
- Sensibilisation des équipes soignantes, médicales et paramédicales, à l'addictologie ;
- Constitution de réseaux de prise en charge.

L'équipe de liaison a récemment été créée dans notre établissement, et le recours à ses soins n'est pas encore entré dans les habitudes de service. Cette équipe n'est d'ailleurs présente que trois jours par semaine, les lundis, mercredis, et vendredis. Elle est absente le week-end, qui constitue pour les Urgences le pic de consultations de patients alcoolisés.

Notre service bénéficiant d'une équipe d'infirmiers psychiatriques, détachés du Centre Hospitalier Spécialisé, nous avons débuté une réflexion sur la nécessité de former cette équipe au RPIB. Nous avons échangé avec le cadre de santé de cette équipe, et il semble que le message ait été entendu. Si pour l'instant aucune formation n'a pu débuter, nous sommes plein d'espoir pour la suite (échange de mails disponible en annexe 7).

## **5. ENQUETE ET ARTICLE : prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë au service des Urgences de Sarreguemines : création et évaluation d'un protocole.**

### **Introduction :**

La consommation d'alcool en France est en baisse (2), mais elle n'en reste pas moins un réel problème de santé publique, l'alcool étant responsable de 49000 décès par an (112). Le profil des consommations évolue, puisque on observe une régression de l'expérimentation chez les jeunes, mais une augmentation de l'usage régulier d'alcool et surtout des alcoolisations ponctuelles importantes régulières. Soixante pour cent des adolescents déclarent avoir été ivres au cours de leur vie (8).

L'intoxication éthylique aiguë constitue un motif de recours aux soins fréquent, puisqu'elle représente un pour cent des consultations aux Urgences (10). Notre centre hospitalier n'échappe pas à la règle avec 1,32 pour cent des consultations en 2015 pour une alcoolisation.

L'intoxication éthylique aiguë est difficile à prendre en charge, notamment compte tenu des possibles troubles du comportement qu'engendre la consommation d'alcool. Faisant suite à certaines difficultés, une réflexion commune a été entreprise entre le Centre Hospitalier Spécialisé et le Centre Hospitalier Général Robert Pax et notamment son service des Urgences, afin de mettre en place un protocole de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë.

La nécessité de réaliser un protocole était basée sur des recommandations ministérielles. En effet sachant qu'un quart des admissions aux Urgences sont liées à un problème d'alcool, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité recommande la réalisation de protocoles de prise en charge de l'intoxication éthylique par les services d'Urgences, afin de mieux prendre en compte la problématique de ces patients (113).

Après réalisation d'un protocole de soins, et diffusion à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale, nous avons réalisé une enquête à partir d'un questionnaire afin de déterminer si l'utilisation d'un protocole de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë présentait un intérêt.

## **Matériel et Méthodes.**

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle et descriptive évaluant l'utilisation, le ressenti, et les opinions des utilisateurs, d'un protocole de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë.

### **- Le protocole.**

La nécessité de réaliser un protocole de prise en charge de l'intoxication éthylique s'appuie sur deux axes.

Tout d'abord, il s'agit d'une proposition des instances. En effet, il est estimé qu'il existe des insuffisances dans les établissements de santé, notamment concernant le repérage, ou la prise en charge des jeunes ayant un usage nocif, et que très peu de services d'Urgences sont organisés pour répondre de façon adaptée aux consultants ayant des problèmes d'alcool, notamment l'éthylisme aigu. Il est recommandé d'utiliser des protocoles de prise en charge (113) afin d'améliorer et de formaliser le repérage (114).

Enfin, il s'agit bien évidemment d'appliquer les différentes recommandations des sociétés savantes, afin d'apporter les meilleurs soins à nos patients, en s'appuyant sur les différentes conférences de consensus, de la Société Française de Médecine d'Urgences (11,13,14) ou de l'ANAES (12), entre autres.

Le protocole reprend les éléments de ces conférences, détaillant chaque étape, comme la prise de constantes ou les modalités de l'examen clinique, détaillant les classifications des conduites d'alcoolisation et des types d'intoxications éthyliques aiguës, les différents critères de gravité, ou les diagnostics différentiels. Nous avons listé les différents examens biologiques pouvant être nécessaire, et les différents examens complémentaires avec leur indication, et le résultat attendu pour le diagnostic de l'intoxication, de ses complications ou pour écarter les éventuels diagnostics différentiels. Il reprend également les différentes thérapeutiques disponibles et leurs indications, notamment les modalités et les médicaments de sédation dans le cadre de l'agitation incoercible. Un point particulier a été réalisé sur l'enfant et l'adolescent la prise en charge étant sensiblement différente. Il explicite également les différents questionnaires de repérage du mésusage de l'alcool ainsi que les modalités de réalisation de l'intervention brève, qu'elle soit réalisée par un

membre de l'équipe, ou par l'équipe de liaison et de soins d'addictologie. Les modalités de sortie ont été elles aussi explicitées.

L'ELSA étant récemment installée dans notre établissement, nous nous sommes également tournés vers eux, afin de valider ensemble notre document, mais également afin de leur demander de nous apporter leur soutien, notamment dans la réalisation de l'intervention brève.

Ce protocole a été diffusé à l'ensemble de l'équipe, d'abord médicale, puis paramédicale, par voie de mail. S'agissant d'une réflexion, son utilisation et son application ont été laissées libres au choix de chaque praticien. Il a été diffusé et utilisé durant une période de trois mois. A l'issue de cette période, un questionnaire, réalisé sur Google Forms, a été, lui aussi, diffusé à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale par mail.

- **Le questionnaire.**

Le questionnaire comportait six questions, dont cinq questions fermées et une question ouverte (questionnaire en annexe 5, réponses à la question 6 en annexe 6).

La liste de diffusion comprenait les 21 médecins exerçant ou étant attachés au service des Urgences de Sarreguemines, ainsi que les 46 membres de l'équipe paramédicale, comprenant les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s des Urgences, du SMUR, et les infirmier(e)s détaché(e)s du Centre Spécialisé psychiatrique.

**Résultats.**

Sur les 67 membres de l'équipe, nous avons reçu 38 réponses, soit un taux de participation d'environ 58 %.

Sur les 38 réponses reçues, 47.4% étaient des infirmier(e)s, 44.7% des médecins et 7.9% des aides-soignant(e)s, dont une majorité avait lu le protocole, à savoir presque 87%.

Illustration 1 : Quelle est votre fonction au sein des Urgences de Sarreguemines ?

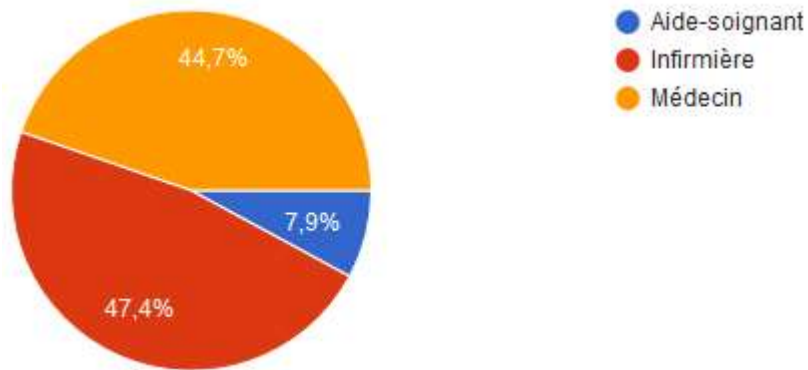
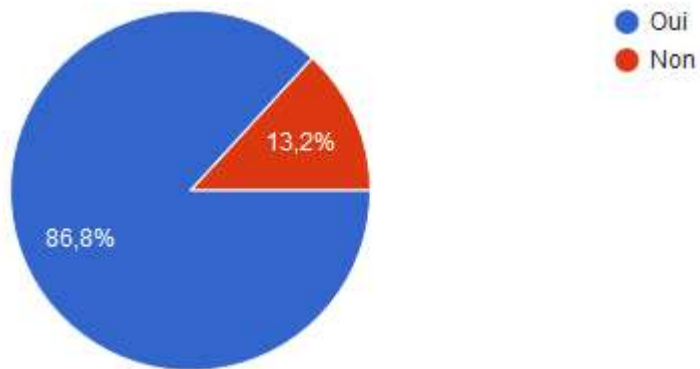
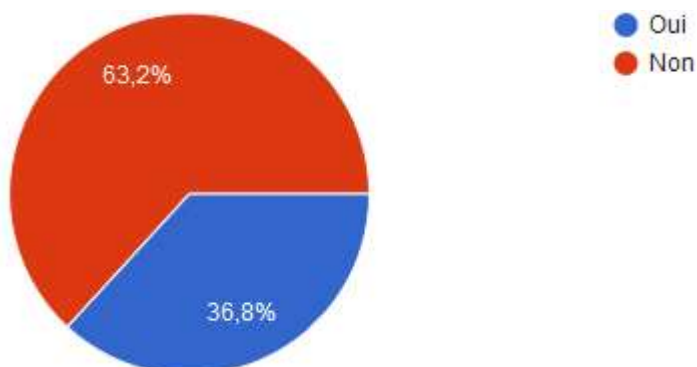


Illustration 2 : Avez-vous lu le protocole de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë ?



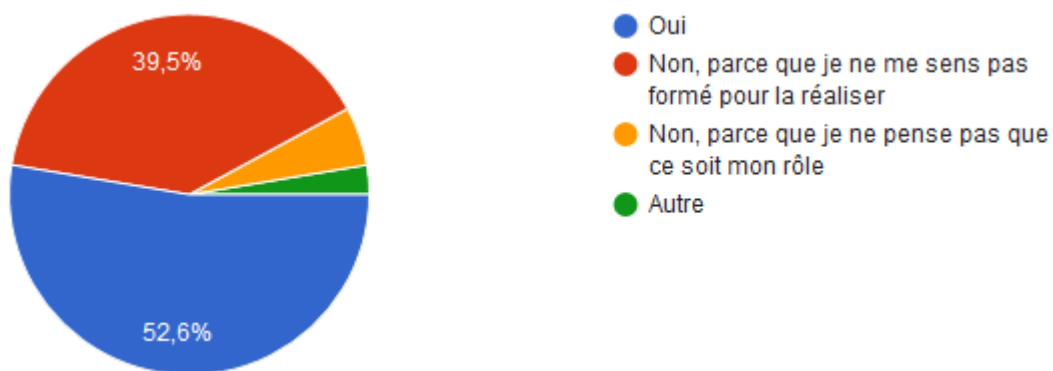
La question suivante s'intéressait au recours à l'équipe de liaison et de soins en addictologie, à savoir l'ELSA. 63.6% des membres de l'équipe avait eu recours à cette équipe aux Urgences.

Illustration 3 : Avez-vous eu recours à l'ELSA ?



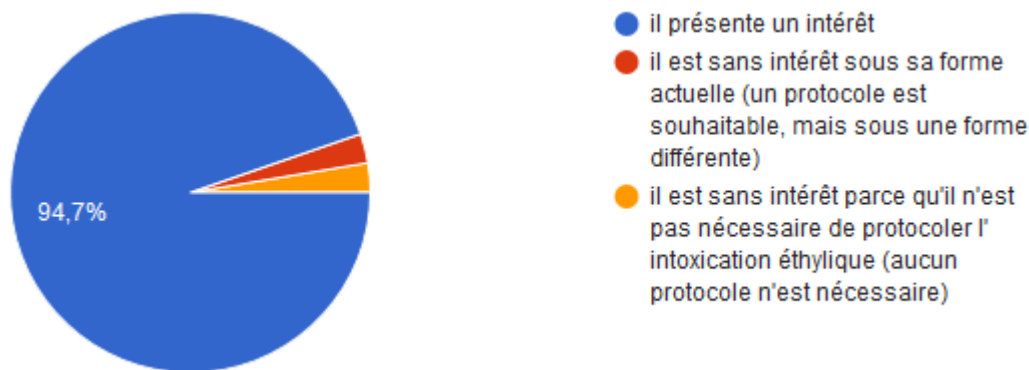
Nous voulions évaluer la proportion d'interventions brèves réalisées. Ainsi, une majorité de l'équipe (52.6%) rapporte avoir déjà réalisée une intervention brève. Parmi les répondants, 39.5% n'ont jamais réalisé d'intervention brève, parce qu'ils ne se sentent pas formés pour le faire, et environ 5% parce qu'ils estiment que ce n'est pas leur rôle (un médecin et un aide-soignant). Nous avons laissé la possibilité d'expliquer par une autre raison, pourquoi les membres de l'équipe n'avaient pas réalisé d'intervention brève, ainsi un membre ne l'a pas fait par manque d'opportunité.

Illustration 4 : Avez-vous pratiqué une intervention brève ?



Nous voulions évaluer l'intérêt de l'utilisation d'un protocole de prise en charge, aussi avons-nous questionné l'équipe sur son ressenti concernant le protocole. Une grande majorité, soit 94.7%, estime que le protocole présente un intérêt. 2.6%, soit un membre, estime qu'un protocole est nécessaire mais sous une autre forme que celle que nous avons proposé. Cette réponse était explicitée à la question suivante, s'agissant de la question ouverte. Ce membre de l'équipe, un(e) infirmier(e), estime que le protocole comprend « une prise en charge essentiellement somatique ». Enfin 2.6%, également un membre de l'équipe, estime que le protocole ne présente pas d'intérêt car il n'est pas nécessaire de protocoliser la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë. Là encore, cette réponse est expliquée par la réponse à la question suivante. Ce membre de l'équipe, un médecin, estime que « la place de l'ivrogne n'est pas dans un SAU (Service d'Accueil des Urgences) ».

### Illustration 5 : Que pensez-vous du protocole ?



Concernant la dernière question, il s'agissait d'une question ouverte, demandant aux différents membres de l'équipe de qualifier la prise en charge actuelle de l'intoxication éthylique aiguë, depuis la diffusion du protocole.

14 réponses ont été jugées positives, estimant que la prise en charge est meilleure, soit 36.8% des répondants.

8 membres de l'équipe ont estimé que la prise en charge était identique, soit 21%. Une de ces réponses est néanmoins pondérée, rappelant que la réalisation et la diffusion d'un tel protocole a comme bénéfice de sensibiliser l'équipe à la prise en charge de ces patients.

8 membres de l'équipe, soit 21%, ont répondu que la prise en charge était médecin dépendante, dont un membre qui a jugé que le protocole présente un intérêt, quand il est appliqué.

4 membres, soit 10.5%, ne se prononçaient pas sur l'évolution de la prise en charge, la plupart se justifiant par leur intégration trop récente à notre équipe.

Enfin une seule réponse négative était clairement exposée, ce membre estimant que la prise en charge actuelle est inexistante.

Deux réponses n'ont pu être clairement jugées comme positives ou négatives. Un médecin juge que l'application stricte du protocole est chronophage et risque de perturber le bon fonctionnement du service, mais il considère néanmoins le protocole comme une recommandation qu'il applique quand le temps qu'il peut consacrer à ces patients est suffisant. L'autre réponse est celle d'une infirmière qui estime qu'un

protocole est nécessaire pour uniformiser les pratiques. Elle rappelle, elle aussi, que la prise en charge est praticien dépendante.

### **Discussion.**

La diffusion par voie de mail semble efficace, plus de 80 pour cent des répondants ayant pris connaissance du protocole. Il sera probablement nécessaire de poursuivre les efforts de diffusion, soit à nouveau par mail, soit oralement, afin de sensibiliser l'ensemble de l'équipe.

La création de l'équipe de liaison et de soins en addictologie est très récente dans notre Centre Hospitalier. Des informations successives ont été nécessaires afin de sensibiliser l'équipe à la possibilité de les joindre. Nous disposons d'une ELSA trois jours par semaine, à savoir les lundis, mercredis, et vendredi. La proportion de l'équipe ayant déjà fait appel à l'ELSA est tout à fait satisfaisante, compte tenu du fait que la contacter ne fait pas encore partie des habitudes de service. Il est probable que l'application du protocole soit en partie responsable du développement du partenariat entre nos équipes. Il sera nécessaire de poursuivre et renforcer cette coopération, mais également pour d'autres prises en charge qu'uniquement l'intoxication éthylique aiguë.

L'intervention brève est efficace pour réduire une consommation d'alcool, et il est possible que cet effet perdure, or la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool est bénéfique pour la santé (69). Lors des recommandations de 2001, l'ANAES estimait qu'une intoxication éthylique conduisant aux Urgences constituait en soi déjà un problème lié à l'alcool et justifiait une prise en charge alcoologique (12), et outre l'intoxication éthylique, il est estimé que 26% des patients consultants aux urgences ont un problème avec l'alcool (115). Une étude parue dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire montre une répartition des âges croissante dans les hospitalisations pour des pathologies liées à l'alcool. Ainsi, l'âge moyen d'une hospitalisation pour intoxication éthylique aiguë est de 43.5 ans, celui d'une hospitalisation pour alcoolo-dépendance de 47.9 ans, et celui d'une hospitalisation pour une comorbidité liée à l'alcool de 56.7 ans. Or l'essentiel du coût sanitaire des pathologies liées à l'alcool est lié aux complications (82). Une prise en charge précoce, dès le stade d'intoxication éthylique pourrait limiter l'évolution vers l'alcoolo-



dépendance ou les comorbidités liées à l'alcool. Ceci justifie donc la nécessité dans les services d'Urgences de réaliser un repérage systématique, mais également de prodiguer une intervention brève, notamment et surtout lors de la prise en charge d'une intoxication éthylique aiguë.

Dans l'étude OSCOUR, la répartition hebdomadaire du recours aux Urgences pour intoxication éthylique montre une augmentation constante au cours de la semaine, avec un pic se situant le week-end (10). Il s'agit d'une période où notre centre ne bénéficie pas d'équipe de liaison. Il est intéressant de voir que plus de 50% de l'équipe, tous membres confondus, ont déjà réalisé une intervention brève.

Par contre presque 40% des répondants n'ont pas réalisé d'intervention brève, parce qu'ils ne sentent pas formés pour la réaliser. Nous avons, dans notre protocole, rappelé les différentes étapes de l'intervention brève, selon le modèle FRAMES qui s'inspire de l'entretien motivationnel (96), afin de permettre à chacun de se l'approprier. Il paraît évident que des efforts seront à poursuivre, afin de former l'ensemble de l'équipe à sa réalisation. Un de nos projets est d'inclure notre équipe d'infirmier(e)s psychiatriques aux différentes formations concernant l'intervention brève, notamment celles prodiguées à l'ELSA, encore en cours de formation, afin de bénéficier d'un véritable savoir-faire interne, comme cela est proposé dans les recommandations ministérielles, à savoir améliorer le repérage et le diagnostic des conduites addictives, et accroître la pertinence de la démarche d'intervention brève, en formant les personnels médicaux et paramédicaux des structures d'Urgences (86).

La réalisation d'un protocole semble intéressante aux yeux de l'équipe, une très grande majorité des répondants jugeant de l'intérêt du protocole sous sa forme actuelle. Il n'en reste pas moins que certaines réponses témoignent encore du peu d'intérêt qui est porté à la prise en charge de cette population. Il est rappelé, dans de nombreuses sources, dans les recommandations de la SFMU, et dans notre protocole, la nécessité de faire preuve d'empathie. Il est nécessaire de ne pas banaliser une intoxication éthylique, en la jugeant festive (12), mais également de ne pas aborder le patient avec une attitude de rejet. En effet, l'équipe juge encore que la prise en charge de l'intoxication est praticien dépendante, cela faisant référence au fait que l'abord du patient alcoolisé, ainsi que la considération de l'alcoolisation

comme une intoxication à part entière dépend du praticien et de son ressenti personnel face à ces patients. Une application stricte du protocole pourrait peut-être gommer les différences de prise en charge, uniformisant les pratiques.

Environ un tiers des répondants juge que l'application du protocole a permis une amélioration de la prise en charge des patients présentant une intoxication éthylique aiguë. Il sera intéressant de voir dans l'avenir, si la poursuite de l'utilisation du protocole apporte une amélioration constante, ainsi que de déterminer si une démarche d'information généralisée à toute la population consultant pour ce motif, apporte une amélioration de leur prise en charge, soit avec un recours moindre, soit avec une plus grande part de patients suivis par l'équipe d'addictologie, soit avec une moindre évolution vers les complications et l'alcoolodépendance.

## **6. Conclusion.**

L'alcool constitue un véritable problème de santé publique, par ses conséquences qu'elles soient aiguës ou chroniques, et l'intoxication éthylique aiguë est un motif fréquent de recours aux urgences.

Afin d'apporter les meilleurs soins à nos patients, et de sensibiliser l'ensemble de l'équipe du service des Urgences à l'intérêt du repérage et de l'intervention brève, la rédaction d'un protocole nous a semblé un moyen simple et accessible à tous pour tenter d'améliorer nos pratiques. La prise en charge somatique est désormais plus codifiée, et la réalisation des examens complémentaires justifiée, ce qui devrait tendre vers une diminution des coûts. La prise en charge thérapeutique également est modifiée, la pose de voie veineuse par exemple, justifiée par l'état du patient, ce qui devrait également diminuer nos coûts.

L'articulation entre service des Urgences et Psychiatrie est également au centre de ce travail, ayant permis une amélioration du dialogue entre nos services, et ceci se ressentant actuellement sur d'autres prises en charge.

La réalisation et l'application d'un protocole de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë semble présenter un réel intérêt aux yeux de l'équipe, permettant une amélioration de la prise en charge de ces patients pour au moins une partie de l'équipe. Il reste des efforts à faire, de la part de toute l'équipe, afin de poursuivre ces améliorations.

Une partie de notre équipe devrait également être mieux formée, afin de continuer à améliorer nos prises en charge.

Si l'intoxication éthylique aiguë reste une prise en charge chronophage, du fait des troubles du comportement de certains patients, et modifiant par moment l'ambiance générale du service, il n'en reste pas moins qu'une prise en charge codifiée diminue le temps nécessaire à la décision tant du point de vue de la réalisation des examens complémentaires que des thérapeutiques nécessaires à mettre en place.

L'équipe a été sensibilisé à la nécessité de réaliser une évaluation, et à la pratique de l'intervention brève, avec un recours à l'ELSA qui semble tout à fait satisfaisant, ce qui permet d'espérer un changement dans le comportement de certains de nos patients pour l'avenir.

## Bibliographie

1. Manaouil C. Que deviendraient les urgences sans les alcoolisations aiguës? Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2015;27(4):205-7.
2. Beck F, Richard J-F. La consommation d'alcool en France. Presse Med. oct 2014;tome 43(10):1067-79.
3. OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2011. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2011.
4. WHO. World Health Statistics 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Chavagnat J-J, Lévy-Chavagnat D. Conduites d'alcoolisation. Actual Pharm. février 2015;(543):16-21.
6. Spilka S, Le Nézet O. Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée ». Lettre tendances n°89. OFDT; 2013.
7. Spilka S, Le Nézet O, Mutatayi C, Janssen E. Les drogues durant les « années lycée ». Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France. Lettre tendances n°112. OFDT; 2016.
8. Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Lettre tendances n°100. OFDT; 2015.
9. Richard J-B, Beck F. L'alcoolisation des jeunes. Des consommations ponctuelles importantes à la hausse. Agora Débats jeunesse. janv 2013;(63):76-87.
10. Perrine A-L, Develay A-E. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour. BEH. Bull Epidemiol Hebd (Paris). Mai 2013;(16-17-18):195-8.
11. SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence). 2ème conférence de consensus en médecine d'urgence : L'intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence. Réanimation Urgences. 1992;1(4bis):633-9.
12. ANAES. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandations. 2001.
13. SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence). Actualisation des conférences de consensus : l'ivresse éthylique aiguë aux urgences (1992). Journal Européen des Urgences et de Réanimation. Mars 2003;16(1):48-57.
14. Société Française de Médecine d'Urgences. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence ». 2006.
15. Yersin B. Conduite à tenir en urgence : de l'ivresse alcoolique au sevrage. Enseignement supérieur Médecins SFMU; 2003.
16. Philippe J-M, Sureau C, Ruiz D, Teil S. Intoxication éthylique aiguë. In: EMC Médecine d'urgence. Elsevier Masson SAS, Paris; 2011. p. 1-16.
17. Brembilla-Perrot B. Fibrillation auriculaire. In: EMC Cardiologie. Elsevier Masson. Elsevier Masson SAS, Paris; 2014. (EMC).

18. Chatellier D, Chauvet S, Robert R. Pneumopathies d'inhalation. Réanimation. 2009;(18):328-33.
19. CMIT (Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales). Infections broncho-pulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant. UE6 N°151. In: ECN PILLY 2016. 4e édition. Editions ALINEA Plus; 2016. p. 85-98.
20. Dreher M-L, Dupas J-L. Ulcère gastrique et duodéal, gastrite. Rev Prat. oct 2009;59(8):1165-9.
21. Balian A. Hépatogastro-entérologie Médicale. 2007<sup>e</sup> éd. Vernazobres-Gregg; (Inter.Med.).
22. Trabut J-B, Thépot V, Sogni P, Pol S. Hépatite alcoolique aiguë. Rev Med Interne. 2012;33:311-7.
23. Lahmek P, Nahon S. Epidémiologie et facteur de risque de la maladie alcoolique du foie. In: EMC Hépatologie. Elsevier Masson SAS, Paris; 2009. (EMC).
24. Louvet A, Artru F, Canva-Delcambre V, Dharancy S, Mathurin P. Hépatite alcoolique aiguë sévère. Rev Prat Médecine Générale. sept 2012;26(886):583-5.
25. Itani A, Khayat E. KB Neurologie. 4<sup>e</sup> édition. Editions Vernazobres-Gregg; 2009. (ECN).
26. CEN (Collège des Enseignants en Neurologie). Complications neurologiques de l'alcoolisme. cen-neurologie.fr.
27. Paille F, Moirand R. Addiction à l'alcool. Rev Prat. Juin 2015;65:859-68.
28. Ewencyk C. Complications neurologiques de l'alcool. In: Traité de médecine AKOS. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). 2010.
29. Pomier-Layrargues G, Fontaine S. Diagnostic des anomalies neurologiques au cours des hépatopathies alcooliques. In: EMC Hépatologie. 2012.
30. Azuar J. La prise en charge aiguë du patient alcoolodépendant aux urgences. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2015;27:72-6.
31. Koob M, Dietemann J-L. Encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Presse Med. juin 2006;35(6):1095-6.
32. Société française d'alcoologie, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, European Federation of Addiction Societies. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement : recommandations de bonne pratique. Alcoologie Addictologie. 2015;2(37):5-84.
33. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), SFA (Société Française d'Alcoologie). Conférence de consensus. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. 1999.
34. SNFGE (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie). Insuffisance hépatocellulaire. 1999.
35. Thines L. Anévrismes artériels intracrâniens. In : EMC Neurologie. Elsevier Masson SAS, Paris 2015;12(4).

36. Vuadens P, Bogousslavsky J. Complications neurologiques liées à l'alcool. In: EMC Neurologie. Elsevier Masson SAS, Paris; 1998. p. 8p.
37. SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence). 9<sup>ème</sup> conférence de consensus : Agitation en urgence (Petit enfant excepté). 2002.
38. Airagnes G, Consoli SM. Etats délirants organiques. Rev Prat. Février 2015;65:241-3.
39. Halimi S. Hypoglycémie et alcool : Hypoglycemia and alcohol. Médecine des maladies métaboliques. sept 2011;5(4):389-92.
40. Menecier P, Sough B, Delille M, Debatty D, Menecier-Ossia L, Ploton L. Hypoglycémies alcooliques : mythe ou réalité? A propos d'une étude hospitalière entre 2000 et 2009. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. mars 2012;24(1):9-14.
41. Taivainen H, Laitinen K, Tahtela R, Kiiannrmaa K, Valimaki MJ. Role of plasma Vasopressin in changes of water balance accompanying acute alcohol intoxication. Alcohol Clin Exp Res. juin 1995;19(3):759-62.
42. Rauchenzauner M, Kountchev J, Ulmer H, Pechlaner P, Bellmann R, Wiedermann CJ, et al. Disturbances of electrolytes and blood chemistry in acute alcohol intoxication. Wien Klin Wochenschr. 2005;117(3):83-91.
43. Shavit I, Konopnicki M, Winkler K, Neuman G, Kozer E, Bentur Y. Serum glucose and electrolyte levels in alcohol-intoxicated adolescents on admission to the emergency department: an unmatched case-control study. Eur J Pediatr. 2012;171(9):1397-400.
44. Gruettner J, Walter T, Lang S, Reichert M, Haas S. Risk assessment in patients with acute alcohol intoxication. In Vivo. 2015;29:123-8.
45. Sibaï K, Eggimann P. L'acidocétose alcoolique : une cause d'acidose métabolique pas si rare que ça. Rev Med Suisse. 2005;(32).
46. Renard A, Cazes N, Barberis C, Puidupin A. Rhabdomyolyses traumatiques et non traumatiques. In: EMC Médecine d'urgence. 2016.
47. Tazarourte K, Bensalah N, Rebillard L, Vigué B. Epidémiologie des traumatismes crâniens. In: MAPAR. 2008. p. 141-9.
48. Cherpitel CJ, Bond J, Ye Y, Borges G, Macdonald S, Giesbrecht N. A cross-national meta-analysis of alcohol and injury : data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). Addiction. 2003;98(9):1277-86.
49. Wolter L, Della Santa V. Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë. Rev Med Suisse. 2013;(9):1461-4.
50. Sicot R, Yguel J, Mazeas C, Kalamarides S, Questel F, Azuar J, et al. L'orientation du patient alcoolisé aux urgences : état des lieux et perspectives. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2015;27:77-85.
51. Charlier C, Plomteux G, Belgian Toxicology and Trauma Study Research Group. Alcool, drogues, médicaments et sécurité routière en Belgique. Rev Med Liege. 1998;53(1):23-5.
52. Nunn J, Erdogan M, Green RS. The prevalence of alcohol-related trauma recidivism : A systematic review. Injury. mars 2016;47(3):551-8.

53. Valdez C, Radomski M, Renne C, Amdur R, Dunne J, Sarani B. Alcohol level and injury severity: is the floppy patient myth true? *J Surg Res.* 2016;200(2):664-8.
54. Vic P, Ramé E, Robert-Dehault A, Henry S, Le Moigno L, Hébert J. Repérage des conduites à risque et des symptômes dépressifs chez les adolescents admis en service d'accueil des urgences. *Arch Pediatr.* 2015;22:580-94.
55. Benyamina A, Bouchez J, Rahioui H, Reynaud M. Urgences psychiatriques en addictologie. *Rev Prat.* 2003;53:1201-8.
56. Unger P-F, Urfer D, Krahenbuhl B. Prévalence de l'alcoolisation aiguë dans un centre d'urgences : corrélation de l'alcoolémie avec le jugement clinique du médecin. *Réan. Urg.* 1993;2(4):385-90.
57. Poncet F, Feral A. Le patient alcoolisé : un fléau oublié des urgences. *Actualités en Psychiatrie.* Décembre 2001;18(10):319-24.
58. Trabut J-B, Pol S. Alcool et marqueurs biologiques. *Revue Francophone des Laboratoires : RFL.* Février 2013;(449bis):25-7.
59. Maisondieu C, Der Sahakian G. Intoxication éthylique aiguë - Urgences-Online [Internet]. *urgences-online.* 2010 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.urgences-serveur.fr/intoxication-ethylique-aigue,21.html>
60. Moirand R, Le Gruyer A, Le Lan C, Brissot P, Loréal O. Marqueurs biologiques de l'alcoolisme. In: *EMC Hépatologie.* Elsevier Masson SAS, Paris; 2010. (Elsevier Masson).
61. SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkohol-une andere Drogenprobleme), ISPA (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies). L'alcool dans le corps-effets et élimination. *Education+Santé;* 2004.
62. Perney P, Rigole H, Blanc F. Alcoolodépendance : diagnostic et traitement. *Rev Med Interne.* 2008;(29):297-304.
63. SFA (Société Française d'Alcoologie). Référentiel de bonnes pratiques cliniques : Sevrage simple en alcool. SFA; 2006.
64. SAU Cochin. Syndrome de sevrage éthylique aux urgences. *Urgences online.* 2009.
65. Lesire V, Hajjaji N, Léturgie P, Renard J-P. Prévention du sevrage chez l'alcoolique chronique : hydratation orale ou hydratation parentérale ? *Rev Med Interne.* 2001;22(S4):416s.
66. Castera P, Paille F. Mésusage d'alcool : définitions. *Rev Prat Médecine Générale.* 28(926):589-90.
67. Belgherbi S, Mutatayi C, Palle C. Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question. Saint-Denis: OFDT; 2015 sept p. 20 p. Report No.: Note 2015-03.
68. Société française d'alcoologie. Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie Addictologie.* 2001;23(4S):67-75.
69. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris; 2008.

70. Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives. Paris, France: La documentation Française; 2002. 277 p.
71. Aubin H-J, Benyamina A, Karila L, Luquiens A, Reynaud M. Stratégies actuelles de prise en charge des troubles de l'alcoolisation. Rev Prat. Décembre 2011;61:1373-7.
72. Direction générale de la santé, Houssin D. Circulaire DGS/SD6B n°2006-449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention en alcoologie. 2006-449 déc 10, 2006.
73. Couzigou P, Vergniol J, Kowo M, Terrebonne E, Foucher J, Castera L, et al. Intervention brève en alcoologie. Presse Med. 2009;(38):1126-33.
74. Buveurs excessifs : impact de « l'intervention brève » à long terme. Les données de l'étude. Article analysé : Brief physician advice for problem drinkers : long-term efficacy and benefit-cost analysis. Rev Prat Médecine Générale. Décembre 2002;16(595):1818.
75. Aubert J-P. Buveurs excessifs : impact de « l'intervention brève » à long terme. Que penser de ces données. Rev Prat Médecine Générale. Décembre 2002;16(595):1818.
76. Huas D, Pessione F, Bouix J-C, Demeaux J-L, Allemand H, Rueff B. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. Rev Prat Médecine Générale. oct 2002;16(586):1343-8.
77. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Deuxième rapport / Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. Suisse: Organisation mondiale de la santé; 2007 p. 67p. Report No.: Série de rapports techniques; no.944.
78. HAS (Haute Autorité de Santé). Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours. Note de cadrage. 2014.
79. HAS (Haute Autorité de Santé). Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours. 2014.
80. Cour des comptes. Chapitre XII : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Sécurité sociale; 2014 sept p. 349-77.
81. Boisguérin B, Brillhault G, Ricroch L, Valdelièvre H, Vuagnat A, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Structure des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par le DREES. Le panorama des établissements de santé; 2014.
82. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. BEH. Bull Epidemiol Hebd (Paris). Juillet 2015;(24-25):440-9.
83. Michaud P. Les buveurs excessifs : repérage et intervention brève. Rev Prat. 2006;56:1072-80.
84. Vandermersch N, Chassevent A. « Binge drinking » chez les jeunes. Urgences 2009, chapitre 4. SFMU; 2009.
85. Menecier P, Girard A, Badila P, Rotheval L, Lefranc D, Menecier-Ossia L. L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. Etude prospective sur un an en hôpital général. Rev Med Interne. 2009;(30):316-21.



86. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire DGOS/RH4 n°2013-295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. juillet, 2013.
87. Luquiens A, Aubin HJ. Quelle qualité de vie pour les binge drinkers? Enquête BDmiE en milieu étudiant. S22C. Eur Psychiatry. 2015;(30S):S9-65.
88. Aubin HJ, Luquiens A. Binge drinking chez les jeunes: lecture clinique, neuropsychologique et neurobiologique. S22. Eur Psychiatry. 2015;(30S):S9-65.
89. Gierski F, André J, Pierrefiche O, Duka T, Naassila M. Impact cérébral du binge drinking et vulnérabilité à l'alcoolodépendance. S22B. Eur Psychiatry. 2015;(30S):S9-65.
90. Maurage P. Impact émotionnel et cognitif du binge drinking. S22A. Eur Psychiatry. 2015;(30S):S9-65.
91. Quinn CA, Hides L. What predicts the severity of alcohol use and related problems among young people presenting to emergency department or crisis support care? Addiction medicine : science and practice. 2015;10(Suppl 2):O33.
92. Guillemont J, Clément J, Cogordan C, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. Santé Publique. 2013;HS1(S1):37-45.
93. Plat A. Nouveaux modes d'alcoolisation : quelle prise en charge ? Rev Prat. Décembre 2011;61:1378-80.
94. Kohler S, Hofmann A. Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption un Young People? A Systematic Review and Meta-analysis. Alcohol Alcohol. 2015;50(2):107-17.
95. HAS (Haute Autorité de Santé). Outils d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. 2014 nov p. 54.
96. Michaud P, Dewost A-V, Fouilland P. « Boire moins c'est mieux ». Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins? Presse Med. 2006;(35):831-9.
97. Diaz Gomez C, Milhet M. Repérage Précoce Intervention Brève : Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. OFDT; 2005 Avril. (Evaluation des politiques publiques).
98. INPES. Alcool. Guide pratique pour le médecin. 2014.
99. David C, Négaret G, Dezè F, Galle E, Bouget J. Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence. Médecine Thérapeutique. janv 2005;11(1):56-63.
100. Bush K, Kivlahan D, McDonell M, Fihn S, Bradley K. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med. sept 1998;158(15):1789-95.

101. Vitesnikova J, Dinh M, Leonard E, Boufous S, Conigrave K. Use of AUDIT-C as a tool to identify hazardous alcohol consumption in admitted trauma patients. *Injury*. 2014;(45):1440-4.
102. Aalto M, Alho H, Halme JT, Seppä K. AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *J Alcohol Drug Depend*. 2009;(103):25-9.
103. Crawford EF, Fulton JJ, Swinkels CM, Beckham JC, The VA Mid-Atlantic MIRECC OEF/OIF Regstru Workgroup, Calhoun P. Diagnostic efficiency of the AUDIT-C in U.S. veterans with military service since September 11.2011. *J Alcohol Drug Depend*. 2013;(132):101-6.
104. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, l'Assurance Maladie, INPES, ANPAA, [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr). Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool. Plan cancer. 2004.
105. Csillik AS, Petot J-M. L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'évolution Psychiatrique*. 2012;(77):331-41.
106. Rousselet A-V, Mirabel-Sarron C, Rusinek S, Hautekeete M, Sgard F, Guelfi J-D, et al. Relation entre la motivation au changement et les dimensions du Temperament and Character Inventory (TCI) de Cloninger des patients alcoolodépendants, dépressifs et anxieux sociaux. *Ann Med Psychol*. 2008;(166):741-6.
107. HAS (Haute Autorité de Santé). Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.
108. De Lentaingne de Logiviere X, Gignon M, Anmsallem C, Jade O, Manaouil C. Aspects médico-légaux de l'ivresse éthylique aiguë. *Presse Med*. 2015;(44):610-7.
109. Article 16-3 modifié par Loi n° 204-800. Code Civil.
110. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. 2008.
111. Ministère du travail et des affaires sociales. Circulaire DH/EO4/96557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison. 1996.
112. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *BEH Bull Epidemiol Hebd (Paris)*. Mai 2013;(16-17-18):163-8.
113. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire DHOS/O2-DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. 2000.
114. ARS (Agence Régionale de Santé) Lorraine. Projet Régional de Santé 2012-2017. Ensemble pour la santé des lorrains.
115. Cottencin O, Guardia D, Karila L, Rolland B. Alcoologie clinique. *Presse Med*. Décembre 2012;41(12):1248-58.

## Annexes.

**Annexe 1** : protocole de service, prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë, et ses annexes, comme diffusé à l'ensemble des soignants du service des Urgences de l'hôpital Robert Pax de Sarreguemines.

### Protocole de service :

### Prise en charge de l'Intoxication Ethylique Aiguë

1. **Prise des constantes** : température, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire
2. **Examen clinique** :
  - patient déshabillé afin de dépister d'éventuelles lésions/complications
  - s'assurer de l'absence de signe de localisation neurologique et de lésion traumatique.
3. **Déterminer le type d'intoxication éthylique aigu (IEA)**
  - **Intoxication éthylique aiguë simple** :
    - logorrhée, incoordination motrice, conjonctives injectées, haleine caractéristique
    - 3 phases distinctes : excitation psychomotrice avec désinhibition et euphorie, incoordination avec troubles de la vigilance, pouvant évoluer jusqu'au coma
    - *en résumé ingestion d'alcool excessive, sans autre intoxication associée, sans anomalie des paramètres vitaux, avec un examen clinique ne retrouvant pas d'anomalie organique, ni de lésion traumatique. Les signes régresseront en 3 à 6H*
  - **Intoxication éthylique pathologique**
    - **Ivresses excito-motrices** : impulsions verbales et motrices
    - **Ivresses d'allure maniaque** : euphorie, idée de grandeur, toute puissance
    - **Ivresses dépressives**
    - **Ivresses délirantes** : thème de persécution, jalousie, autodépréciation
    - **Ivresses hallucinatoires** : essentiellement visuelles, terrifiantes
4. **Rechercher les critères de gravité**
  - **Due à l'intoxication** : coma, manifestations excitomotrices, délires, hallucinations
  - **IEA compliquée** : inhalation, crise convulsive, hypothermie, troubles du rythme supraventriculaire, hypoglycémie, acidocétose, gastrite, syndrome de Mallory-Weiss, hépatite alcoolique aiguë, AVC, rhabdomyolyse

- **IEA associée** : traumatisme crânien, polytraumatisme ou autre traumatisme intoxication associée, pathologie infectieuse, ou toute autre pathologie
- **IEA de l'enfant** : coma, hypoglycémie, acidose métabolique.

**5. Rechercher les circonstances** (contexte festif, équivalent suicidaire, intoxication aiguë sur intoxication chronique)

**6. Examens complémentaires** : ils seront dictés par l'examen clinique

**6.1. Bilan biologique** :

- *Ethanolémie* (non indispensable pour l'intoxication éthylique aiguë simple, mais recommandée)
- *Hémogramme* (VGM : pathologie chronique ?)
- *Glycémie* (hypoglycémie : cause de l'état de somnolence, ou conséquence de l'imprégnation éthylique?)
- *Ionogramme sanguin* : état d'hydratation, troubles ioniques (notamment hyponatrémie chez les buveurs de bière), calcul du trou osmolaire (intoxication alternative ou concomitante notamment par un autre alcool)
- *Hémostase avec TP* (diminué chez les insuffisants hépatocellulaire)
- *Bilan hépatique* (si suspicion d'hépatite alcoolique aiguë)
- *Urée et créatininémie* (syndrome hépatorénal ?)
- *CPK* (si suspicion de rhabdomyolyse ?)
- *CRP* (infection associée ? diagnostic différentiel ?)
- *Recherche de toxique notamment CO* (indication large, même en l'absence de contexte évocateur)
- *Gaz du sang* (si suspicion d'acidocétose alcoolique ? si recherche d'une alcalose de l'encéphalopathie alcoolique ?)
- *Lactates* (évoqueur d'une crise convulsive)

**6.2. ECG** : si trouble du rythme suspecté à l'auscultation

**6.3. Radio Thoracique** : si suspicion de pneumopathie d'inhalation

**6.4. Radiographie/Echographie/TDM** : si suspicion de traumatisme ou fractures

**6.5. TDM cérébral** :

- Absence d'amélioration spontanée de l'état de conscience (pour rappel cinétique de l'élimination de l'éthanol dans l'IEA est de 3 à 6H)
- Détérioration rapide de l'état de conscience
- Signe(s) de localisation neurologique
- Convulsions récentes avec doute ou notion d'un traumatisme crânien
- Crises convulsives focales
- Comportement non expliqué par l'alcoolémie

**7. Eliminer les principaux diagnostics différentiels** :

- Hypoglycémie : troubles de la vigilance, sueurs, parfois troubles neurologiques systématisés, atteintes des nerfs crâniens, convulsions
- Etat de mal épileptique : parfois infra-clinique, compliquant un syndrome de sevrage

- Encéphalopathie aiguë de Gayet-Wernicke : confabulation avec amnésie antérograde, nystagmus avec oculoparésie et ataxie cérébelleuse
- Hypercapnie : atcd, sueurs, céphalées, +/- HTA
- Acidocétose alcoolique : douleurs abdominales, et vomissements, respiration de Kussmaul
- Encéphalopathie hépatique : astérisis (flapping tremor), fœtor hépatique
- Hématome sous dural : anisochorie, hémisynndrome moteur et/ou sensitif
- Hémorragie intracrânienne : hémisynndrome moteur et/ou sensitif, signes d'atteinte du tronc cérébral
- Hémorragie méningée : céphalées, syndrome méningé
- Traumatisme cranio-cérébral : troubles neurologiques, otorrhée, rhinorrhée, HTIC
- Encéphalopathie et méningite : fièvre et syndrome méningé
- Intoxication au Méthanol : douleurs abdominales et vomissements, troubles visuels, respiration de Kussmaul
- Intoxication à l'Éthylène glycol : douleurs abdominales et vomissements, nystagmus, convulsions, respiration de Kussmaul
- Intoxication au Monoxyde de carbone
- Intoxication aux médicaments hypnotiques

## **8. Traitement**

### **8.1. Principes généraux :**

- *Attitude* :
  - Ne pas répondre aux attaques physiques ou verbales, et rester impassible
  - Faire preuve de bienveillance
  - Dans la mesure du possible, installation rapide en salle/box (limitation du public, isolement, etc...)
  - Limiter au maximum les interlocuteurs, avec si possible une personne référente
- *Hydratation*
  - Il sera veillé à l'hydratation du patient, autant que possible par voie orale, mais si l'état clinique ne le permet pas, par voie veineuse
- *Vitaminothérapie*
  - Systématique si suspicion de consommation chronique : 300 à 500mg de thiamine
- *IEA non compliquée et en l'absence d'hypoglycémie* :
  - Pose de VVP non nécessaire
  - Aucune thérapeutique nécessaire
- *En cas d'hypoglycémie* :
  - Pose de VVP
  - Administration de soluté glucosé

### **8.2. IEA simple et non compliquée :**

- Hydratation per os,
- Confort,
- Dialogue rassurant

### **8.3. IEA avec troubles de la vigilance :**

- Hydratation IV,

- PLS,
- Surveillance en UHCD

#### 8.4. IEA avec agitation, agressivité :

- Dialogue,
- Contentions si nécessaire, sur prescriptions médicales
- Sédation,
- Transfert envisageable au CHS selon protocole (décision laissée à la discrétion de chacun)

#### 8.5. IEA avec signe de gravité :

- Transfert en réanimation/soins continus

#### 8.6. Dans un contexte d'alcoolisme chronique :

- Surveillance de la glycémie capillaire toutes les 2H
- Recommandations de prescription de thiamine, per os ou IV, de 300 à 500mg/j et soluté glucosé

### **9. Devenir**

#### 9.1. Si comorbidité psychiatrique

- Dépression, intoxication équivalente à une IMV
- Avis psychiatrique (IDE +/- psychiatre) +/- transfert au CHS

#### 9.2. Si agitation

- Sédation (voir annexe 2)
- Possibilité d'envisager transfert au CHS

#### 9.3. Si IEA compliquée

- Surveillance en UHCD

#### 9.4. Si doute diagnostic

- Surveillance en UHCD

#### 9.5. Si IEA grave, ou avec engagement du pronostic vital

- Transfert en réanimation ou USI

### **10. Cas particulier de l'enfant et de l'adolescent (-16ans) :**

- Hospitalisation à la phase aiguë en UHCD (selon protocole interne)
- Risque plus important d'hypoglycémie : VVP et soluté glucosé
- Hospitalisation recommandée de 72H
- Nécessité d'un avis psychiatrique : prise en charge systématique et comparable à celle d'une tentative de suicide

### **11. Repérage d'un mésusage : évaluation de la consommation habituelle**

- Réalisation probablement au décours de la surveillance en UHCD, mais possible à la phase initiale, si le patient est coopérant
- Evaluation de la consommation, et du profil par le score AUDIT-C (voir annexe 3)
- Evaluation pouvant être déléguée à l'IDE (détachée du CHS, ou non)

### **12. Intervention brève en 5 phases**

- L'intervention brève est en rapport cout-efficacité le traitement le moins cher concernant la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë.

- Son objectif principal est la réduction de la consommation, voir son arrêt.
- Elle a depuis longtemps fait la preuve de son efficacité
- Elle est structurée sur le principe FRAMES (entretien motivationnel, voir annexe 4):
  - Feedback (ou restitution) de sa consommation (avec le score AUDIT, éthanolémie si dosée)
  - Informations sur les effets de l'alcool sur la santé
  - Explications données sur la notion d'un verre standard
  - Rappel des limites acceptables par l'OMS (voir annexe 5)
  - Rechercher d'une motivation personnelle pour le changement (demander au patient ce qu'il pourrait retirer d'une diminution de sa consommation)
  - Mise au point d'objectif précis (la réduction par exemple, avec l'aide des limites de l'OMS)
  - Méthode pour réduire sa consommation
  - S'assurer de l'adhésion du patient
  - Encouragements
  - Remise d'un livret explicatif
- Si le patient refuse, remise de la lettre d'information type

### **13. Envoi d'un courrier au médecin traitant systématique (patient surveillé, équivalent groupe 4)**

#### **14. Sortie**

- **Pas de sortie contre avis**
- **article 16-3 du code civil** : *le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.*
- **Si agitation** : nécessité de rédiger un certificat de soins sous contrainte
- **Si comorbidités psychiatriques**, après évaluation, possibilité de la nécessité de rédiger un certificat de soins sous contrainte
- La sortie n'est envisageable que si le patient présente un rétablissement de ses fonctions relationnelles, sans trouble du comportement, sans trouble de la vigilance, avec disparition des signes d'alcoolisation, après avoir contre indiquée la conduite automobile, et au mieux en présence de l'entourage

**Annexe 1** : Proposition d'un bilan se voulant le plus complet afin de limiter la méconnaissance d'une complication (**chaque examen sera dicté** par l'examen clinique) :

- NFS
- Urée, Créatininémie
- Natrémie, Kaliémie, (Glycémie)
- CRP
- ASAT, ALAT, GGT
- TP, TCA
- CPK
- Ethanolémie

- Lactates
- Gazométrie artérielle

**Annexe 2** : Proposition d'un protocole de sédation :

- En premier lieu : les benzodiazépines
  - Voie per os utilisable notamment dans une collation (proposition de **DIAZEPAM** 5-10mg, **CLORAZEPATE** 50-100mg)
  - Voie IV : meilleure disponibilité pour un effet rapide, permet la titration (proposition de **DIAZEPAM** en titration de 10mg à 20mg, ou de **CLORAZEPATE** 10mg toutes les minutes)
  - Voie intranasale envisageable (proposition de **MIDAZOLAM** 5mg IN)
  - Voie intramusculaire : à éviter du fait de la variabilité de la biodisponibilité, +/- risque de trouble de la coagulation chez le patient éthylique chronique
- Si forme incoercible : neuroleptiques sédatifs
  - **HALOPERIDOL** 5-10mg par voie IM
  - **LOXAPINE** : peu d'intérêt (pic plasmatique = 1h)
- Si nécessaire : contentions physiques (sur prescription médicale) : pour protéger le malade et son entourage

**Annexe 3** : le score audit-c

	Score				
	0	1	2	3	4
1. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

**Annexe 3bis** : interprétation du score audit-c

- Hommes <4 et Femmes <3 : consommation à faible risque
  - CAT : prévention primaire, éducation pour la santé, renforcement
- Hommes ≥4 et Femmes ≥ 3 : mésusage probable, consommation excessive, consommation à risque ou à problème
  - CAT : conseils, repérage, évaluation, intervention brève
- Hommes et Femmes ≥10 : probable dépendance :



- CAT : traitement spécialisé, nécessité d'une structure d'addictologie (ELSA par exemple), repérage, évaluation, orientation et suivi

Pratique	Traduction	Signification
<i>Feed-back</i>	Restitution	L'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool est restituée au patient
<i>Responsibility</i>	Responsabilité	La responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et pas au thérapeute
<i>Advice</i>	Conseil	Un conseil précis sur la réduction de la consommation est clairement donné au patient
<i>Menu</i>	Choix d'options	Un "menu" offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est présenté au patient
<i>Empathy</i>	Empathie	Le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance et les jugements de valeur
<i>Self-efficacy</i>	Sentiment d'efficacité Personnelle	Le thérapeute valorise les efforts et les acquis du patient et renforce la confiance que celui-ci porte à sa capacité de changement

#### **Annexe 4** : entretien motivationnel sur le modèle FRAMES

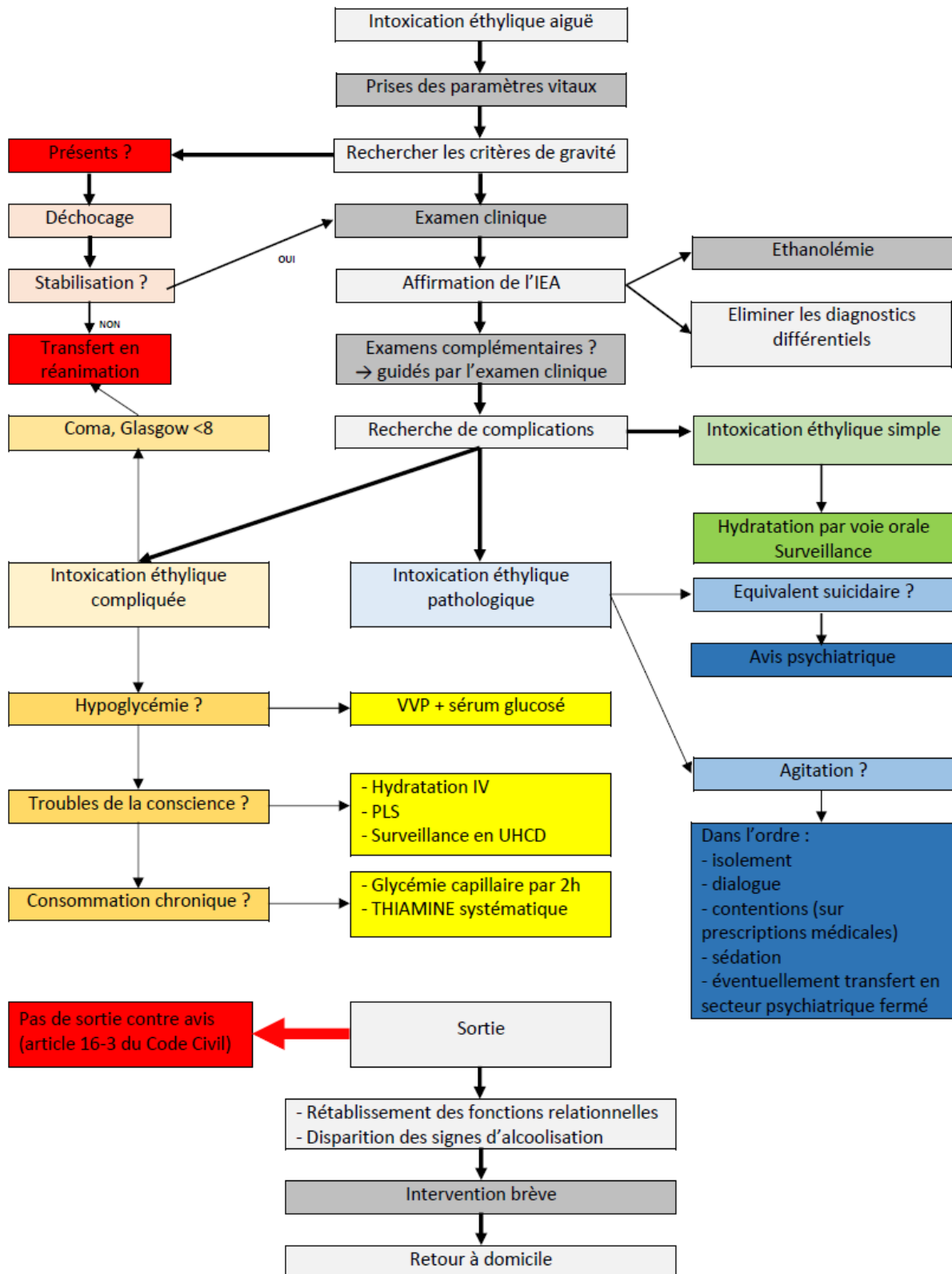
#### **Annexe 5** : repères de consommation d'alcool acceptables par les autorités sanitaires françaises :

- Un homme ne doit pas consommer plus de 3 verres par jour
- Une femme plus de 2 verres par jour
- Soit un maximum de 21 verres par semaine pour l'homme
- Et de 14 verres par semaine pour la femme
- Pour tous, pas plus de 4 verres par occasion
- Et chacun doit respecter une journée en s'abstenant de consommation de quelque boisson alcoolisée qu'il soit


#### **Bibliographie** :

- Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonne pratique. SFA (Société Française d'Alcoologie). 2015.
- Conférence de consensus en médecine d'urgence 1992 : l'intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence, SFMU
- Actualisation de 2006 de la seconde conférence de consensus 1992, SFMU
- Intoxication éthylique aiguë, J.-M. Philippe, EMC Urgences, 2016.
- Conduite à tenir en urgence: de l'ivresse alcoolique au sevrage, B. Yersin, Urgences 2003.
- Programme « boire moins, c'est mieux », la Presse Médicale, références, P. Michaud, A.-V. Dewost, P. Fouilland, 2006

## Annexe 2 : tableau récapitulatif du protocole de prise en charge de l'IEA



**Annexe 3** : protocole partagé entre le service des Urgences et le Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines


	Protocole R. PAX-BITCHE-CHS	<b>Réf :</b> PROT-PBS-261
	Prise en charge du patient au décours d'une intoxication éthylique aiguë (IEA) aux urgences	<b>Version :</b> 1 09/09/2016

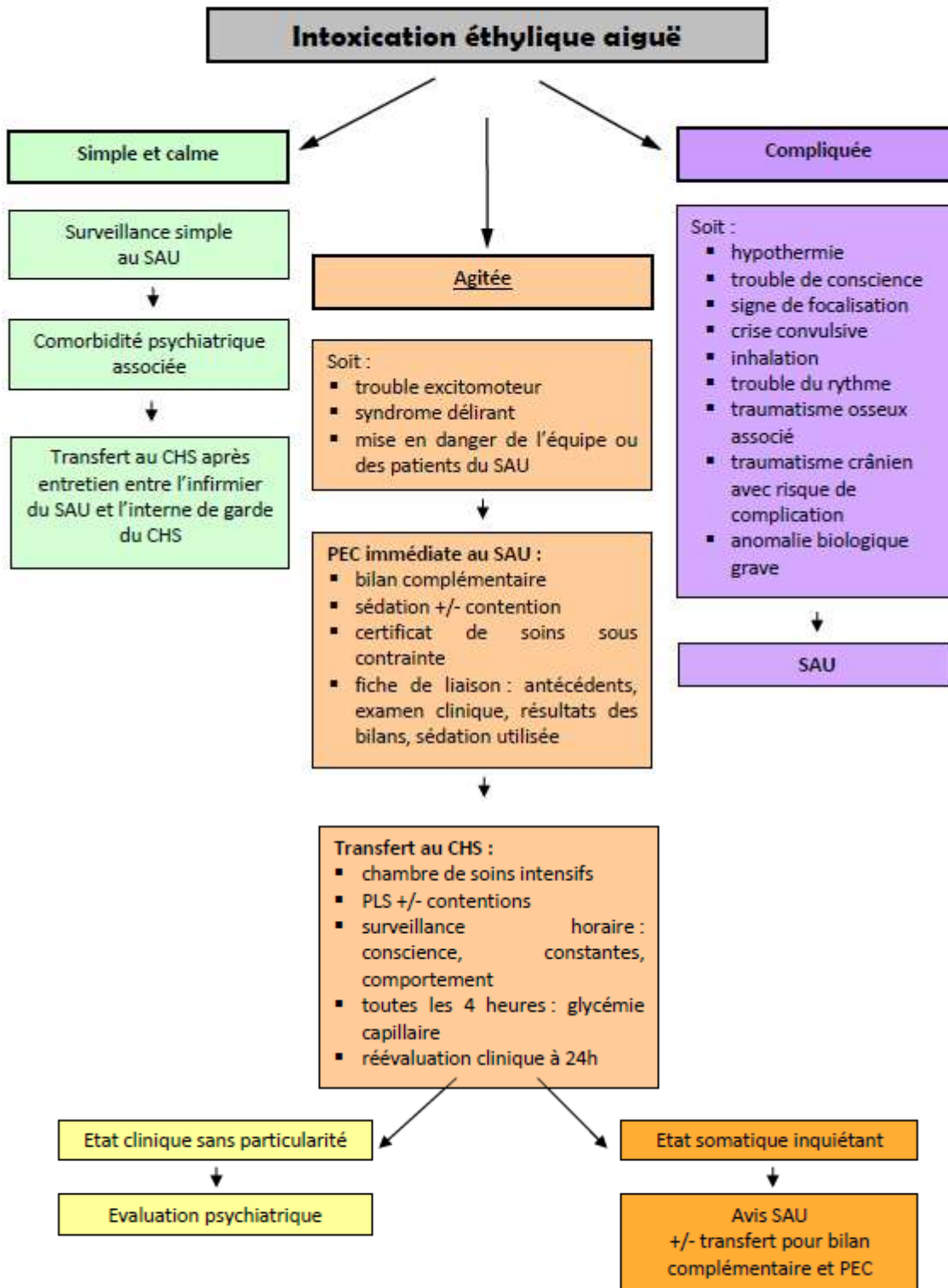
OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ce protocole définit les modalités de prise en charge des patients au décours d'une intoxication éthylique aiguë aux urgences</li> </ul>

DOCUMENTATION DE RÉFÉRENCE (RECOMMANDATIONS, RÉGLEMENTATION, SI IL Y A LIEU)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ANAES - Sept.2001 - Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins</li> <li>▪ SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE : Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 "L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences »</li> </ul>

GLOSSAIRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PLS : Position Latérale de Sécurité</li> <li>▪ SAU : Service d'Accueil et d'Urgence</li> </ul>

PERSONNES CONCERNÉES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecins, internes, IDE du Service d'Accueil et d'Urgence du Centre Hospitalier</li> <li>▪ Médecins, internes, IDE du Centre Hospitalier Spécialisé</li> </ul>

	Protocole R. PAX-BITCHE-CHS	Réf : PROT-PBS-261
	Prise en charge du patient au décours d'une intoxication éthylique aiguë (IEA) aux urgences	Version :1 09/09/2016



## Annexe 4 : lettre au patient

Madame, Monsieur,

Durant votre prise en charge au service des urgences de l'hôpital R. Pax, nous avons pu mettre en évidence une consommation d'alcool qui nous alerte.

Il apparaît que votre consommation d'alcool est la cause, directe ou indirecte, de votre passage par notre structure.

Vous devez savoir que l'alcool est la deuxième cause de mortalité en France, et qu'il constitue un facteur de risque dans le développement de nombreuses maladies. Outre l'incapacité à contrôler sa consommation dans l'alcoolisme, l'alcool est un facteur de risque de cancer (cancer des voies aériennes, de l'œsophage, du foie), il est impliqué dans certaines maladies du foie et leurs conséquences (cirrhose). Il est en lien avec l'apparition de certains troubles psychiatriques, et tend à développer des conduites à risque (sexuelles, bagarres). Il est également fréquemment la cause d'accident, de chute et de traumatisme divers.

D'un point de vue légal, il est nécessaire de rappeler que la consommation au-delà d'un certain seuil est interdite au volant ( $0.50g/L$  de sang ce qui représente environ 2 verres), et que l'ivresse sur la voie publique est également punissable.

Les repères de consommation acceptés en France doivent constituer des repères pour votre propre consommation, ainsi :

- Un homme ne doit pas consommer plus de 3 verres par jour
- Une femme plus de 2 verres par jour
- Pour tous, pas plus de 4 verres par occasion
- Et chacun doit respecter une journée en s'abstenant de consommation de quelque boisson alcoolisée qu'il soit

Il existe également certaines catégories, pour lesquelles la consommation d'alcool doit être NULLE :

- Les femmes enceintes ou allaitantes
- Les jeunes de moins de 18ans
- Lors de la conduite de véhicule ou de machine dangereuse, ou lors d'activité qui exige de la vigilance
- Lors de maladie chronique, ou lors de la prise de certain(s) médicament(s) agissant sur le cerveau
- Lors d'antécédent d'incapacité à contrôler sa consommation d'alcool

1 verre d'alcool  
=  
10 g d'alcool pur  
=



Cette intervention n'est pas un jugement mais doit vous amener à vous poser des questions, sur votre consommation et votre rapport à l'alcool. Il est important que vous compreniez que l'abstinence n'est pas forcément l'objectif à se fixer, mais au minimum une réduction de vos consommations afin de tendre et si possible d'être en dessous des objectifs que nous avons cités plus haut.

Vous pourriez peut être réfléchir sur les situations qui vous amènent à consommer, et choisir celle ou vous souhaiteriez moins consommer.

Il est nécessaire d'entamer cette réduction en fonction de vos habitudes, mais pour y parvenir, voici quelques pistes de réflexion :

- Vous pourriez peut-être informer votre entourage de votre désir de diminuer votre consommation
- Vous pourriez également peut-être informer votre médecin traitant de votre souhait de diminuer votre consommation. Il saura répondre à vos questions, et vous aider dans vos éventuelles démarches de réduction
- Vous pourriez réduire le nombre de fois où vous consommez (par exemple en ne consommant pas d'alcool pour étancher votre soif, ou en vous efforçant de consommer le plus tard possible dans la journée, et vous imposez des jours où vous ne consommerez aucune boisson alcoolisée)
- Vous pourriez réduire les quantités d'alcool que vous consommez (en vous fixant par exemple un nombre de verres maximum à ne pas dépasser)

Afin de vous aider dans cette démarche, l'équipe des urgences reste à votre disposition pour toutes les questions que vous vous poseriez.

Pour une information complète sur l'alcool, vous pouvez également consulter le site

***alcool-info-service.fr***

ou les contacter par téléphone au

***0980 980 930***

Enfin à Sarreguemines, il existe une consultation qui peut également vous aider ou répondre à vos questions.

***Consultation Hospitalière d'Addictologie***

***Uniquement sur rendez-vous***

***Centre Hospitalier Spécialisé – Bloc Régis***

***1, rue Calmette-BP 80027***

***57212 Sarreguemines Cedex***

***03 – 87 – 06 – 60 - 65***

**Annexe 5** : Questionnaire : Enquête sur l'intérêt de la création et de l'utilisation d'un protocole de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë.

1/ Quelle est votre fonction au sein des urgences de Sarreguemines ?

- Aide-soignant
- Infirmière
- Médecin

2/ Avez-vous lu le protocole de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë ?

- Oui
- Non

3/ Avez-vous eu recours à l'ELSA, l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (appel, transmission des coordonnées, ou autre) ?

- Oui
- Non

4/ Avez-vous pratiqué une intervention brève ?

- Oui
- Non, parce que je ne me sens pas formé pour la réaliser
- Non, parce que je ne pense pas que ce soit mon rôle
- Autre

5/ Que pensez-vous du protocole ?

- Il présente un intérêt
- Il est sans intérêt sous sa forme actuelle (un protocole est souhaitable, mais sous une forme différente)
- Il est sans intérêt parce qu'il n'est pas nécessaire de protocoler l'intoxication éthylique (aucun protocole n'est nécessaire)

6/ Comment qualifieriez-vous la prise en charge ACTUELLE des intoxications éthyliques au sein de votre service, depuis la diffusion du protocole ? Vous semble-t-elle différente, et si oui dans quelle direction ?



**Annexe 6** : liste des réponses à la question 6 du questionnaire.

- Bonne
- Bonne
- Avec une approche plus personnalisée et une orientation meilleure du patient...souhaitant une aide
- Je pense que pas beaucoup de monde a pris connaissance du protocole. Mais je pense qu'il est nécessaire d'en avoir un et que cela ne doit pas être l'exclusivité de l'ide psy mais l'affaire de tous.
- Quand l'équipe paramédicale s'en tient au protocole, le patient éthylique est mieux pris en charge, il est moins isolé et plus écouté, avec une tendance a moins perturbé l'ensemble du service, car reconnu comme patient.
- Pas lu le protocole
- Oui, beaucoup plus claire, et satisfaisante
- Je ne peux pas répondre, étant donné ma très courte expérience pour le moment dans le service
- Pas d'impact significatif sur la qualité de la prise en charge actuelle des intoxications éthyliques. L'équipe a néanmoins été sensibilisée à la question, mais je ne pense pas que l'attitude thérapeutique soit très différente.
- Sans opinion
- Non c'est Identique
- La place de l'ivrogne n'est pas dans un SAU, et par ailleurs je ne constate pas de différences avant après
- Elle est de bonne qualité mais reste encore trop médecin dépendante
- NSPP (trop récent au SAU de Sgms)
- Malheureusement cette prise en charge reste assez chronophage et très susceptible à générer une mauvaise rentabilisation du temps dont on dispose très précieusement au début de la garde. En conclusion je traite ce protocole plutôt comme une recommandation qu'une règle à suivre de façon protocolaire.
- Sécurisant car permet de définir la conduite à tenir. La connaissance et le cadre qu'apporte un tel protocole permettent de prendre en charge de façon optimale les patients se présentant dans notre service pour ce motif.
- Non aucune différence la plupart des médecins quand un patient arrive le laisse découvrir dans un coin.
- Cela présente un intérêt car nous avons maintenant une prise en charge adaptée en fonction des critères du protocole. Ce n'est plus une prise en charge routinière.
- La prise en charge est médecin dépendante et donc le protocole n'est pas toujours appliqué
- La PEC est totalement médico-dépendante, le protocole est très peu utilisé malheureusement
- Dans les PEC d'intox éthyliques que j'ai pu effectuer, je n'ai pas eu recours au protocole car je n'avais pas notion de son existence. Mais je pense qu'il peut avoir une réelle efficacité de par les diverses informations données, notamment dans la suite de PEC des soins infirmiers.
- Pas de changement à ma connaissance pour le moment.
- Inhomogène et praticien dépendant comme dans la plupart des services d'urgences. Un protocole est nécessaire pour uniformisée les pratiques
- Prise en charge essentiellement somatique.

- La prise en charge ne me semble aujourd'hui pas différente. Je ne sais pas si tout le personnel l'a lu, une formation orale de ce protocole pourrait être utile pour mieux sensibiliser le personnel. Je pense qu'il est utile pour l'orientation des patients vers une prise en charge en addicto et pour la surveillance des syndromes de sevrage par le score de Cushman qui est insuffisamment utilisé dans les services.
- Le protocole m'a été utile pour la prise en charge d'une intoxication éthylique chez un adolescent de 13 ans !
- Standardisé au niveau Infirmier loin d'être le cas au niveau médical
- Oui si appliqué par tous
- Je n'ai pas vu de différences dans la prise en charge. Elle reste banalisée, et avec peu d'intérêt pour nous. Parfois pour moi elle se résume qu'à laisser le patient cuver sur son brancard. Sans réelle discussion avec la personne malheureusement. On se s'intéresse ni au fond ni à la forme, cad, qu'on ne s'intéresse pas aux motivations qui ont poussées le patient à s'intoxiquer.
- Pour ma part impossible de répondre aux deux dernières questions car je n'ai pas lu le protocole, je le lirai prochainement
- Praticien dépendant
- Prise en charge inexistante
- Bonne prise en charge depuis l'application du protocole
- Le protocole n'est pas toujours appliqué, peut-être par méconnaissance ou difficulté à accepter un changement
- Rassurée par la possibilité de l'appliquer mais manque adhésion médicale
- Je ne vois pas de différence. Le protocole n'étant pas officiellement mis en place il n'est pas vraiment utilisé
- La prise en charge est facilitée et plus rapide, protocole bien clair

**Annexe 7 : échange de mail concernant la formation des infirmier(e)s psychiatriques détaché(e)s du centre hospitalier spécialisé.**

Cher Mr WIRIG,

Nous n'avons pas eu, je pense, l'occasion de nous rencontrer. Je travaille aux urgences de l'hôpital Robert Pax, comme médecin, actuellement post-interne, rédigeant un travail de thèse sur la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë.

Dans le cadre de ce travail, j'ai eu la chance et l'occasion de rencontrer le Dr SENNINGER, avec qui j'ai échangé sur le manque de moyen et de formation de nos équipes au sein du service des urgences, et notamment de l'équipe d'infirmière détaché du CHS.

Cette équipe fait un bon travail, et ce avec peu de formation. Nous avons actuellement la chance de pouvoir avoir recours à une autre équipe du CHS, l'ELSA, mais pour le moment seulement 3 jours par semaine.

Mon travail de thèse m'a amené à me documenter sur ce qui était nécessaire de faire dans l'intérêt du patient, concernant la prise en charge des patients présentant une intoxication éthylique aiguë. Il est recommandé aux urgences de pratiquer un repérage et une intervention brève.

Nous nous heurtons à certaines difficultés, notamment l'absence de formation de nos équipes, d'abord médicale, mais également paramédicale. Si je viens vers vous, c'est suite à un échange avec le Dr SENNINGER, qui confirmait la nécessité de former l'équipe IDE détachée du CHS à la réalisation de cette intervention. Ceci s'appuie sur des recommandations de société savante, de l'HAS, et également des textes de lois :

- circulaire DHOS/O2 - DGS/SD6B 2000/466 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives (relatif à la création des équipes de liaison) : "organiser et promouvoir la formation des personnels médicaux et paramédicaux. Tout soignant doit être capable de délivrer les conseils minima, d'informer et d'intégrer pleinement la notion des risques induits par la poursuite d'une consommation excessive d'alcool. Un effort particulier sera réalisé auprès des personnels des urgences les plus sollicités pour accueillir, repérer, traiter et orienter les personnes ayant un usage nocif ". (page 5-6)

- ANAES 2001, recommandations pour la pratique clinique, orientation diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences

des établissements de soins : "une prise en charge optimale nécessite d'augmenter le niveau de compétence de ceux qui sont confrontés aux patients en difficulté avec l'alcool, et de valoriser le temps et la disponibilité qu'ils y consacrent. Il est recommandé de mettre en place des formations en alcoologie pour le personnel des SU" (page9). "Deux niveaux complémentaires de prise en charge sont recommandés. Le premier est effectué par l'ensemble de l'équipe des urgences, et doit pouvoir être réalisé en permanence. Le second est une intervention spécialisée effectuée selon les disponibilités locales par (...) l'équipe du SU ayant une formation en addictologie" (page 10).

- projet régional de santé 2012-2017, ARS : Chapitre II, les thématiques transversales, addictologie. "développer le repérage précoce (...) par l'ensemble des professionnels de premier recours (...) par le biais de formations" (page 9) "améliorer et formaliser le repérage des problèmes d'addiction et la capacité d'orientation vers un dispositif de soins adaptés, dans les services d'urgence : sensibilisation et formation du personnel" (page 23)

- guide de bonne pratique pour les équipes hospitalières de liaison et de soins : cette dynamique de formation permet (...) de renforcer la compétence des soignants à repérer le mésusage (...), dialoguer avec le patient (...), proposer au patient un projet de soin (...). L'aboutissement de cette formation serait un changement de regard des soignants (...) et l'acquisition d'un savoir-être et d'un savoir-faire" (page 36).

- rapport : propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions, un enjeu majeur de santé, octobre 2006 : "le repérage des pratiques d'abus ou de dépendance et trop peu élevé dans les services non addictologiques" "très peu de services d'urgence se sont organisés pour répondre de façon adaptée aux consultants ayant des problèmes aigus liés à leur addictions" (page 26) "la formation des professionnels de santé spécialisés ou non est absolument fondamentale." "chaque hôpital doit avoir dans son plan de formation la possibilité réelle de formations en addictologie" (page 53).

Avec le Dr SENNINGER, nous avons envisagé, afin d'améliorer la formation de notre équipe, d'améliorer les soins à nos patients, et de se rapprocher au mieux des recommandations, d'intégrer l'équipe IDE détachée du CHS aux formations dont bénéficie l'équipe de l'ELSA. Je me doute à quel point la formation des acteurs de santé est difficile, tant d'un point de vue financier qu'organisationnel, néanmoins nous devons de fournir les efforts nécessaires.

C'est donc, suite aux échanges avec le Dr SENNINGER, m'appuyant sur les recommandations nationales, et dans le cadre de mon travail de thèse qui a pour but d'améliorer la prise en charge des intoxications éthyliques dans nos établissements, que je vous sollicite afin d'organiser une formation satisfaisante de nos équipes.

Très cordialement. Florian Drouot, médecin aux urgences

Bonjour Dr. DROUOT,

C'est avec attention que j'ai lu votre message et je partage pleinement votre avis sur la nécessité de former les soignants par rapport à l'éthylisme afin de pouvoir apporter conseil et orientation aux personnes dirigées vers le service des urgences. Il en va d'ailleurs de même pour bien d'autres thématiques comme le risque suicidaire, la maltraitance conjugale etc....

Nous avons, bien entendu, le souci de toujours être en mesure de proposer les meilleures prestations aux patients qui nous sont confiés. Nous nous heurtons, en terme de formation, aux possibilités budgétaires de l'établissement d'une part et au choix des priorités institutionnelles qui ont été déclinées dans le cadre du plan de formation d'autre part.

Pour l'année 2017, le plan de formation a été clôturé et il ne reste que des possibilités budgétaires ponctuelles liées au désistement de certains agents (maladie...) qui n'ont donc pas généré un coût, initialement prévu.

Nous aurons cependant, peut-être, des opportunités qui pourraient se dégager en cours d'année, notamment pour les infirmiers détachés aux urgences qui pourraient venir se greffer sur des formations spécifiques délivrées au service d'addictologie. Je resterai vigilant sur cette question et m'engage à réserver une ou des places pour les soignants dont j'ai la responsabilité.

Espérant avoir pu répondre de manière satisfaisante à votre demande, je vous adresse l'expression de mes salutations les plus cordiales.

Camille WIRIG

---

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Les intoxications éthyliques aiguës (IEA) représentent une part non négligeable de l'activité globale des services d'accueil des Urgences. Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients, nous avons élaboré un protocole de prise en charge, regroupant à la fois la démarche clinique, diagnostique et thérapeutique de l'IEA et de ses complications, mais également les éléments nécessaires à la réalisation de l'intervention brève qui a démontré son utilité dans la réduction de la consommation d'alcool.

Dans une première partie nous nous sommes efforcés de faire un rappel le plus exhaustif possible de l'épidémiologie, des différentes classifications, et des complications de l'IEA, ainsi que des examens biologiques ou radiologiques nécessaires au diagnostic de l'IEA, de ses complications ou de ses diagnostics différentiels.

Ces différents éléments ont servi d'éléments fondamentaux à la rédaction d'un protocole de prise en charge de l'IEA.

Dans une seconde partie, afin de déterminer si la création et l'utilisation de ce protocole avait un intérêt, nous nous sommes intéressés à l'avis des soignants de notre service. Sous forme d'un questionnaire nous avons sollicité l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale de notre service d'Urgences. Pour 94.7% la création et l'utilisation d'un protocole présente un intérêt, et pour un tiers des répondants ce protocole a déjà apporté une amélioration concernant la prise en charge de ces patients. Près de 40% des membres de notre équipe ne réalisent pas d'intervention brève, parce qu'ils ne se sentent pas formés à son utilisation.

Ces résultats ouvrent des perspectives intéressantes quant à l'utilité d'un protocole de soins standardisé. Des efforts restent à fournir afin d'améliorer les compétences de chacun, mais les premiers résultats semblent encourageant.

---

Titre en anglais :

Management of acute alcohol intake, realization and application of care protocol, in Sarreguemines Emergency Department.

---

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE

---

MOTS CLEFS : intoxication éthylique aiguë, intervention brève, protocole, service des Urgences.

---

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
Faculté de Médecine de Nancy  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---