



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Orientations diagnostiques et prise en charge,
au décours d'une intoxication éthylique aiguë,
des patients admis aux urgences des établissements de soins**

Argumentaire

SEPTEMBRE 2001

Service des recommandations professionnelles

Ce document a été finalisé en Septembre 2001. Il peut être acheté (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2003. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

AVANT-PROPOS

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour le professionnel de santé d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique, d'en faire la synthèse critique et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des Recommandations Professionnelles.

Les Recommandations Professionnelles sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.

Les Recommandations Professionnelles contenues dans ce document ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie explicite, publiée par l'ANAES dans le document intitulé : « Les Recommandations pour la Pratique Clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France - 1999 ».

Le développement des Recommandations Professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout professionnel de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possibles.

Alain COULOMB
Directeur général de l'ANAES

Ces recommandations ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé.

Elles ont été rédigées sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en collaboration avec des représentants de :

- la Société française d'alcoologie ;
- la Société francophone d'urgences médicales ;
- la Société nationale française de gastro-entérologie ;
- l'Association française des équipes hospitalières de liaison d'addictologie et alcoologie ;
- le Collège universitaire national des enseignants de la capacité de toxicomanies et alcoologie.

La méthode de travail utilisée a été celle décrite dans le guide « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'ANAES, en 1999.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été coordonnée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de M^{lle} Sylvie LASCOLS, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service de documentation.

Le secrétariat a été réalisé par M^{lle} Sabine FARNIER et M^{lle} Nathalie COUVINEAU.

L'ANAES tient à remercier les membres du comité d'organisation, du groupe de travail et du groupe de lecture, ainsi que les membres de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

D^f Jean-Yves BENARD, représentant de la Société française d'alcoologie

P^f Patrice COUZIGOU, représentant de la Société nationale française de gastro-entérologie

D^f Jean-Marc PHILIPPE, représentant de la Société francophone d'urgences médicales

P^f Jean-Dominique FAVRE, représentant de la Société française d'alcoologie

P^f Michel REYNAUD, représentant de la Société française d'alcoologie et du Collège universitaire national

des enseignants de la capacité de toxicomanies et alcoologie

D^f Raymund SCHWAN, représentant du Collège universitaire national des enseignants de la capacité de toxicomanies et alcoologie et de l'Association française des équipes hospitalières de liaison d'addictologie et alcoologie

GROUPE DE TRAVAIL

P^f Jacques BOUGET, urgentiste, RENNES – Président du groupe de travail

D^f Raymund SCHWAN, psychiatre alcoologue, CLERMONT-FERRAND – Chargé de projet

D^f Patrice DOSQUET, ANAES, PARIS – Chef de projet

D^f Jean-Jacques BOURCART, généraliste, PARIS

M. Daniel DABIT, association Vie libre, CLICHY

M^{me} Martine DENIS, infirmière urgentiste, NIORT

D^f Benoît FLEURY, interniste alcoologue, PESSAC

D^f Henri GOMEZ, hépato-gastro-entérologue

alcoologue, TOULOUSE

M^{me} Bernadette JUTTEAU, assistante sociale, LILLE

D^f Patrick LEBRIN, urgentiste, BRY-SUR-MARNE

P^f Michel LEJOYEUX, psychiatre, COLOMBES

D^f Philippe MICHAUD, généraliste alcoologue, GENNEVILLIERS

D^f Caroline MIGNOT, pédiatre médecine des adolescents, LE KREMLIN-BICÊTRE

D^f Jean-Marc PHILIPPE, urgentiste, AURILLAC

D^f Georges PICHEROT, pédiatre, NANTES

GROUPE DE LECTURE

P^f Denis BARON, urgentiste, NANTES
D^f Jean-Marc BEAUFILS, urgentiste, BLOIS
D^f Jean-Yves BENARD, psychiatre, LA
MEMBROLLE SUR CHOISILLE
D^f Pascal BERENGER, alcoologue addictologue,
CHAMBÉRY
P^f Bernard BOUDAILLIEZ, pédiatre, AMIENS
D^f Didier BOUSSIRON, alcoologue, CLERMONT-
FERRAND
D^f Anne-Marie BOUVIER, urgentiste, PARIS
D^f Philippe BRETAGNOLLE, gastro-entérologue,
CHAMBÉRY
P^f Jonathan CHICK, psychiatre, ÉDIMBOURG
M^{me} Christine CESARI, assistante sociale, VICHY
M. Baptiste COHEN, psychologue, association
Drogues alcool tabac info service, PARIS
D^f Valérie COUTURIER, urgentiste, AURILLAC
M^{me} Marie-Anne DANTZER, sage-femme, NICE
D^f Marie-Claire DAVANTURE-TEMPIER,
anesthésiste-réanimateur alcoologue, AUTEUIL
D^f Nicolas DEDIEU-ANGLADE, généraliste,
BOURGES
D^f Jean-Louis DUCASSÉ, réanimateur urgentiste,
TOULOUSE
P^f Bertrand DUREUIL, anesthésiste-réanimateur,
ROUEN
P^f Jean-Marc ELCHARDUS, psychiatre, LYON
P^f Jean-Dominique FAVRE, psychiatre alcoologue,
CLAMART
D^f Jacques FRIBOURG, urgentiste, TRAPPES
D^f Jean-Luc GALLAIS, généraliste,
AUBERVILLIERS
D^f Claudine GILLET, addictologue, NANCY
D^f Jacques GLIKMAN, psychiatre, SAINT-DENIS

D^f François GONNET, interniste alcoologue, LYON
D^f Pierre GUIBÉ, alcoologue, PONTOISE
D^f Paul KIRITZÉ-TOPOR, généraliste alcoologue,
BEAUPRÉAU
D^f Vincent LAFAY, urgentiste, MARSEILLE
D^f Guillaume LALANDE, urgentiste, TROYES
D^f Laurence LAUVIN, médecin de santé publique,
RENNES
M. François MOUREAU, association Alcool assistance
La croix d'or, CHAVAGNE
P^f François PAILLE, interniste alcoologue, NANCY
D^f Philippe PARADIS, médecin de santé publique,
MAUBEUGE
P^f Philippe PARQUET, psychiatre addictologue,
LILLE
P^f Dominique PATERON, urgentiste, BONDY
M. Jacques RANDU, association Alcool assistance,
PARIS
D^f Michel RÉOCREUX, psychiatre alcoologue, ALBI
P^f Michel REYNAUD, psychiatre addictologue,
VILLEJUIF
D^f Jean-Marie REYNES, interniste, ALÈS-EN-
CÉVENNES
D^f Thierry RUSTERHOLTZ, urgentiste,
STRASBOURG
D^f Alain SAUNÉ, toxicologue, TOULOUSE
P^f Jean-Louis TERRA, psychiatre, LYON
D^f Pascal TIEGHEM, alcoologue, AULNAY-SOUS-
BOIS
D^f Samir TILIKETE, psychiatre, LIMEIL-
BRÉVANNES
D^f Emmanuelle WOLLMAN, chercheur, PARIS

TABLE DES MATIÈRES

SAISINE ET MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS	9
I. SAISINE	9
II. DÉROULEMENT DU TRAVAIL.....	9
III. STRATÉGIE ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	11
ARGUMENTAIRE	14
I. INTRODUCTION.....	14
II. DÉFINITIONS.....	15
II.1. Services d'urgences	15
II.2. Typologie des consommations d'alcool.....	15
II.3. Alcoolodépendance	15
II.4. Facteurs de gravité	16
II.5. Problème de l'intoxication éthylique aiguë.....	16
III. QUELLES SONT LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DISPONIBLES ?	17
III.1. Prévalence	17
III.2. Morbidité et mortalité.....	17
IV. ÉVALUATION DES RÉPONSES DONNÉES AUX PATIENTS	19
V. QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CLINIQUES ET PARACLIQUES QUI PERMETTENT L'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS ?.....	20
V.1. Questionnaires standardisés	20
V.2. Marqueurs biologiques	24
V.2.1. Le VGM	24
V.2.2. La γGT	25
V.2.3. La transferrine désialylée	25
V.2.4. La combinaison des différents marqueurs biologiques pour le diagnostic de l'usage nocif d'alcool et de l'alcoolodépendance	25
V.3. Évaluation spécifique	26
V.3.1. Consommation d'alcool.....	26
V.3.2. Repérage des facteurs de risque psychosociaux	26
V.3.3. Repérage d'une comorbidité psychiatrique	26
V.3.4. Repérage des facteurs familiaux.....	27
V.3.5. Repérage des facteurs d'environnement social.....	27
V.3.6. Repérage des consommations de substances psycho-actives associées.....	27

VI. QUELS SONT ET QUELS DOIVENT ÊTRE LES MISSIONS, LES COMPÉTENCES ET LES RÔLES DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE ?	27
VI.1. Formation et structures nécessaires.....	27
VI.2. Attitudes	27
VI.3. Compétences	28
VI.4. Interview clinique	28
VI.5. Moment de la prise en charge.....	29
VI.6. Organisation de la prise en charge.....	29
VI.7. Équipe spécialisée dans la prise en charge des patients ayant des problèmes avec l'alcool.....	30
VI.7.1.Le psychiatre ou l'alcoologue.....	31
VI.7.2.L'infirmière d'alcoologie	31
VI.7.3.L'assistante sociale.....	31
VII. QUELS SONT LES PROTOCOLES THÉRAPEUTIQUES POSSIBLES ET LEURS CONDITIONS DE RÉALISATION ?	32
VII.1. Recommandations générales	32
VII.2. Recommandations spécifiques en fonction de situations particulières	33
VII.2.1. En cas de non-dépendance (utilisation nocive).....	33
VII.2.2. En cas d'alcoolodépendance.....	33
VII.2.3. En cas de refus de soins spécifiques, de fugue et de difficulté structurelle temporaire	33
VII.2.4. En cas d'ivresse publique manifeste (IPM)	33
VII.3. L'intervention ultra-brève.....	34
VIII. QUELS SONT LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES POSÉS PAR L'INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUË CHEZ UN ADOLESCENT ET COMMENT LES RÉSOUDRE ?	34
VIII.1. Types d'alcoolisation chez les adolescents	34
VIII.2. Degré de dépendance et gravité.....	35
VIII.3. Facteurs de risque d'IEA à l'adolescence.....	35
VIII.4. Risques somatiques.....	35
VIII.5. Prise en charge.....	36
VIII.5.1. Aux urgences	36
VIII.5.2. Prise en charge après les urgences.....	36
VIII.6. Prévention	37
ANNEXE. TEXTE DE LA CONFÉRENCE DE CONSENSUS DE 1992 SUR « L'INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGUË DANS LE SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE »	38
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45

SAISINE ET MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

I. SAISINE

Ces recommandations ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé. La demande initiale concernait l'actualisation des recommandations de la conférence de consensus (CC) réalisée sous l'égide de la Société francophone d'urgences médicales le 4 avril 1992 sur le thème « Intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgences » (1). Cette conférence concernait principalement le diagnostic et la prise en charge thérapeutique initiale des patients admis aux urgences pour intoxication éthylique aiguë (IEA).

Le comité d'organisation (CO) réuni par l'ANAES (voir plus loin le paragraphe « Déroulement du travail ») a constaté que les recommandations de cette CC restaient d'actualité. Le CO a également pris en compte les recommandations existantes ou en préparation concernant directement ou indirectement les problèmes d'alcool. Outre la conférence de 1992 (1), il s'agit :

- de la CC sur les « objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant » organisée le 17 mars 1999 par la Société française d'alcoologie avec la participation de l'ANAES (2) ;
- de la CC sur les « modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage » organisée les 7 et 8 mars 2001 par la Société française d'alcoologie avec la participation de l'ANAES (3) ;
- de la CC organisée par la SFUM, prévue en décembre 2002, qui traitera de la prise en charge des patients agités aux urgences ;
- des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur la « prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide », élaborées sous l'égide de l'ANAES en 1998 (4) ;
- de la CC organisée les 19 et 20 octobre 2000 par l'ANAES et la Fédération française de psychiatrie (FFP) sur le thème « la crise suicidaire : repérer et prendre en charge » (5).

Dans ce contexte, le CO a donc décidé de limiter le thème de travail à la prise en charge alcoologique des patients au décours d'une admission en service d'urgences pour IEA, cette prise en charge concernant d'abord l'équipe soignante des urgences et ensuite les intervenants disponibles en alcoologie.

II. DÉROULEMENT DU TRAVAIL

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des Recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'ANAES (6).

Les sociétés savantes concernées par le thème, représentées au sein du CO, ont été consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement

sur le sujet et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture.

À partir des propositions faites par le CO, l'ANAES a constitué un groupe de travail en réunissant des professionnels multidisciplinaires, ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine géographique variée. Ce groupe de travail comprenait un président, qui en a coordonné les travaux, et un chargé de projet, qui a identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire.

Les recommandations ont été rédigées par le groupe de travail au terme de l'analyse de la littérature scientifique. En l'absence de données publiées, les recommandations finales ont été élaborées en faisant la synthèse de l'avis des professionnels du groupe de travail et du groupe de lecture.

Un groupe de lecture, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme de la première version des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité. Si besoin, le groupe de lecture a fourni des données publiées complémentaires qui ont enrichi l'argumentaire. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail et pris en compte autant que possible dans la rédaction des recommandations.

Les recommandations ont été discutées par le Conseil scientifique, section évaluation, de l'ANAES, et finalisées par le groupe de travail.

L'ensemble des personnes citées dans les listes des participants à la réalisation de ce travail a validé la version finale des recommandations et de l'argumentaire.

Un chef de projet de l'ANAES a coordonné l'ensemble du travail et en a assuré l'encadrement méthodologique.

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'ANAES (voir *tableau 1*). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel défini par les membres des groupes de travail et de lecture.

Tableau 1. Grade des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de forte puissance- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés- Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de faible puissance- Études comparatives non randomisées bien menées- Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">- Études cas-témoins	C
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">- Études comparatives comportant des biais importants- Études rétrospectives- Séries de cas	Faible niveau de preuve

Des propositions d'études et d'actions futures ont été formulées par le groupe de travail.

III. STRATÉGIE ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Recherche automatisée

La recherche documentaire a été réalisée par interrogation des banques de données MEDLINE, HealthSTAR, EMBASE, PsychINFO, *Cochrane Library* et PASCAL. Elle a été limitée aux publications en langue anglaise ou française sur la période 1995-2000.

La stratégie de recherche a porté sur :

➤ Les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les articles d'analyse de décision médicale, les revues de littérature et méta-analyses (1990-2000)

Les mots clés initiaux :

Alcohol abuse OU *Alcohol intoxication* OU *Drunkness* OU *Alcohol?* OU *Alcohol consumption* OU *Alcoholism* OU *Alcohol withdrawal* OU *Alcohol withdrawal syndrome* OU *Binge drink?* OU *Drunken driving* OU *Alcohol drinking* OU *Alcoholic intoxication* OU *Alcohol withdrawal delirium* OU *Drinking behavior* OU *Alcohol-related disorders* OU *Ethanol/maj*

ont été associés à :

Emergency OU *Emergency health service* OU *Emergency medicine* OU *Emergency treatment* OU *Emergenc** (dans le titre) *Emergencies* OU *Emergency medical services* OU *Emergency medicine* OU *Emergency nursing* OU *Emergency service, hospital* OU *Emergency treatment* OU *Emergency ward*

et à :

Guideline(s) OU *Practice guideline(s)* OU *Health planning guidelines* OU *Consensus development conferences* OU *Consensus development conferences, NIH* OU *Medical decision making* OU *Decision support techniques* OU *Decision trees* OU *Decision analysis* (dans le titre) OU *Meta-analysis* OU *Review literature*.

71 références ont été obtenues sur MEDLINE, 21 sur HealthSTAR, 55 sur EMBASE et 11 sur PsycINFO.

↳ Les données épidémiologiques

Les mots clés initiaux ont été associés à :

Emergency OU *Emergency health service* OU *Emergency medicine* OU *Emergency treatment* OU *Emergenc** (dans le titre) *Emergencies* OU *Emergency medical services* OU *Emergency medicine* OU *Emergency nursing* OU *Emergency service, hospital* OU *Emergency treatment* OU *Emergency ward*

et à :

Epidemiology.

65 références ont été obtenues sur MEDLINE, et 32 sur EMBASE.

↳ Le dépistage de l'ivresse aux urgences

Les mots clés initiaux ont été associés à :

Gamma-glutamyltransferase OU *Gamma glutamyltransferase* OU *Biological markers* OU *Questionnaire** OU *Rating scale* OU *Psychological tests* OU *Psychologic test* OU *GGT* (dans le titre) OU *CDT* (dans le titre) OU *MCV* (dans le titre) OU *CAGE* (dans le titre) OU *MAST* (dans le titre) OU *AUDIT* (dans le titre)

et à :

Emergency OU *Emergency health service* OU *Emergency medicine* OU *Emergency treatment* OU *Emergenc** (dans le titre) *Emergencies* OU *Emergency medical services* OU *Emergency medicine* OU *Emergency nursing* OU *Emergency service, hospital* OU *Emergency treatment* OU *Emergency ward*.

42 références ont été obtenues sur MEDLINE, 1 sur HealthSTAR, 100 sur EMBASE.

↳ La qualité des tests diagnostiques

Les mots clés initiaux ont été associés à :

Gamma-glutamyltransferase OU *Gamma glutamyltransferase* OU *Biological markers* OU *Questionnaire** OU *Rating scale* OU *Psychological tests* OU *Psychologic test* OU *GGT* (dans le titre) OU *CDT* (dans le titre) OU *MCV* (dans le titre) OU *CAGE* (dans le titre) OU *MAST* (dans le titre) OU *AUDIT* (dans le titre)

et à :

*Diagnostic value OU Sensitivity and specificity OU Quality control OU Reference standards OU Diagnostic errors OU False negative reactions OU False positive reactions OU Observer variability OU Reproducibility OU Reproducibility of results OU Reliability OU Diagnostic accuracy OU Predictive value of tests OU Quality assurance, health care OU Quality criter** (dans le titre) *OU Diagnosis, differential.*

233 références ont été obtenues sur MEDLINE, 9 sur HealthSTAR et 115 sur EMBASE.

➔ La prise en charge thérapeutique de l'alcoolisme et de l'ivresse

1) Les essais contrôlés randomisés

Les mots clés initiaux ont été associés à :

Therapy OU Drug therapy OU Rehabilitation

et à :

Randomized controlled trial (en descripteur ou en type de publication) *OU Controlled clinical trial(s)* (en descripteur ou en type de publication) *OU Double-blind method OU Double blind procedure OU Random allocation.*

223 références ont été obtenues sur MEDLINE, 4 sur HealthSTAR et 74 sur EMBASE.

2) La prise en charge thérapeutique aux urgences

Les mots clés initiaux ont été associés à :

Therapy OU Drug therapy OU Rehabilitation

et à :

*Emergency OU Emergency health service OU Emergency medicine OU Emergency treatment OU Emergenc** (dans le titre) *Emergencies OU Emergency medical services OU Emergency nursing OU Emergency service, hospital OU Emergency treatment OU Emergency ward.*

25 références ont été obtenues sur MEDLINE, 1 sur HealthSTAR et 49 sur EMBASE.

➔ La littérature française a été recherchée sur la banque de données PASCAL

150 références ont été obtenues.

Recherche manuelle

Le sommaire des revues suivantes a été dépouillé pendant toute la durée du travail.

Revues générales : *Annals of Internal Medicine, Archives of Internal Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, Concours Médical, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Presse Médicale, Revue du Praticien, Revue de Médecine Interne, Revue Prescrire.*

Revues spécialisées : *Alcohol & Alcoholism, Alcoologie, Annals of Emergency Medicine, Addictions.*

ARGUMENTAIRE

I. INTRODUCTION

La procédure diagnostique d'une intoxication éthylique aiguë (IEA), abusivement dénommée *ivresse*, ne fait pas partie du thème de travail, mais en constitue un préalable. En effet, la conférence de consensus (CC) de la Société francophone d'urgences médicales en 1992 (1) avait adopté une définition essentiellement clinique et une prise en charge spécifique de l'intoxication elle-même et de ses conséquences cliniques (voir les recommandations de cette CC en *annexe*). Elles seront en grande partie reprises ici. Sera exclue de ce travail l'IEA comme moyen exclusif ou associé à une tentative de suicide (TS), en raison de la spécificité de la prise en charge qui en découle.

L'objectif des présentes recommandations pour la pratique clinique (RPC) consiste, si possible à partir d'une base scientifique, à établir ou à envisager les possibilités d'une prise en charge dite « alcoologique » pour les patients admis dans les services d'urgences (SU) pour IEA.

Le profil du patient pris en compte répond aux deux critères suivants :

- 1) l'IEA est le motif de recours unique au SU ou est associée à un autre motif de recours (par exemple, des conséquences traumatiques), en excluant les poly-intoxications et les TS ;
- 2) la prise en charge ultérieure, après le passage au SU ou en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), n'est qu'alcoologique, sans préjuger des autres besoins de soins (psychiatriques, médicaux, chirurgicaux, etc.) ou des prises en charge sociales qui doivent être satisfaites par ailleurs.

Les recommandations concernent également l'IEA volontaire chez les enfants et les adolescents lorsqu'il s'agit du motif d'admission au SU.

Cette RPC n'a pas pour objectif le dépistage et la prise en charge alcoologique de tous les malades en difficulté avec l'alcool admis dans les SU, quels que soient le motif de l'admission et le devenir du patient. En effet, les patients admis dans les SU pour IEA ne représentent qu'une partie de la totalité des patients en difficulté avec l'alcool arrivant aux urgences. Maio (7) a montré que la prévalence d'un abus d'alcool ou d'une alcoolodépendance chez les patients admis en SU après un accident de voiture était de 22,5 %, alors que 55 % d'entre eux avaient une alcoolémie positive. Les patients se présentant dans les SU pour une demande de sevrage ne sont pas concernés par les recommandations.

Dans une étude réalisée en Angleterre dans l'ensemble des SU auprès des professionnels de santé (taux de réponse : 92 %), Waller a montré que 86 % des infirmières et 72 % des médecins attendaient des recommandations concernant les patients en difficulté avec l'alcool et vus aux urgences (8).

II. DÉFINITIONS

II.1. Services d'urgences

Le lieu nommé ici « *service d'urgences* » ou « *structure d'urgences* » fait référence à toute structure d'accueil et de traitement des urgences dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

II.2. Typologie des consommations d'alcool

Il y a 20 ans, le modèle conceptuel de la consommation d'alcool était simple : une dichotomie entre « *alcoolisme* », synonyme d'alcoolodépendance, et « *boire comme tout le monde* », synonyme de consommation modérée, différenciait clairement les malades et les non-malades. Cette dichotomie, du moins en France, se retrouve également dans les représentations sociales, qui sont soit très positives (l'alcool symbole alimentaire et bénéfique, symbole de fête, symbole de relations sociales ou marqueur culturel), soit, à l'opposé, totalement négatives (l'ivrogne).

Depuis, un changement du paradigme de la conception « maladie/alcool » s'est imposé. Des études épidémiologiques ont montré que beaucoup des conséquences psychologiques, sociales et somatiques liées à la consommation d'alcool apparaissaient bien avant le stade d'une alcoolodépendance. De plus, des facteurs de risque (certaines modalités de consommation, certaines constellations sociales) ont pu être identifiés comme prédictifs d'une alcoolodépendance ultérieure. La dichotomie alcoolisme/consommation modérée (le modèle binaire) a été alors remplacée par un spectre de maladies différentes, avec une conceptualisation dynamique de cette maladie. Depuis, « l'abus d'alcool » et « l'usage nocif pour la santé » ont été décrits et retenus dans les classifications internationales DSM-IV (9) et CIM-10 (10) (voir *encadrés 1 et 2* à la fin des recommandations). Malgré la présence de quelques différences dans les définitions « d'abus d'alcool » et « d'utilisation nocive d'alcool », ces concepts sont assimilés ici par la suite (11).

II.3. Alcoolodépendance

L'**alcoolodépendance** est l'ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques liés à la consommation d'alcool, et entraînant un désinvestissement progressif des autres activités. Les symptômes essentiels du syndrome d'alcoolodépendance sont la tolérance, le syndrome de sevrage en l'absence d'alcool, le désir persistant d'alcool et les efforts infructueux pour contrôler son utilisation (voir définitions DSM-IV et CIM-10 dans l'*encadré 3* à la fin des recommandations).

L'**utilisation nocive ou l'usage nocif d'alcool** sont caractérisés par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour un environnement proche ou lointain, les autres, la société. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits (voir définitions DSM-IV et CIM-10 dans l'*encadré 2* à la fin des recommandations).

Plus récente encore est la conception d'une **consommation à risque**. La consommation à risque est une consommation socialement réglée, mais elle est susceptible d'entraîner des

dommages. Ce concept correspond au concept des pays anglo-saxons du « *hazardous alcohol use* » (12).

Afin de bien clarifier cette notion de consommation à risque, il convient de se représenter le risque de deux manières :

- d'une part, un risque sur le long terme : la mortalité augmente au-delà d'une consommation globale supérieure à 4 verres¹ par jour tous les jours (soit 28 unités par semaine) pour les hommes, et à 2 verres par jour tous les jours (soit 14 unités par semaine) pour les femmes, en ne dépassant pas 5 verres par occasion ;
- d'autre part, un risque sur le court terme, puisque la consommation peut être dangereuse dans certaines circonstances : la dangerosité s'explique par l'abaissement des compétences nécessaires à la réalisation de certaines tâches (conduite automobile, conduite d'engins, tâches professionnelles) (13).

Dans le contexte présent, la consommation à risque, qui est un exemple typique de « sous-seuil de maladie » (*subthreshold disease*) (12), ne s'applique pas car les patients arrivés aux urgences pour IEA ont franchi le seuil clinique. Par contre, bien évidemment aux urgences, il se trouve des patients adressés pour d'autres raisons qu'une IEA et qui présentent une consommation à risque. Seule la moitié des patients admis aux urgences pour accident de voiture et ayant un abus d'alcool avait une alcoolémie positive dans l'étude de Maio (7).

Contrairement à la consommation à risque, l'usage nocif et bien sûr l'alcoolodépendance et l'IEA sont eux des manifestations cliniques d'une consommation élevée d'alcool.

II.4. Facteurs de gravité

Les facteurs de gravité sont individuels et environnementaux :

- les facteurs individuels sont, d'une part, liés à la vulnérabilité physiologique du sujet et, d'autre part, liés à sa personnalité (recherche du danger, etc.), son comportement (caractère agressif, arrêt des activités où il s'était auparavant investi, etc.) et à la présence d'une comorbidité psychiatrique (troubles de l'humeur, troubles anxieux, plaintes psychosomatiques, troubles des conduites alimentaires, conduites addictives associées, risque suicidaire, etc.) ;
- les facteurs de risque environnementaux sont des facteurs familiaux (antécédents familiaux d'alcoolodépendance, fonctionnement familial, etc.), des facteurs sociaux (perte du travail, rupture scolaire, etc.) et le rôle des pairs.

II.5. Problème de l'intoxication éthylique aiguë

On comprend aisément à quel point il peut être difficile de différencier une consommation festive, portant sur le plaisir, la sociabilité, et une IEA témoignant d'un usage nocif. Lorsque les ivresses sont précoces, répétées, visant une « défonce » massive, ayant des conséquences médicales, comme par exemple l'admission aux urgences, il est alors légitime de considérer qu'il s'agit de consommations pathologiques, différentes de la simple euphorie festive.

¹ Calcul de la quantité d'alcool : un verre ou unité de boisson alcoolisée, consommé par exemple dans un bar, contient toujours environ 10 g d'alcool pur : un verre de vin rouge = 10 g, un demi = 10 g, un whisky = 10 g, etc.

III. QUELLES SONT LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DISPONIBLES ?

III.1. Prévalence

De manière assez surprenante, la prévalence exacte de l'IEA dans les SU n'est pas connue avec précision en France. La plupart des études sur ce sujet ont été réalisées en dehors de la France et les données ne sont pas toujours transposables.

À notre connaissance, il existe une seule étude française publiée, qui a examiné la prévalence des alcoolémies positives parmi tous les patients admis au SU du centre hospitalier général (CHG) de Montbéliard (14). Cette étude a montré que 17,4 % des patients avaient une alcoolémie positive et que la plupart (14,5 %) avaient une alcoolémie supérieure à 0,8 g/l.

Dans une étude conduite dans un service d'accueil aux urgences en Allemagne, Polte (15) a trouvé une prévalence de 25,6 % de patients en difficulté avec l'alcool.

Driessen (16) a effectué une méta-analyse sur la prévalence en SU et chez les médecins généralistes des problèmes liés à la consommation d'alcool. Il a inclus 30 études. Les critères de sélection étaient l'utilisation des tests de dépistage standardisés. La limite de cette méta-analyse est de prendre en compte des tests de dépistage qui ne sont pas tout à fait comparables (sensibilité et spécificité différentes ou inconnues dans les SU). Driessen a trouvé une prévalence de la consommation à risque de 10,1 % et de l'abus d'alcool ou de l'alcoolodépendance de 18,9 %.

Lejoyeux (17) a étudié la prévalence des patients alcoolodépendants parmi des patients admis aux urgences psychiatriques entre 9 h et 19 h, et a trouvé une prévalence de 37,5 %.

Dans une thèse réalisée au SU du CHG de Boulogne-sur-Mer en 2000 (18), une des analyses portait sur le profil socio-démographique de la population admise pour IEA. L'auteur a trouvé, sur 523 dossiers exploités, 78 % d'hommes et 60 % de moins de 45 ans ; 57 % vivaient seuls, 35 % en couple, 38 % étaient sans ressources et 12 % sans logement. Cette étude souligne la jeunesse de la population en cause et l'importance des problèmes sociaux.

III.2. Morbidité et mortalité

Davidson (19) a étudié, sur une période de 5 ans, la morbidité et la mortalité dans une cohorte de 150 patients admis pour IEA au SU de 4 hôpitaux différents du Colorado aux États-Unis, et les a comparées avec celles d'un groupe témoin (50 autres patients admis en SU, appariés sur l'âge, le sexe, la date et l'heure d'admission). Il a montré (étude de niveau 1) que la mortalité sur une durée de 5 ans était 2,4 fois plus élevée chez des patients admis pour IEA. Les patients âgés de 40 à 69 ans avaient une mortalité de 19 % ; 37 % des patients admis pour IEA étaient réadmis au minimum une fois dans les 5 ans pour la même raison, contre seulement 6 % du groupe témoin. Parmi les patients admis pour IEA, 24 % étaient hospitalisés pour une cure de sevrage contre 10 % des patients du groupe témoin ; 36 patients du groupe IEA ont été admis 145 fois dans les centres spécialisés contre seulement 5 admissions pour ceux du groupe témoin. Davidson concluait qu'une seule admission aux urgences pour IEA était un facteur prédictif important de la conduite

d'automobile sous l'empire d'alcool, d'un abus d'alcool et probablement d'un décès prématuré.

À Bruxelles, De Clercq (20) a étudié le profil clinique de 85 alcooliques et leur devenir sur une période de 4 ans après le passage dans le SU : 31,8 % de ces patients s'étaient présentés spontanément à l'hôpital, 15 % environ avaient été adressés par leur médecin, approximativement 50 % avaient été envoyés par leur entourage et 6 % par la police. Quatre années plus tard, 11,8 % des patients concernés étaient décédés et 20,8 % étaient abstinents. Les scores sociaux et symptomatiques étaient particulièrement mauvais pour la majorité d'entre eux. Alors que plus de la moitié des patients concernés avait une activité professionnelle au départ, à la fin de la période d'étude, seulement 32,8 % l'avaient conservée. De même, alors que 31,2 % étaient assistés lors de leur premier passage aux urgences, ils étaient 53,1 % à l'être 4 ans plus tard. Plus de la moitié des assistés dépendaient de la Sécurité sociale en tant qu'invalides (52,8 %), 29,4 % de l'Assistance publique et 16,6 % des caisses de chômage. Si l'on comparait les statuts professionnels et la consommation d'alcool après 4 années, les patients abstinents ou qui avaient stabilisé leur consommation avaient gardé une activité professionnelle stable, alors que, chez ceux qui avaient continué ou augmenté leur consommation, la proportion d'actifs chutait de 53,1 % à 15,6 % et celle d'assistés passait de 40,6 % à 78,2 %.

Cherpitel (21) a étudié des patients (n = 91) en difficulté avec l'alcool admis dans le SU d'un hôpital californien sur une période de 18 mois. Il les a comparés avec un groupe témoin de patients en difficulté avec l'alcool pris en charge par un médecin généraliste. Les patients du groupe « SU » avaient un risque 7 fois plus élevé que ceux du groupe témoin d'avoir une consultation en ambulatoire pour des raisons autres que le problème d'alcool. Il a également trouvé que la fréquence de consommation et celle des IEA étaient plus grandes, et que les conséquences liées à cette consommation étaient plus graves dans le groupe « SU » que dans le groupe témoin.

Dans une étude conduite pendant 2 mois dans le SU du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand (22), le taux de la transferrine désialylée (CDT) et de la γ GT a été quantifié et le questionnaire CAGE a été proposé à tous les patients ayant une IEA selon les critères du DSM-IV. Ces intoxications témoignaient au moins d'un usage nocif d'alcool : 82 % des sujets avaient un questionnaire DETA positif, 41,6 % avaient un taux de la γ GT supérieur à la normale et 65,6 % un taux de la CDT supérieur à la normale. En associant la γ GT et la CDT, 79,52 % des patients avaient un des 2 marqueurs positifs, alors que seulement 9 % environ des personnes concernées avaient la γ -GT et la CDT normales et un questionnaire DETA négatif. Sur l'ensemble de ces patients, 25 % avaient un travail régulier.

IV. ÉVALUATION DES RÉPONSES DONNÉES AUX PATIENTS

Cherpitel (21) a montré, dans une étude concernant 91 patients en difficulté avec l'alcool reçus au SU d'un hôpital californien, que seulement 9 % (n = 10) d'entre eux avaient été identifiés et documentés par l'équipe médicale, et seul un patient avait été orienté vers une prise en charge spécifique.

Dans l'étude française réalisée au SU du CHG de Montbéliard (14), 50 % des patients ayant des alcoolémies supérieures à 0,8 g/l étaient sortis sans hospitalisation, 28 % avaient été hospitalisés, 22 % envoyés au commissariat de police. Un traitement spécifique avait été proposé seulement à 2 % des patients concernés.

Et pourtant l'efficacité de la prise en charge alcoologique des patients admis aux urgences est très bien démontrée. Gentilello (23) a démontré, dans une étude contrôlée avec un suivi de 3 ans aux urgences chirurgicales, que le taux de réadmissions des patients ayant eu une intervention brève après leur admission liée à un mésusage d'alcool avait diminué de 47 % comparé avec les témoins.

Danielsson (24) a étudié l'association entre le dépistage systématique aux urgences chirurgicales, le savoir-faire des chirurgiens, leur attitude et leur responsabilité vis-à-vis des problèmes d'alcool. Il a demandé à la moitié des membres (n = 419) de l'*American Association for Surgery of Trauma* de remplir un questionnaire de 29 items ; 241 personnes ont répondu et 203 questionnaires ont été inclus dans l'analyse ; 83 % des chirurgiens ont répondu qu'ils n'avaient pas reçu de formation sur le dépistage et le diagnostic des patients en difficulté avec l'alcool, 76,4 % ne connaissaient pas le questionnaire CAGE, 18,7 % pratiquaient systématiquement le dépistage, 29 % le pratiquaient souvent (> 75 % des patients) et 53,5 % le pratiquaient chez moins de 25 % des patients. Danielsson a alors défini deux groupes de praticiens : le groupe des *screeners* (ceux qui effectuaient un dépistage systématique ou au moins fréquemment) et le groupe des *nonscreeners* (les autres). La raison invoquée le plus fréquemment (46,6 %) par les *nonscreeners* pour justifier le non-dépistage était un manque de temps. Cette même raison était donnée par seulement 28,2 % des *screeners* (p = 0,04) ; 54 % des *screeners* pensaient avoir la responsabilité de pratiquer le dépistage contre seulement 25,5 % des *nonscreeners* (p < 0,001). Les *screeners* (54,4 %) étaient en général plus confiants en leur savoir-faire que les *nonscreeners* (25,4 %). Seulement 34,5 % des *screeners* et 24,4 % des *nonscreeners* pensaient que les interventions brèves, pour des patients en difficulté avec l'alcool, avaient au minimum une efficacité modérée ; 59,9 % des *nonscreeners* pensaient que le dépistage était intrusif pour le patient contre seulement 10,3% des *screeners* (p = 0,008). Danielsson concluait que le manque de dépistage était plutôt lié à des facteurs cognitifs qu'à un manque de motivation ou à un manque de temps.

V. QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CLINIQUES ET PARACLIQUES QUI PERMETTENT L'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS ?

Le diagnostic d'IEA est traité dans la CC de 1992 (1). Il sera seulement rappelé ici que le diagnostic d'IEA est le plus souvent clinique (logorrhée avec parole hachée, bredouillante, incoordination motrice, démarche ébrieuse, gestes imprécis, conjonctives injectées, haleine œnolique). Cependant, l'IEA n'est pas reconnue dans tous les cas et les symptômes observés ne sont pas spécifiques ; ils peuvent être observés au cours d'intoxications par d'autres substances psycho-actives que l'éthanol. Autant que faire se peut, une mesure de la concentration d'éthanol dans le sang ou dans l'air expiré est recommandée afin d'objectiver l'IEA. Cependant la réalisation systématique de cet examen aux urgences paraît difficile. Elle est recommandée en cas de doute diagnostique. Dans une démarche alcoologique, elle est considérée comme un moyen de lutter contre le déni de la part du patient et d'amorcer la prise en charge.

Dans le cadre de la présente RPC, les éléments cliniques et paracliniques qui permettent de faire le diagnostic entre une alcoolodépendance et un usage nocif d'alcool vont être analysés. Ce diagnostic repose essentiellement sur l'interview clinique. Les manifestations cliniques nécessaires pour faire le diagnostic de l'alcoolodépendance ou d'usage nocif d'alcool sont décrites dans les *encadrés 2 et 3*.

Des questionnaires standardisés ont été développés pour donner aux cliniciens des moyens simples et maniables pour détecter les patients en difficulté avec l'alcool. Les plus utilisés de ces questionnaires sont le questionnaire DETA (version française du questionnaire CAGE en langue anglaise) (25), le questionnaire B-MAST (26) et AUDIT. Ces questionnaires sont également validés dans le cadre des SU (27,28).

V.1. Questionnaires standardisés

Soderstrom (27) (étude de niveau 1) a étudié les valeurs diagnostiques des questionnaires CAGE, AUDIT, B-MAST et du test biologique d'alcoolémie dans une population de patients admis aux urgences chirurgicales de l'*University of Maryland Medical System in Baltimore* (États-Unis). Le critère opérationnel de comparaison était le « *Structured Clinical Interview* » DSM III-R [SCID]. Au total, 1 118 patients ont été interviewés (72,1 % d'hommes, 27,9 % de femmes). L'alcoolémie a été dosée chez 96,3 % des patients. Pour 29,2 % d'entre eux, l'alcoolémie était positive et 43,6 % des patients avaient un abus d'alcool ou une alcoolodépendance (cf. *tableau 1*).

Tableau 1. Sensibilité et spécificité des questionnaires d'après l'étude de Soderstrom, 1997 (27).

	Sensibilité (Se)	Spécificité (Sp)
CAGE		
Standard et meilleur cut-off (≥ 2)	0,84	0,90
AUDIT		
Standard cut-off (≥ 8)	0,75	0,87
Meilleur cut-off (≥ 9)	0,73	0,89
B-MAST		
Standard cut-off (≥ 6)	0,76	0,88
Meilleur cut-off (≥ 5)	0,80	0,85
Alcoolémie +	0,52	0,83

Cherpitel (28) (étude de niveau 1) a également étudié les valeurs diagnostiques des questionnaires CAGE, AUDIT, B-MAST et TWEAK (29) dans une population de patients admis aux urgences d'un hôpital de Californie. Cherpitel les a étudiées aussi bien pour des alcoolodépendants que pour des abuseurs. Au total, l'AUDIT et le TWEAK avaient la meilleure performance. Les résultats détaillés sont présentés dans le *tableau 2*.

Tableau 2. Sensibilité et spécificité des questionnaires d'après l'étude de Cherpitel, 1995 (28).

	DÉPENDANTS			ABUSEURS			
	SCORE	Se	Sp	SCORE	Se	Sp	
CAGE	2	0,76	0,90	CAGE	2	0,75	0,88
B-MAST	6	0,30	0,99	B-MAST	6	0,31	0,98
AUDIT	8	0,83	0,89	AUDIT	8	0,85	0,88
TWEAK	3	0,84	0,86	TWEAK	3	0,87	0,84

Le questionnaire DETA (30) a l'avantage d'être extrêmement court (voir *encadré 4* à la fin des recommandations) : il se compose de seulement 4 questions faciles à mémoriser et est très maniable pour le personnel médical et paramédical. En effet, il ne requiert aucun matériel (questionnaires préimprimés, etc.). Il peut être utilisé comme un autoquestionnaire ou être administré par un soignant. Par contre, il ne permet pas de faire la différence entre une alcoolodépendance et un usage nocif d'alcool et peut seulement confirmer le diagnostic clinique d'un problème d'alcool. On le considère comme positif quand au minimum 2 questions sur 4 sont positives.

Le questionnaire AUDIT (*Alcohol-Use Disorders Identification Test*) (voir *encadré 5* à la fin des recommandations) est un autoquestionnaire qui se compose de 10 questions (31). Il est donc plus long et plus difficile à réaliser que le questionnaire DETA, ce qui ne signifie pas qu'il ne soit pas tout à fait utilisable et ceci dans un temps bref, dans un SU. Il a une

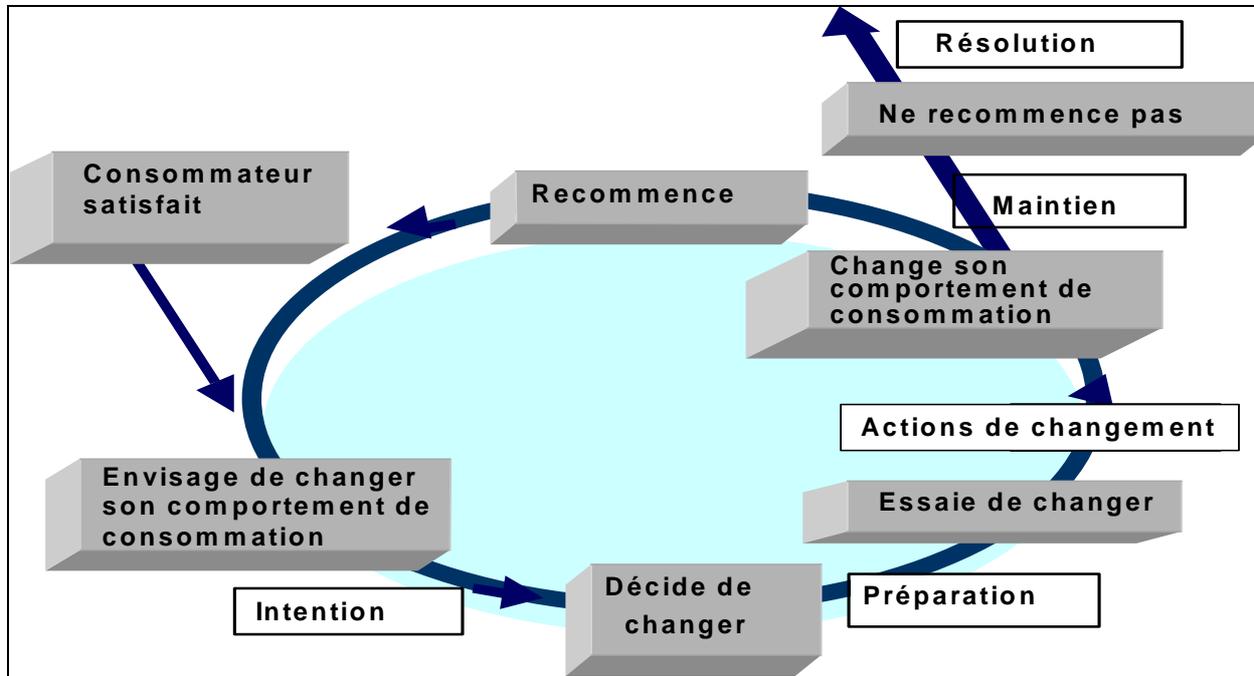
très bonne sensibilité et une bonne spécificité. Le questionnaire AUDIT aide à faire la différence entre une alcoolodépendance et un usage nocif d'alcool.

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve. À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés. Tout passage d'une étape à la suivante doit être considéré comme une réussite, aussi bien par le médecin que par le patient. Ce processus n'est pas linéaire : il peut y avoir des retours à un stade précédent. Une étape peut durer plus ou moins longtemps. Les différents stades ont été décrits par Prochaska et DiClemente (32) (voir *encadré 1* ci-après). C'est un des intérêts de ce schéma que de prendre en compte la possibilité de retour en arrière comme partie intégrante du processus de changement.

Le *Readiness to Change Questionnaire* (33, 34) est un questionnaire qui mesure le degré de motivation du patient pour changer ses habitudes de consommation. Il peut être utilisé auprès de patients dont le clinicien ne connaît pas le stade de maturation. Par contre, si pour le poser seules quelques minutes sont nécessaires, son interprétation s'avère complexe. À l'heure actuelle, il n'existe pas de traduction validée de ce questionnaire en français.

Quelques questions plus simples ont été élaborées (22) et permettent approximativement d'évaluer le degré de motivation des patients (voir *encadré 2* ci-après).

Encadré 1. Le cycle de Prochaska et DiClemente (32) : les 6 étapes d'un changement de comportement d'après Reynaud, 2001 (22).



1. **La pré-intention** : la personne n'envisage pas de changer son comportement dans les 6 prochains mois. Les raisons en sont variées : manque d'information, manque de confiance en soi, échecs antérieurs, peur des conséquences, choix d'autres priorités, etc.
2. **L'intention** : elle envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche. Elle pèse le pour et le contre.
3. **La préparation** : la décision est prise et la personne se prépare au changement. Elle demande conseil, recherche des informations.
4. **L'action** : c'est une période d'environ 6 mois au cours de laquelle la personne modifie ses habitudes. Cela lui demande beaucoup d'attention et d'énergie au quotidien.
5. **Le maintien** : il s'agit alors d'éviter les rechutes. L'effort à fournir est moins intense, la personne a davantage confiance en ses capacités.
6. **La résolution** : c'est le moment où la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à un comportement antérieur, même quand elle est stressée, anxieuse, déprimée ou en colère. De plus, elle est tout à fait convaincue qu'elle ne rechutera pas. Une étude auprès d'anciens fumeurs et d'anciens alcooliques a montré que moins de 20 % des individus de chaque groupe avaient atteint ce stade, c'est-à-dire n'éprouvaient plus aucune tentation et avaient acquis 100 % d'assurance. Sans doute faut-il considérer cette étape comme un idéal pour la majorité des gens, l'objectif réaliste étant de rester à l'étape de maintien. Puisque le stade de la résolution semble difficile à atteindre dans la réalité, les chercheurs lui accordent peu d'importance.

Encadré 2. Proposition de questionnaire d'après Reynaud, 2001 (22).

Laquelle de ces propositions décrit le mieux votre situation actuelle ?

(une seule réponse)

1) Je consomme des produits, et je n'ai pas l'intention d'arrêter dans les 6 prochains mois

⇒ **pré-intention**

2) Je consomme des produits, mais j'ai sérieusement l'intention d'arrêter (ou de changer) dans les 6 prochains mois

⇒ **intention**

3) Je consomme, mais j'ai décidé d'arrêter ou de modifier sérieusement ma consommation dans le mois qui vient

⇒ **préparation**

4) J'ai modifié (ou arrêté) ma consommation depuis moins de 6 mois

⇒ **action**

5) J'ai modifié (ou arrêté) ma consommation depuis plus de 6 mois

⇒ **maintien**

V.2. Marqueurs biologiques

En dehors de l'alcoolémie utile pour affirmer le diagnostic de l'IEA, le volume globulaire moyen (VGM), la γ GT, les transaminases et la transferrine désialylée (CDT) sont des témoins d'alcoolisations répétées.

La recherche des marqueurs biologiques de l'intoxication alcoolique ne peut pas être effectuée systématiquement dans les SU, surtout si le sujet y est admis pour un autre motif que l'IEA ne nécessitant pas de prélèvement sanguin. Les marqueurs biologiques peuvent renforcer l'évaluation clinique et aider le médecin et le patient à objectiver le problème de l'alcoolisation et de ses conséquences. Ils ne permettent pas de faire la distinction entre l'usage nocif d'alcool et l'alcoolodépendance. L'intérêt de ces marqueurs réside plutôt dans l'ancrage d'une relation médecin-malade dans le cadre d'un suivi alcoolologique. Dans le suivi, les marqueurs peuvent détecter très précocement des reprises d'alcool (surtout la CDT). Si le contexte de l'admission ne requiert pas de prélèvement sanguin, une ordonnance d'examens biologiques à réaliser avant la consultation auprès du médecin traitant ou du spécialiste est recommandée. Les marqueurs biologiques seront donc demandés chaque fois qu'une consultation à caractère alcoolologique peut suivre.

V.2.1. Le VGM

Le VGM est le marqueur d'un problème d'alcool déjà installé. La demi-vie des globules rouges étant de 3 mois, il est plutôt considéré comme un marqueur de long terme. On ne peut pas le considérer comme un témoin précoce, car sa sensibilité est trop faible pour être un marqueur utile pour le dépistage d'un usage nocif d'alcool. Une étude multicentrique conduite en France (13) (étude de niveau 1) sur l'objectivation de l'abus d'alcool par les marqueurs biologiques lui a trouvé une sensibilité de 4 % et une spécificité de 96 % dans l'usage nocif d'alcool. Cela signifie que 96 % des patients présentant un abus d'alcool ne seront pas détectés en utilisant le VGM. En revanche, en cas d'alcoolodépendance, sa sensibilité augmente à 63 %.

V.2.2. La γ GT

La γ GT est une enzyme membranaire d'origine hépatique bien connue autant par les patients que par les praticiens. Le taux de γ GT augmente suite à la consommation de 80 à 200 g d'alcool par jour pendant plusieurs semaines. Sa sensibilité dans l'abus d'alcool est meilleure que celle du VGM, mais reste faible (42 %) avec une spécificité de 76 % seulement (13). En effet, il y a diverses autres causes d'augmentation comme la cirrhose du foie, les cholestases hépatiques, les cardiopathies, le diabète et certains traitements inducteurs enzymatiques comme par exemple les antiépileptiques. Dans le cas de l'alcoolodépendance, sa sensibilité augmente à 80 %.

V.2.3. La transferrine désialylée

La transferrine est une β -glycoprotéine participant au transport du fer. Il existe 9 isoformes de la transferrine. Les formes asialo, monosialo et disialo-transferrine constituent la transferrine désialylée proprement dite. Ce marqueur a été décrit pour la première fois par Helena Stibler en 1979 (35). Sa demi-vie est de l'ordre de 2 semaines (36). À l'heure actuelle, les seules circonstances où des taux positifs sont observés sont les atteintes hépatiques très sévères, une variante génétique de la transferrine et le syndrome de déficience en glycosylation (37). Chez la femme enceinte, on note également une augmentation relativement faible de l'activité de la CDT.

Le taux de la CDT augmente pour des consommations plus faibles que celles nécessaires pour faire augmenter la γ GT. Bien qu'aucune étude portant sur un grand nombre de patients n'ait pu clairement définir la quantité, la durée, la fréquence de consommation nécessaires pour faire élever le taux de la CDT, toutes les données expérimentales indiquent qu'une consommation d'alcool comprise entre 50 et 80 g par jour pendant au moins 2 semaines augmente le taux de CDT chez 81 à 94 % des sujets (38). Il a été trouvé pour la CDT une sensibilité de 67 % et une spécificité de 97 % dans l'usage nocif d'alcool. Dans l'alcoolodépendance, la sensibilité de la CDT est de 85 %. À l'arrêt du mésusage d'alcool, la CDT retrouve un taux inférieur à la normale en un laps de temps de 2 à 4 semaines. Par contre, si une réalcoolisation survient peu après le début de l'abstinence, la CDT semble augmenter plus rapidement, ce qui en fait un outil de choix dans le dépistage des reprises d'alcool après sevrage (39).

V.2.4. La combinaison des différents marqueurs biologiques pour le diagnostic de l'usage nocif d'alcool et de l'alcoolodépendance

La combinaison des différents marqueurs accroît la sensibilité, mais réduit la spécificité (voir *tableau 3*). La combinaison de la CDT et du VGM augmente la sensibilité à 70 % dans l'usage nocif d'alcool avec une spécificité de 93 %. Cette combinaison a une sensibilité de 94 % dans l'alcoolodépendance. La combinaison de la CDT et de la γ GT élève la sensibilité à 86 % dans le cas de l'usage nocif d'alcool et à 96 % pour l'alcoolodépendance. Toutefois, elle diminue la spécificité à 74 %, ce qui est essentiellement lié à la faible spécificité de la γ GT. Le couple CDT- γ GT est particulièrement intéressant parce que les mécanismes biologiques de leur augmentation liée à la consommation d'alcool sont différents. Les diverses études ont montré qu'il n'y avait pas de corrélation entre la γ GT et la CDT.

Tableau 3. Valeurs diagnostiques des marqueurs biologiques d'après Reynaud, 2000 (13).

	ABUSEURS		DÉPENDANTS	
	Se	Sp	Se	Sp
<i>CDT</i>	0,67	0,97	0,85	0,97
<i>GGT</i>	0,42	0,76	0,80	0,76
<i>VGM</i>	0,24	0,96	0,63	0,96
<i>CDT + GGT</i>	0,86	0,74	0,96	0,74
<i>GGT + VGM</i>	0,54	0,75	0,90	0,75
<i>CDT + VGM</i>	0,70	0,93	0,94	0,93

V.3. Évaluation spécifique

V.3.1. Consommation d'alcool

1. Quantité : la consommation est évaluée en verres, unité internationalement reconnue de consommation que les patients savent bien exprimer. La quantité d'alcool ingérée est indépendante du type de boisson consommée car la taille des verres est inversement proportionnelle à la teneur en alcool de la boisson. Ainsi, si l'on considère les verres « standard » utilisés dans les cafés, il y a sensiblement autant d'alcool dans un verre de spiritueux, de vin ou de bière, soit environ 10 à 12 g d'alcool pur.

Il convient de différencier :

- les consommations régulières, quotidiennes : le nombre de verres consommés au cours de la semaine précédente donne une bonne idée de la situation ;
- les consommations irrégulières : il faut estimer le nombre de verres consommés quand l'occasion de boire se présente, ainsi que le nombre de jours avec alcool, par semaine ou par mois selon les cas.

2. Fréquence des intoxications.

3. Précocité de la consommation : âge de début de la consommation, des premières IEA.

V.3.2. Repérage des facteurs de risque psychosociaux

1. La précocité du début des troubles.
2. Les perturbations du comportement (notamment le caractère agressif).
3. Les événements de vie traumatiques.

V.3.3. Repérage d'une comorbidité psychiatrique

1. Les troubles des conduites/hyperactivité avec déficit de l'attention.
2. Les troubles de l'humeur.
3. Les troubles anxieux.
4. Les troubles des conduites alimentaires.

V.3.4. Repérage des facteurs familiaux

1. Les antécédents familiaux d'alcoolodépendance.
2. Les événements de vie familiaux : décès, perte, séparation, abandon, etc.

V.3.5. Repérage des facteurs d'environnement social

1. La perte de repères sociaux.
2. La misère familiale, le chômage, la dislocation de la cellule familiale.
3. L'instabilité ou la rupture scolaire.

V.3.6. Repérage des consommations de substances psycho-actives associées

1. Tabac.
2. Psychotropes.
3. Drogues illicites.

L'objectif d'une meilleure connaissance de ces différents indicateurs est de pouvoir apprécier la globalité d'un tableau clinique dans une histoire individuelle et environnementale singulière, et d'en repérer la persistance, la répétition et le cumul qui doivent faire craindre un malaise plus profond et imposent une action thérapeutique spécialisée.

VI. QUELS SONT ET QUELS DOIVENT ÊTRE LES MISSIONS, LES COMPÉTENCES ET LES RÔLES DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE ?

VI.1. Formation et structures nécessaires

La seule façon de voir mieux pris en compte les problèmes d'alcool est d'améliorer le niveau de compétence de dialogue de ceux qui sont confrontés aux personnes en difficulté avec l'alcool et de mieux valoriser le temps et la disponibilité qu'ils consentent. Il est recommandé de mettre en place des formations en alcoologie (40), d'une qualité prouvée, pour la totalité du personnel des SU, en les adaptant aux différentes catégories et à leurs missions. Il est fortement demandé de mettre en cohérence cette recommandation et son application.

VI.2. Attitudes

Généralement, la prise en charge de patients en difficulté avec l'alcool concerne l'ensemble de l'équipe médicale, paramédicale et sociale aux urgences. Des attitudes négatives de l'équipe vis-à-vis des personnes en difficulté avec l'alcool peuvent rendre impossible toute prise en charge ultérieure ou générer des situations d'agression, voire de violence aux urgences. L'expression de l'empathie par une écoute attentive des propos du patient, même s'ils sont bruyants, peut non seulement clarifier les expériences, les circonstances et les interprétations de ce dernier, mais également lui donner une impression de sécurité. Toute attitude moralisatrice est donc contre-productive et devrait être évitée. De même, le scepticisme des soignants et des médecins à propos de l'efficacité du traitement peut en partie expliquer les mauvaises performances de l'équipe elle-même. Une bonne prise en

charge se fonde sur la croyance en son efficacité. L'équipe doit être convaincue que le patient est capable de changer à tout moment son comportement par rapport à l'alcool (41).

VI.3. Compétences

Une bonne prise en charge se fonde également et bien sûr sur un ensemble de compétences minimales que doivent posséder les soignants et les travailleurs sociaux vis-à-vis des patients en difficulté avec l'alcool. Il est recommandé que l'ensemble de l'équipe connaisse la typologie de la consommation d'alcool et partage des connaissances sur l'épidémiologie et les principes du traitement.

Il est recommandé que l'ensemble de l'équipe sache faire une interview clinique de qualité. Tout membre de l'équipe doit être capable d'utiliser le questionnaire DETA. Certains membres identifiés devraient, en plus, connaître et pouvoir conduire le questionnaire AUDIT, et mener un entretien motivationnel.

Les intervenants spécialisés (alcoologues, psychiatres) devraient posséder un diplôme universitaire, une capacité en alcoologie ou un DESC d'addictologie. Des formations psychothérapeutiques seraient souhaitables. Ils devraient avoir une excellente connaissance de toutes les structures locales et régionales qui prennent en charge les patients en difficulté avec l'alcool. Ils devraient participer à la mise en œuvre des formations pour l'équipe.

VI.4. Interview clinique

L'entretien clinique de qualité a des caractéristiques de base :

- **présentation de la personne** ;
- **annonce du déroulement de l'entretien** et de l'examen clinique. Par exemple : *médecin* : « Je vais d'abord vous poser quelques questions sur ce qui vous amène et sur votre situation (questions ouvertes)... Après, il me faudra vous poser des questions auxquelles je vais vous demander de simplement répondre par oui ou par non (questions fermées visant à obtenir des informations médicales spécifiques). Après, je vais vous examiner » ;
- **écoute active** : il ne s'agit ni de laisser le patient parler seul et de courir le risque qu'il ne dise rien ou qu'il s'égaré dans des considérations peu utiles, ni de laisser le médecin s'exprimer seul et prodiguer des conseils et des recommandations, souvent en décalage avec les souhaits du patient. Il s'agit d'un entretien semi-structuré laissant un espace de parole suffisant au patient, mais au cours duquel le médecin est amené à recentrer la discussion et à recueillir les informations nécessaires au diagnostic et aux propositions thérapeutiques.

L'écoute active se sert de plusieurs techniques de communication :

- A. **la reformulation** : il s'agit de reformuler les propos du patient d'une part pour vérifier que le médecin a bien compris la pensée du patient et d'autre part pour l'aider à s'exprimer. Par exemple : *patient* : « ... ça n'a pas marché ..., ils m'ont viré... » *médecin* : « Si j'ai bien compris, vous avez perdu votre travail parce que... » ;
- B. **la réflexion (mirroring)** : il s'agit de répéter une phrase ou un bout de phrase. Par exemple : *patient* : « ... j'étais mal et mes enfants ont été placés... » *médecin* : « ... vos enfants ? » ;

- C. **repandre** : il s'agit de reprendre la fin d'une phrase si le patient arrête de parler brusquement. Ceci incitera le patient à continuer ;
- D. **la synthèse des propos** : il s'agit de synthétiser les propos du patient. Par exemple : *médecin* : « Vous me dites que vous vous sentez dépressif et que vous buvez trop ces derniers temps... ».

VI.5. Moment de la prise en charge

Il est recommandé que l'évaluation et la prise en charge soient réalisées systématiquement après dégrisement, au mieux après quelques heures en UHCD ou dans le service même d'urgences s'il y a de la place. Le dégrisement n'est pas défini par une alcoolémie, mais par l'absence des signes cliniques initiaux qui ont défini l'IEA. L'intoxication n'est pas définie par le taux d'alcoolémie.

VI.6. Organisation de la prise en charge

L'organisation de la prise en charge dépend de l'hôpital et des possibilités locales. Idéalement, il est recommandé d'avoir deux niveaux complémentaires d'intervention.

- Le **1^{er} niveau** est effectué par l'ensemble de l'équipe soignante du SU. L'intervention consiste à détecter les patients en difficulté avec l'alcool par l'examen clinique et le questionnaire DETA, à créer une ambiance sécurisante qui facilitera l'acceptation d'une prise en charge ultérieure, à rechercher les éléments de gravité, à apprécier la situation environnementale afin de répertorier les facteurs de comorbidité, et à réaliser une « intervention ultra- brève » décrite plus loin.
 - L'urgentiste : l'urgentiste est le médecin ou le chirurgien qui pose le diagnostic d'IEA. C'est à lui d'ordonner les examens complémentaires et spécifiques. C'est l'urgentiste qui prendra la décision de demander l'intervention d'un psychiatre, d'un alcoologue ou d'une assistante sociale. Une des tâches importantes de l'urgentiste est de créer une ambiance sécurisante qui facilitera l'acceptation d'une prise en charge ultérieure par le patient. Il sera capable de conduire une « intervention ultra-brève » décrite plus loin. Il devrait être capable d'identifier les problèmes psychologiques et sociaux principaux du patient.
 - L'équipe paramédicale : l'attitude professionnelle de l'équipe paramédicale vis-à-vis des patients ayant une IEA renforce le climat de confiance déjà installé, climat qui est propice à la réflexion et à l'acceptation par le patient de sa prise en charge ultérieure. Tout membre de l'équipe paramédicale doit être capable de poser le questionnaire DETA et de conduire une « intervention ultra-brève ».
 - Au sein de l'équipe soignante du SU, il est recommandé qu'existe un intervenant (médecin ou infirmier), spécialement formé pour les problèmes d'alcool, ayant des compétences supplémentaires lui permettant d'utiliser le questionnaire AUDIT et de mener un entretien de motivation, de jouer un rôle de coordination des soins et en particulier capable d'alerter les acteurs du 2^e niveau.
- Le **2^e niveau** est effectué par un des membres d'une équipe d'alcoologie ou d'addictologie de liaison ou par un psychiatre. La prise en charge spécialisée des patients les plus difficiles, en particulier ceux chez qui des facteurs de comorbidité ont

été découverts, est de leur ressort. Ils orientent les patients dans des unités hospitalières spécialisées. En présence simultanée d'un psychiatre et d'un alcoologue, c'est le psychiatre qui prend en charge les patients ayant des signes cliniques de comorbidité psychiatrique.

VI.7. Équipe spécialisée dans la prise en charge des patients ayant des problèmes avec l'alcool

La circulaire DH/EO4 n° 96-557 du 10 septembre 1996 (42) a invité les directeurs d'hôpitaux à créer des équipes d'alcoologie de liaison (AL) pour « *organiser les conditions d'une prise en charge spécifique des sujets alcoolodépendants et des buveurs excessifs, que la consommation d'alcool soit la cause de l'hospitalisation ou qu'elle soit repérée à cette occasion* ». Depuis lors, environ 250 équipes de liaison ont été créées (43).

Le 8 septembre 2000 la circulaire DHOS/O2–DGS/SD6B n° 2000/460 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour des personnes ayant des conduites addictives a été publiée (44). Elle précise davantage les objectifs et les obligations des équipes de liaison aux urgences.

I - Les objectifs

Les établissements de santé doivent s'organiser pour :

- *mieux prendre en compte au niveau des urgences la problématique des personnes présentant une conduite d'usage nocif d'une ou plusieurs drogues et ceci quel que soit le motif initial de recours ;*
- *repérer et dépister les comportements d'abus ou dépendance des personnes se présentant aux urgences ou hospitalisées notamment, mais pas seulement, les jeunes et les femmes enceintes ;*
- *... ».*

II - Le travail de liaison

Compte tenu du poids des recours aux urgences liés à des comportements d'abus ou de dépendance, il apparaît utile que soient définies les modalités de repérage de ces comportements et des protocoles de prise en charge. L'équipe de liaison en addictologie formalisera avec les services d'accueil et d'urgences des procédures écrites. Les protocoles de soins pour les personnes alcoolodépendantes, en état d'ivresse, toxicomanes, en état de manque, en surdosage et pour les états psychiatriques aigus devront être parfaitement connus par les équipes d'urgences. L'équipe de liaison portera une attention toute particulière à la formation du personnel des urgences, à la création de liens avec des structures spécialisées susceptibles de recevoir ces personnes et à la constitution d'un carnet d'adresses (consultation, lieux d'écoute) permettant de les orienter. [...] Lorsque l'équipe des urgences est en difficulté avec un patient, elle pourra faire appel à l'équipe de liaison pour l'aider à évaluer la situation. Une attention toute particulière devra être portée aux adolescents et aux jeunes adultes.

Le rôle de l'infirmière en charge de l'accueil et l'orientation des urgences apparaît fondamental. Si la personne n'a pas à être hospitalisée, l'équipe des urgences doit pouvoir l'orienter vers un médecin généraliste, une structure spécialisée ou une autre structure susceptible de fournir des réponses précises aux problèmes de dépendance. Cela suppose une bonne connaissance des structures existantes et l'implication de l'hôpital dans un réseau de soins coordonnés. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dont le but est de faciliter l'accès aux soins des plus démunis, constituent des relais importants pour les personnes en situation de précarité qui ne présentent pas un état d'urgence véritable.

Les personnes hospitalisées en unité d'hospitalisation de très courte durée, une fois la phase aiguë dépassée, seront vues, en cas de besoin, par l'équipe de liaison. Il s'agit, à l'occasion d'une hospitalisation, de proposer une aide, un accompagnement voire une prise en charge médico-psycho-sociale. ».

Le travail d'une équipe de liaison est bien défini dans cette circulaire : organiser une prise en charge, accompagner, évaluer, travailler en réseaux.

VI.7.1. Le psychiatre ou l'alcoologue

L'alcoologue (qui, lui, est la plupart du temps également attaché à une équipe d'AL) ou à défaut le psychiatre sont les référents de la prise en charge des problèmes d'alcool. Ils ont une connaissance approfondie des questions concernant l'alcool. Cette connaissance doit leur permettre également de jouer un rôle de formateur auprès de l'équipe des urgences. Ils doivent bien connaître toutes les structures locales et régionales qui prennent en charge les patients en difficulté avec l'alcool.

Le diagnostic différentiel est posé par l'alcoologue ou le psychiatre. La décision définitive de la prise en charge alcoologique des patients concernés est de leur ressort. C'est à eux de décider si, par exemple, une prise en charge en milieu hospitalier spécialisé peut être envisagée ou non. La prescription des marqueurs biologiques est fonction des spécialistes.

VI.7.2. L'infirmière d'alcoologie

L'infirmière d'alcoologie qui, dans la plupart des cas, est membre de l'équipe d'AL ou d'addictologie de liaison, intervient en deuxième ligne, après l'action des urgentistes. Elle travaille avec l'équipe médicale et paramédicale des urgences pour l'assister et l'aider dans sa prise en charge de ces patients. Les compétences spécifiques de l'infirmière sont d'évaluer le degré de motivation du patient, de faire des interviews approfondies du patient sur ses antécédents, sa problématique avec l'alcool, ses problèmes familiaux ou professionnels, etc. (voir plus haut). Elle doit être capable de faire des « interventions ultra-brèves ». Si nécessaire, elle accompagne le patient vers une structure de soins d'aval. Elle devrait avoir un DU d'alcoologie.

VI.7.3. L'assistante sociale

Un pourcentage important de patients ayant une IEA se trouve en difficulté sociale. Lorsque ce problème est détecté par l'équipe des urgences ou par l'infirmière d'alcoologie, l'assistante sociale intervient. Elle devrait connaître les structures régionales et locales et pouvoir passer le relais à ses collègues extrahospitaliers.

Missions du service social : le décret du 26 mars 1993 (45) détermine les missions du service :

- mission de conseil et d'orientation : « *ils ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leur famille, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure sociale* » ;
- mission de prévention : « *ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier* » ;
- mission de coordination : « *ils assurent, dans l'intérêt des personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux ou médico-sociaux* ». L'assistant de service social aide les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales à retrouver leur autonomie et à faciliter leur insertion, il recherche les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique et social.

Cadre social : la circulaire du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des SU dans les établissements hospitaliers définit un guide d'organisation des services hospitaliers d'accueil des urgences (46). Un des principes est relatif à la réalisation d'une prise en charge globale des malades portant sur les soins et la dimension sociale. Cette circulaire préconise également la présence et le rôle d'assistants sociaux au sein du service.

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (47) complète l'article L 711-4 du Code de la santé publique en renforçant l'obligation pour l'hôpital de développer des dispositifs pour :

- faciliter l'accès aux soins des plus démunis ;
- veiller à la continuité des soins ;
- s'assurer que tout patient dispose des conditions d'existence suffisantes pour poursuivre son traitement.

VII. QUELS SONT LES PROTOCOLES THÉRAPEUTIQUES POSSIBLES ET LEURS CONDITIONS DE RÉALISATION ?

L'application de tout protocole thérapeutique ne se conçoit qu'après disparition des signes cliniques de l'IEA.

VII.1. Recommandations générales

Pour toute IEA, les recommandations générales sont les suivantes :

1. effectuer systématiquement le dépistage d'un problème d'alcool en utilisant le questionnaire DETA ;
2. rechercher les éléments environnementaux sociaux et familiaux, les antécédents (niveau d'intervention 1) ;
3. identifier les facteurs aggravants et les comorbidités justifiant un traitement spécifique (niveau d'intervention 1) ;
4. réaliser au minimum une « intervention ultra-brève » suivant le modèle proposé par l'OMS (grade A) (niveau d'intervention 1) ;
5. informer, au mieux par courrier, le médecin traitant, avec l'accord du patient, en lui signalant l'admission du patient aux urgences pour IEA et en lui faisant part du type

- de prise en charge effectué. Ce courrier doit rappeler les coordonnées des structures de proximité susceptibles d'aider le patient (niveau d'intervention 1) ;
6. prévoir la réalisation des marqueurs biologiques lorsqu'une consultation à caractère alcoologique est prévue en fonction des demandes habituelles des consultants en alcoologie (niveau d'intervention 1) ;
 7. remettre au patient un *livret d'aide* qui explique les effets de l'alcool sur la santé, qui donne quelques conseils pour diminuer la consommation et qui contient les adresses aussi bien des structures spécialisées en alcoologie que des associations d'anciens buveurs dans la région (niveau d'intervention 1).

VII.2. Recommandations spécifiques en fonction de situations particulières

VII.2.1. En cas de non-dépendance (utilisation nocive)

Il est souhaitable d'organiser le plus souvent possible, surtout s'il existe des facteurs de gravité supplémentaires, un suivi assuré par une structure spécialisée dans la prise en charge des problèmes d'alcool en ambulatoire, par exemple les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ou les consultations effectuées par les équipes d'AL (niveau d'intervention 2). Il est recommandé de prendre le premier rendez-vous avec l'accord du patient (niveau d'intervention 1).

VII.2.2. En cas d'alcoolodépendance

L'objectif thérapeutique premier, utilisé comme un moyen et non comme une fin, est le sevrage et l'abstinence dans les conditions décrites dans la conférence de consensus organisée par la Société française d'alcoologie sur le sevrage du patient alcoolodépendant en 1999 et dans celle sur le suivi après sevrage en 2001 (2, 3).

Si le patient est motivé, la prise en charge consiste en la préparation d'un projet thérapeutique comprenant le sevrage lui-même (qui peut se dérouler en ambulatoire ou en milieu hospitalier) et la prévention de la reprise de la consommation d'alcool. Si le patient se montre réticent, il convient d'éviter la confrontation et de proposer une consultation alcoologique ultérieure.

VII.2.3. En cas de refus de soins spécifiques, de fugue et de difficulté structurelle temporaire

Quand on est confronté à une réticence du patient et s'il n'accepte pas une prise en charge, il est recommandé de lui fournir un *livret d'aide*.

Si aucune intervention n'a pu être menée (difficulté structurelle temporaire) ou si le patient a fugué, il est recommandé de lui envoyer une lettre rappelant le motif de l'admission au SU, le caractère nocif de l'IEA en proposant un rendez-vous dans une structure. Cette simple lettre s'est avérée efficace et peu coûteuse dans une étude conduite par Batel (48) (étude de niveau 1).

VII.2.4. En cas d'ivresse publique manifeste (IPM)

La procédure de l'IPM consiste en une consultation médicale visant à établir l'absence de danger médical potentiel dans le cadre de la surveillance non médicalisée des personnes dans les locaux de la police ou de la gendarmerie. Cette consultation est demandée par les forces de police ou de gendarmerie au médecin du SU (cas le plus fréquent) ou est réalisée

directement dans les locaux de police sur réquisition d'un médecin. Le problème de la responsabilité posé par cette procédure est hors du sujet de cette recommandation.

Dequin (49) à Tours a étudié les sujets présumés en état d'ivresse (SPEI) interpellés par les forces de police (FP) sur une période d'1 mois (en mars 1994) : 140 personnes ont été admises par la police pendant cette période. Pendant la même période une IEA a été diagnostiquée chez 66 autres patients. Malheureusement, Dequin ne précise pas le nombre total des admissions. Sur les 140 sujets admis par les FP, seulement 5 ont été examinés par un médecin thésé. La durée moyenne de séjour au SU a été de 21 minutes. Seulement une alcoolémie a été mesurée. L'âge moyen était de 33 ans. 21,6 % des sujets n'avaient pas de domicile fixe. La durée moyenne de séjour de patients admis aux urgences pour IEA a été de 521 minutes. L'âge de ces patients était significativement plus élevé.

VII.3. L'intervention ultra-brève

L'intervention ultra-brève dure 5 minutes. Elle peut être conduite par tout urgentiste, infirmière, infirmière d'alcoologie, ou par le psychiatre ou l'alcoologue. Dans une étude conduite par le *WHO Brief Intervention Study Group* (50), cette intervention ultra-brève a montré son efficacité. Les patients qui l'avaient subie avaient réduit leur consommation de 28 % par rapport au groupe de contrôle. Elle se révélait de plus être aussi efficace qu'une intervention de 20 minutes.

L'intervention ultra-brève selon l'Organisation mondiale de la santé (50) comprend :

- un feedback donné au patient sur sa consommation d'alcool ;
- une explication au patient de la notion « un 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 d'aide*.

VIII. QUELS SONT LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES POSÉS PAR L'INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUË CHEZ UN ADOLESCENT ET COMMENT LES RÉSOUDRE ?

L'incidence du motif « IEA chez l'adolescent » aux urgences est imprécise. L'enquête effectuée en 1999 par l'AP-HP sur l'hospitalisation des adolescents en urgence (51) retrouvait des chiffres très faibles de 0,2 à 0,4 % sûrement sous-évalués. Les chiffres de Meropol (52) semblent plus réalistes : 5 % des 10-20 ans vus aux urgences traumatologiques avaient une alcoolémie élevée. Barnet (53) confirme également que le motif « IEA » n'était pas toujours retenu ou évoqué devant l'hospitalisation d'un adolescent pour un motif traumatique.

L'enquête de Choquet (54) montre que 9 % des adolescents ont été ivres 3 fois dans l'année. Le ratio fille-garçon s'équilibre progressivement avec le temps. La consommation augmente chaque année ; 52 % des alcoolismes chroniques débuteraient avant 20 ans.

VIII.1. Types d'alcoolisation chez les adolescents

L'alcoolisation de l'adolescent est accompagnée d'adjectifs décrivant diverses situations : récréative, solitaire ou en groupe, initiatique, réactionnelle ou addictive. L'alcoolisation des adolescents est souvent présentée et tolérée comme exceptionnelle, initiatique. En fait, l'adolescent hospitalisé pour une IEA est très souvent dans une situation de crise révélant

une perturbation psychosociale importante (situation en fait comparable aux tentatives de suicide). L'association aux tentatives de suicide est d'ailleurs fréquente, 20 à 30 % des tentatives de suicide associent médicament et alcool (42 % dans un groupe d'adolescents finlandais).

VIII.2. Degré de dépendance et gravité

Le degré de dépendance et la gravité sont difficiles à apprécier. Des échelles sont proposées, telle l'échelle AAIS (*adolescent alcohol involvement scale*). Il s'agit d'un instrument d'évaluation mis au point par Mayer et Filstead (55) et validé aux États-Unis. Il n'est ni traduit ni validé en français.

Marcelli (56) dans un travail multicentrique propose d'évaluer le contexte des prises de risque de l'adolescent et les conditions psychologiques qui l'accompagnent. Cinq chapitres composent ce score :

- 1- évaluation de la conduite de risque elle-même ;
- 2- évaluation de l'attitude de l'adolescent lors de la prise de risque ;
- 3- évaluation des conduites associées ;
- 4- évaluation des recherches d'excès dans d'autres domaines ;
- 5- environnement de l'adolescent.

De cette évaluation sont déduites des attitudes de conseil et de prise en charge. Ceci permet de distinguer le risque « exploratoire » normal de l'adolescent, dans lequel la prévention passe par l'information et l'éducation, des situations plus complexes. Certaines situations imposent une prise en charge psychologique. Cette échelle est en cours de validation en France.

VIII.3. Facteurs de risque d'IEA à l'adolescence

Ils sont superposables aux facteurs de risque des TS :

- ruptures, problèmes familiaux majeurs ;
- exclusion, difficultés scolaires, marginalisation ;
- délinquance ;
- alcoolisme familial ;
- cumul d'événements traumatisants ;
- difficultés de communication ;
- dépression, anxiété, conduites à risque associées ;
- situations de violences subies.

Des disparités régionales et sociales sont notées dans les facteurs de risque : augmentation du risque en milieu rural.

VIII.4. Risques somatiques

Ils sont globalement identiques à ceux de l'adulte. Le risque de coma hypoglycémique semble plus important chez les jeunes adolescents. Les troubles neurologiques sont à l'origine d'accidents importants :

- voie publique : moto, mobylette, accidents mortels de sortie de boîte de nuit ;
- chute : défenestration accidentelle ;
- coma avec risque de fausses routes.

Des soins de réanimation sont parfois nécessaires.

VIII.5. Prise en charge

Elle doit être très proche de la prise en charge de la tentative de suicide de l'adolescent (accord professionnel).

VIII.5.1. Aux urgences

- abord adapté à l'adolescent ;
- examen somatique complet ;
- bilan biologique (cf. prise en charge adulte) ;
- perfusion systématique, prévention des fausses routes ;
- bilan psychosocial :
 - évaluation psychologique souhaitable par psychologue et médecin,
 - bilan social :
 - contexte familial,
 - évaluation scolaire,
 - problèmes associés,
 - conditions de l'intoxication,
 - éléments biographiques.

VIII.5.2. Prise en charge après les urgences

— *Faut-il hospitaliser ?*

L'hospitalisation des IEA de l'adolescent doit être la règle après le passage aux urgences. La plupart des adolescents vus dans ce contexte ne relèvent pas du seul diagnostic d'ivresse festive ou initiatique.

Il n'y a pas d'évaluation de cette hospitalisation, mais on pense qu'elle permettra au mieux de faire le bilan d'une pathologie psychosociale souvent associée et d'organiser le suivi. Biederman (57) constate que la gravité des conséquences de l'alcoolisme motive une action « forte » chez l'adolescent même si cette action n'a pas été encore évaluée.

Le temps minimum d'observation pourrait être de 72 heures.

— *Le suivi ultérieur*

Les particularités par rapport à l'adulte sont liées à l'adolescence. Il paraît dangereux d'identifier l'adolescent à un groupe. Le risque est de fixer la pathologie : « Plus je suis coupable à vos yeux, plus solide deviendra mon identité dans ma solitude mais aussi dans ma liberté » (J. Genet).

L'orientation vers un groupe d'alcooliques ou d'anciens alcooliques ne semble pas souhaitable à cet âge. L'adolescent est orienté préférentiellement vers une prise en charge ambulatoire du type de celles des tentatives de suicide. Des consultations de suite sont organisées au centre médico-psychologique pour adolescents. Le lien essentiel se fera par une présentation de ce lieu de suite au cours de l'hospitalisation.

La difficulté est d'obtenir de l'adolescent une adhésion à cette consultation de suite, ce qui justifie le maintien d'un contact avec le tissu médico-social habituel de l'adolescent.

VIII.6. Prévention

La prévention globale de l'alcoolisation des adolescents est un objectif primordial de santé publique. Les conséquences dramatiques pour les adolescents des IEA dites festives ou initiatiques renforcent la nécessité d'une politique visant une abstinence complète des adolescents.

L'adolescent est probablement plus mobilisable que l'adulte et sûrement moins fixé dans sa dépendance. L'identification des situations à risque peut permettre une aide avant les actes d'alcoolisation ou de suicide.

Au moment de l'hospitalisation le « décodage » du sens des comportements anormaux permet une prise en charge de l'adolescent.

L'abord spécialisé de l'adolescent permet d'installer une pédagogie adaptée à son âge. L'adolescent est sensible à une prise en charge globale qui évite la culpabilisation et la simplification.

Le travail avec l'entourage permet également la prévention de la récurrence ; la revalorisation parentale, le rétablissement d'une confiance dans l'avenir social permettent de diminuer la prise de risques.

ANNEXE. TEXTE DE LA CONFÉRENCE DE CONSENSUS DE 1992 SUR « L'INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGUË DANS LE SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE »

2^e CONFÉRENCE DE CONSENSUS EN MÉDECINE D'URGENCE, SAINT-ÉTIENNE, 04 AVRIL 1992

L'INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGUË DANS LE SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE

L'ingestion aiguë d'alcool éthylique, qu'elle soit isolée ou associée à une autre pathologie est cliniquement diagnostiquée chez 5 à 10 % des patients admis dans un service d'accueil et d'urgence, alors que la recherche systématique d'une éthyliation aiguë retrouve une alcoolémie positive chez 20 à 40 % des patients admis. Leur prise en charge par le personnel médical et paramédical y est hétérogène, peut au pire y être minimale ou conduire à des attitudes de rejet. Une clarification s'impose.

C'est la raison pour laquelle ce thème a été choisi pour la seconde conférence de consensus de la Société Francophone d'Urgences Médicales qui s'est déroulée à Saint-Etienne le 04 avril 1992.

L'objectif était de définir la stratégie diagnostique et thérapeutique la plus appropriée à cette intoxication aiguë dans les services d'accueil et d'urgence.

Le Comité de Consensus avait pour tâche de répondre, après les communications des experts, à quatre questions préalablement posées :

Question n° 1 : Quels sont les critères cliniques et paracliniques permettant de retenir le diagnostic d'intoxication éthylique aiguë ?

Question n° 2 : Quels sont les critères de gravité d'une intoxication éthylique aiguë ? A qui pratiquer des examens complémentaires ? Lesquels ? Quand ? Dans quel but ?

Question n° 3 : Quelle stratégie de surveillance (y compris infirmière) et d'hospitalisation adopter (en référence aux capacités du patient, au cadre médico-légal, aux structures d'accueil) ?

Question n° 4 : Quelle est la conduite à tenir thérapeutique par le médecin et l'infirmière ?

Les troubles comportementaux résultant de l'ingestion aiguë du toxique : alcool éthylique, se traduisent, dans le langage courant, par le mot : ivresse. La banalisation de ce terme expose au risque de n'induire aucune démarche anamnétique, clinique et thérapeutique parce qu'il est considéré, à tort, sans gravité. Il doit être banni du langage médical [1]. L'ingestion aiguë d'alcool éthylique est une intoxication aiguë qui doit être prise en charge par le médecin et l'infirmière comme toute autre intoxication. Le terme : alcool doit être aussi abandonné. En effet, l'alcool comprend l'alcool éthylique ou éthanol, le méthanol, l'éthylène-glycol et ses apparentés.

De ces considérations, il résulte que le seul groupement de mots ayant une signification médicale et paramédicale est : Intoxication Éthylique Aiguë (IEA). Cependant, l'usage puis la réglementation ont consacré le terme alcoolémie comme équivalant à éthanolémie ; ils peuvent être employés indifféremment.

■ **Question n° 1**
Quels sont les critères cliniques et toxicologiques permettant de retenir le diagnostic d'intoxication éthylique aiguë (IEA) ?

Le plus souvent, le diagnostic d'IEA est facile. Il est le résultat d'un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques qui permettent aussi d'en apprécier la gravité. La corrélation entre l'alcoolémie, les signes cliniques et la gravité est médiocre et d'autant plus faible que le patient est un éthylique chronique.

- 634 - 2^e Conférence de consensus en médecine d'urgence

Les motifs de consultation dans le service d'accueil et d'urgence sont :

- une « ivresse aiguë » amenée par la police, les pompiers, l'entourage ou un SMUR, mais 16 % d'entre elles ne sont pas des IEA [2] ;
- un traumatisme, en particulier crânien : 30 à 70 % sont accompagnés d'une IEA [3-6] ;
- une intoxication médicamenteuse : 30 à 70 % d'entre elles ont une alcoolémie positive [2, 6, 7] ;
- une agression, une rixe. L'alcoolémie est positive chez plus de 80 % d'entre elles [4] et chez 50 % des victimes d'homicides [8] ;
- un malaise, une chute, ou une sensation vertigineuse : 20 à 30 % sont reliés à une IEA [9].

La variabilité de ces pourcentages reflète la diversité du recrutement des services d'accueil et d'urgence.

Préciser les circonstances de survenue de l'événement ayant conduit à l'admission est fondamental pour renforcer la présomption d'IEA et évaluer la probabilité d'une complication ou d'une pathologie associée. Le relevé de ces circonstances devrait être fait dès l'admission, par l'infirmière d'accueil, qui interroge l'entourage, à partir d'un questionnaire simple et standardisé qu'il serait souhaitable de généraliser aux services d'accueil et d'urgence.

Les critères cliniques

En pratique, l'IEA se présente sous trois formes cliniques :

1) L'IEA isolée, non compliquée

- Elle représente 75 % environ des IEA [10] ;
- les signes permettant de la reconnaître sont :
 - la logorrhée avec une parole hachée, bre-douillante,
 - l'incoordination motrice, démarche ébrieuse, gestes imprécis...
 - les conjonctives injectées,
 - l'odeur de l'haleine.

Leur sensibilité prise isolément va de 0,5 pour l'incoordination motrice à 0,77 pour l'odeur œno-logique. Par contre, leur spécificité est excellente (> 0,95). L'impression clinique globale a la meilleure sensibilité (0,78) et la meilleure spécificité (0,98). Ainsi, elle ne reconnaît pas l'IEA dans 22 % des cas et conduit à un diagnostic par excès dans 2 % des cas [4].

Réan. Urg., 1992, 1 (4bis), 633-639

L'examen complet, chez un patient déshabillé, s'assure de la normalité des paramètres vitaux (température, fréquences respiratoire et cardiaque, tension artérielle), de l'absence de signes de localisation neurologique et de lésions traumatiques.

Les données de cet examen, de l'anamnèse et l'impression clinique globale doivent permettre le diagnostic que confirmera la régression des signes en 3 à 6 h.

2) L'IEA avec agitation psychomotrice

Elle représente environ 18 % des IEA et se présente sous deux formes [10] :

- un état d'agitation intermittent ou provoqué par la stimulation dans la moitié des cas ;
- un état d'agitation permanent, avec violence potentielle dans l'autre moitié des cas.

3) L'IEA avec troubles de la vigilance

Elle peut aller jusqu'au coma et représente environ 7 % des IEA [10, 11].

L'absence de signes pathognomoniques d'IEA expose au risque de diagnostic abusif et de méconnaissance ou de retard substantiel au diagnostic de pathologies responsables d'une symptomatologie similaire. Il faut éliminer :

- en premier lieu, l'hypoglycémie par la pratique systématique d'une glycémie capillaire car elle nécessite la mise en route immédiate d'une thérapeutique spécifique ;
- en second lieu, une lésion organique intracérébrale (hématome intracrânien...), une autre intoxication (CO, psychotropes...), une encéphalopathie métabolique ou respiratoire, une infection...

L'absence de fièvre, de diabète traité, de signes de localisation neurologique et de suspicion de traumatisme crânien, rend très forte la présomption d'IEA.

Les critères toxicologiques

Les méthodes directes pour quantifier l'imprégnation éthylique sont les méthodes de référence. Elles sont au nombre de deux :

- la détermination de la concentration d'éthanol dans l'air expiré par un éthylomètre. Sa concentration est en parfaite corrélation avec la concentration sanguine. Cependant, sa faisabilité nécessite, outre l'appareillage (prix actuel : 30 000 F environ), une coopération minimale du patient et une formation du personnel. La mise sur le marché en France d'éthylomètres

portables, validés, moins coûteux, faciliterait la mesure du taux d'éthanol dans l'air expiré [12, 13] ;

— la concentration d'éthanol dans le sang. Elle peut être mesurée par plusieurs techniques : les méthodes manuelles, soit chimiques (de Cordebart), soit enzymatiques. Elles sont longues et exigent une technicité rigoureuse pour obtenir une bonne reproductibilité. La méthode enzymatique automatisée et la chromatographie en phase gazeuse sont rapides (30 à 60 min), sensibles et reproductibles. Un appareillage de mesure sur sang capillaire est en cours de développement [14]. Seule la chromatographie est spécifique permettant d'identifier et de doser séparément l'éthanol, l'éthylène-glycol et le méthanol.

A défaut de ces moyens, on peut utiliser une méthode indirecte à partir du calcul de la différence entre l'osmolarité mesurée et l'osmolarité calculée. La corrélation avec l'éthanolémie est bonne [15].

La mise en œuvre de ces techniques dépend de l'appareillage disponible, de l'organisation propre de chaque laboratoire.

En tout état de cause, la mesure du taux d'éthanol ne fait que documenter la présence du toxique dans l'organisme. Aussi, n'est-elle pas indispensable pour le diagnostic de l'IEA isolée, non compliquée. En revanche, si l'anamnèse et l'examen clinique sont discordants, l'éthanolémie sera effectuée au moindre doute. Il en sera de même, si l'évolution clinique est inhabituelle. Dans ces circonstances, il faut rechercher un autre diagnostic, quel que soit le taux d'éthanolémie, *a fortiori* s'il est bas ou nul.

■ Question n° 2

Quels sont les critères de gravité d'une intoxication éthylique aiguë ?
A qui pratiquer des examens complémentaires ? Lesquels ?
Quand ? Dans quel but ?

Les IEA graves sont :

- les IEA dont la gravité est liée à l'intoxication elle-même ;
- les IEA compliquées ;
- les IEA associées à une autre pathologie ;
- les IEA de l'enfant.

1) Les IEA dont la gravité est liée à l'intoxication elle-même

- les formes comateuses : il s'agit d'un coma calme, hypotonique, sans signe de localisation,

non fébrile, dont la gravité est liée aux conséquences de tout coma, en premier lieu respiratoires ;

— les formes avec manifestations excitomotrices, délirantes ou hallucinatoires : le patient peut devenir dangereux pour lui-même et pour les autres.

2) Les IEA compliquées

Les complications peuvent être immédiates ou retardées. Aucune d'entre elles n'est spécifique de cette intoxication. Les complications les plus fréquentes devant être présentes à l'esprit, lors de la prise en charge initiale et de la phase de surveillance, sont :

— l'inhalation : elle est à évoquer en présence d'une cyanose, d'une tachypnée, d'une hyperthermie, après des vomissements ou une crise convulsive généralisée. Elle impose la mesure des gaz du sang artériel et une radiographie thoracique de même que les moyens d'une surveillance attentive ;

— la crise convulsive généralisée : elle peut aussi être due à une pathologie associée. Elle impose une glycémie capillaire et un ionogramme sanguin. L'absence de réveil en 30 min ou la survenue de nouvelles crises doivent faire craindre la présence d'une lésion intracérébrale, et la possibilité d'un état de mal convulsif : l'indication de la tomographie axiale cérébrale (TDM) sera discutée ;

— l'hypothermie : elle est la conséquence d'une exposition prolongée au froid, mais peut révéler aussi une pathologie associée ;

— des troubles du rythme supraventriculaires : ils régressent spontanément en 24 h dans 90 % des cas [16] ;

— l'hypoglycémie : elle est rare et tardive chez l'adulte. Elle survient chez l'éthylique chronique dénutri, ou chez le diabétique. Ce risque est prévenu par la surveillance régulière de la glycémie capillaire ;

— l'acidocétose alcoolique : elle survient chez l'éthylique chronique dénutri. Elle se réduit le plus souvent à une cétonurie, n'impliquant ni examen biologique supplémentaire, ni surveillance particulière [17].

Les autres complications sont représentées par une gastrite aiguë, un syndrome de Mallory-Weiss, une hépatite alcoolique aiguë.

3) Les formes associées

50 à 65 % des IEA sont associées à une autre affection.

— le traumatisme crânien : il doit être systématiquement recherché par l'anamnèse et l'exa-

men clinique (plaie du cuir chevelu, hématome périorbitaire, otorragie...), en raison de son risque évolutif. Tout argument en faveur d'un traumatisme crânien impose une surveillance étroite à la recherche de :

- un signe de localisation, tout particulièrement une anomalie pupillaire,
- un signe neurologique inhabituel,
- une crise convulsive,
- un trouble de la vigilance ou *a fortiori* sa persistance ou son aggravation. Son niveau sera apprécié par une méthode de surveillance reproductible, dont le résultat est consigné par écrit d'heure en heure, quelle que soit la valeur de l'alcoolémie.

La présence de l'un de ces signes, même en l'absence d'une certitude d'un traumatisme crânien, impose une tomodensitométrie céphalique (TDM) immédiate ou le transfert du patient vers un centre équipé, à la recherche d'une lésion neuro-chirurgicale ;

— *l'IEA peut être associée à un polytraumatisme ou à un autre traumatisme isolé* : l'examen clinique orientera la prescription d'examen radiographiques à la recherche de lésions ostéo-articulaires ou viscérales ;

— *l'association à une autre intoxication* : cette intoxication est le plus souvent médicamenteuse et incite à identifier le toxique en cause. La gravité est généralement liée, non pas à l'éthanol, mais au toxique associé qui impose une surveillance spécifique ;

— *la pathologie infectieuse* : elle est suspectée devant une anomalie thermique : hyper- ou hypothermie. Le bilan et la surveillance sont ceux de toute infection. La fréquence de la pathologie infectieuse pulmonaire, qu'elle soit due ou non à une inhalation, impose une radiographie thoracique ;

— *toute autre pathologie* peut s'associer à une IEA et constitue, le plus souvent, le motif d'admission. Sa découverte découle de l'anamnèse et de l'examen clinique complet initial.

4) Les IEA de l'enfant

L'IEA y est grave, en particulier lorsque l'enfant a moins de deux ans. Cette gravité est liée à la survenue brutale du coma, au risque fréquent d'hypoglycémie et d'acidose métabolique qui peuvent apparaître de façon retardée dans l'évolution. Sa prise en charge est celle de toute intoxication aiguë, en milieu spécialisé, avec alcoolémie systématique, glycémies, mesure des gaz du sang.

Réan. Urg., 1992, 1 (4bis), 633-639

■ Question n° 3

Quelle stratégie de surveillance (y compris infirmière) et d'hospitalisation adopter (en référence aux capacités du patient, au cadre médico-légal, aux structures d'accueil) ?

La surveillance et la stratégie d'hospitalisation relèvent des bonnes pratiques cliniques.

1) Hospitalisation en service spécialisé

— L'IEA comateuse, que le coma soit dû à l'éthanol lui-même ou à un autre toxique associé, et l'IEA avec pneumopathie d'inhalation, crises convulsives généralisées itératives, état de mal épileptique ou hypothermie profonde doivent être hospitalisés en réanimation ou en unité de soins intensifs ;

— le traumatisé crânien sévère impose une prise en charge conjointe neuro-chirurgicale et de réanimation ;

— pour l'IEA de l'enfant, les modalités de surveillance et d'hospitalisation seront décidées avec le pédiatre.

2) Hospitalisation dans le service d'accueil et d'urgence. Modalités de surveillance et de sortie

— *Les IEA isolées* ou avec somnolence et réponse adaptée aux ordres verbaux, ou avec traumatisme crânien ou intoxication associée sans signe de gravité, les formes excitomotrices ou délirantes ou dépressives ou ayant nécessité le recours à une thérapeutique sédative doivent être gardées à l'hôpital pour surveillance, jusqu'à disparition des signes cliniques de l'intoxication aiguë.

La structure la plus adaptée est l'unité d'hospitalisation de courte durée, ou à défaut, la structure d'accueil ;

— *stratégie de surveillance* : l'IEA doit bénéficier de la même rigueur que les autres intoxications. Ses objectifs sont :

- le dépistage précoce de tout signe de gravité ou d'un signe inhabituel révélant une complication une pathologie associée ;
- la prévention des sorties prématurées (fugues).

La surveillance est médicale et paramédicale. Elle est horaire, consignée par écrit, jusqu'au rétablissement des fonctions relationnelles. Au minimum, elle fait appel à des paramètres objectifs et reproductibles : niveau de vigilance, pupilles, fréquences respiratoire et cardiaque, pression artérielle.

Pour éviter tout accident traumatique, le patient sera mis sur un lit ou un brancard aussi bas que possible. Il sera déshabillé mais couvert, si nécessaire en position latérale de sécurité, et en atmosphère aussi rassurante que possible ;

— *modalités de sortie* : elle se fait sur prescription médicale, après examen clinique. Il devrait être proposé au patient un entretien psychiatrique et/ou d'alcoologie, sauf s'il s'agit d'une IEA simple, occasionnelle et festive.

Dans l'idéal, le patient sera accompagné, par son entourage. A défaut, après restauration de sa capacité de discernement, la sortie sera autorisée après avoir contre-indiqué la conduite automobile.

Si le patient demande à sortir prématurément, et que la surveillance non médicale paraît possible avec l'entourage, le patient pourra être laissé à la surveillance d'un tiers non médical. Le critère minimal de surveillance est le maintien de la permanence des fonctions relationnelles. Cette demande sera consignée dans le dossier médical et infirmier.

Si la sortie prématurée demandée par le patient représente un danger pour lui-même ou son entourage, le maintien à l'hôpital est indispensable, parfois au prix d'une contention.

L'échec de toutes ces mesures doit être assimilé à une fugue car dans cette situation clinique, l'obtention d'un consentement n'est pas valide. Cette fugue sera consignée sur le dossier médical et signalée au directeur de garde de l'établissement.

3) *Les patients amenés par la police*

Ils sont un cas particulier. On peut distinguer :

— le patient est prévenu, examiné sur réquisition. S'il n'existe pas de signe de gravité et que la surveillance par un tiers non médical paraît possible, il sera rendu aux forces de police. Le critère minimal de surveillance est le maintien de la permanence des fonctions relationnelles ;

— le patient est adressé pour un certificat de non admission ; il ne pourra quitter le service qu'après s'être assuré de la permanence des fonctions relationnelles et dans la mesure où aucune thérapeutique sédative n'aura été administrée ;

— dans tous les autres cas, le patient doit être gardé sous surveillance médicale et paramédicale.

■ Question n° 4

Quelle est la conduite à tenir thérapeutique par le médecin et l'infirmière ?

1) *L'IEA isolée non compliquée*

Son évolution est marquée par la régression spontanée des signes en 3 à 6 h. Toute thérapeutique est inutile, y compris la mise en place d'une voie veineuse. Seule l'évolution inhabituelle ou défavorable de la situation clinique pourra l'imposer. Chez l'éthylique chronique, l'intérêt de la thiamine n'a jamais été évalué.

La naloxone et le flumazénil ne sont pas justifiés. Aucune étude comparative [18-20], aussi bien dans l'IEA comateuse que dans l'IEA non comateuse, n'a démontré leur efficacité, quels que soient la posologie utilisée et le niveau d'alcoolémie. Ils n'ont pas l'AMM dans cette indication.

Les soins infirmiers d'hygiène, d'hydratation et de confort seront effectués dès que possible dans une ambiance rassurante, en s'efforçant de maintenir un dialogue pour éviter des situations conflictuelles.

2) *L'IEA grave*

Par le coma, ses complications, ou une pathologie associée, requiert la thérapeutique adaptée à chacun d'entre eux. Elle va jusqu'aux thérapeutiques symptomatiques de réanimation. La sortie de l'état de coma est obtenue en moyenne en 8 h, au plus en 12 h, quel que soit le niveau de l'alcoolémie.

3) *L'IEA avec agitation psychomotrice*

Lorsque l'agitation est modérée et majorée par un état d'anxiété, un essai de sédation verbale doit toujours précéder la sédation médicamenteuse. Il s'agit d'une véritable technique qui est généralement affaire de bons sens et de temps, ce qui n'est pas le privilège du seul psychiatre.

En cas d'échec, le recours aux benzodiazépines se fera par voie orale (clorazépate 50 à 100 mg) ou par voie veineuse (clorazépate : 10 mg/min) jusqu'à obtention d'un début de sédation. En raison de la variabilité de la résorption, la voie intramusculaire n'est pas recommandée.

Lorsque l'agitation est importante et difficilement contrôlable (agitations clastiques ou délirantes), l'utilisation des neuroleptiques sédatifs d'action rapide (environ 15 min) et de cinétique brève s'impose par voie intramusculaire. Le neurosédatif de choix est le dropridol, à la dose de 10 à 25 mg, en raison de la potentialisation de son effet sédatif par l'éthanol. Le sultopride, en

Réan. Urg., 1992, 1(4bis), 633-639

- 638 - 2^e Conférence de consensus en médecine d'urgence

raison de ses effets secondaires (risque de torsades de pointe) et le triaprïde du fait de sa cinétique prolongée, sont déconseillés. La contention physique est parfois d'emblée nécessaire pour protéger le patient et son entourage. Elle requiert l'action coordonnée de plusieurs personnes. Elle sera levée dès l'obtention d'une bonne sédation médicamenteuse.

4) L'IEA de l'enfant

S'il existe des signes d'intoxication, la voie veineuse s'impose pour assurer un apport glucidique parentéral par une perfusion de soluté glucosé à 10 % après glycémie capillaire, à un débit total pour 24 h de 100 ml/kg pour les 10 premiers kg + 50 ml/kg pour les 10 kg suivants + 20 ml/kg pour chaque kg suivant. Parallèlement, le traitement symptomatique de la dépression respiratoire due au coma sera assuré. Enfin, en présence d'une hypoglycémie avérée, 0,5 g/kg de glucose seront injectés par voie veineuse directe.

5) Le syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage (ou prédélirium) survient chez l'éthylique chronique. Il est un excellent témoin de la dépendance physique à l'éthanol. Il s'installe dans les 8 h qui suivent la dernière ingestion, avant que l'alcoolémie ne devienne nulle. Les critères cliniques diagnostiques de la classification américaine DSM III-R sont un tremblement grossier des mains, des lèvres, des paupières et de la langue associé à au moins un des signes suivants : nausée ou vomissement, malaise ou asthénie, anxiété, irritabilité ou humeur dépressive, hypotension orthostatique, signes d'hyperactivité sympathique tels que sueurs, tachycardie, diarrhée, élévation tensionnelle. Les signes additionnels sont : cauchemars, insomnie, prurit, hallucinations visuelles ou auditives. Des échelles de sévérité sont proposées [21] pour graduer l'intensité du traitement.

Le traitement médicamenteux par les benzodiazépines est devenu le traitement de choix. Il a pour objectif de supprimer l'inconfort lié aux signes du sevrage, prévenir la survenue d'une crise convulsive généralisée et l'évolution vers le délirium tremens. Toutes sont efficaces. La préférence doit être accordée au diazépam ou au clorazépate dipotassique en raison de leur longue demi-vie (30-40 h), entraînant le maintien de concentrations efficaces pendant plusieurs jours. Les posologies unitaires sont, par voie orale, de 10 à 20 mg pour le diazépam et de 50 à 100 mg pour le clorazépate. Elles sont administrées sous forme d'une dose de charge [22], toutes les 1 à 2 h ou toutes les 2 à 3 h jusqu'à disparition du tremblement. Elle est atteinte

pour 50 % des patients en 7 à 8 h et pour la majorité des patients en 12 h, si bien que 3 à 6 doses sont habituellement suffisantes. Par la suite, le traitement peut être interrompu. Des doses additionnelles sont rarement nécessaires. Des boissons abondantes seront associées.

Si la voie intraveineuse est requise pour assurer l'hydratation et/ou l'administration des benzodiazépines, l'injection sera lente : 2,5 mg/min pour le diazépam et 10 mg/min pour le clorazépate jusqu'à disparition des signes sans dépasser une dose de charge de 60 mg pour le diazépam et 300 mg pour le clorazépate. L'administration intramusculaire, en raison de la mauvaise résorption du produit, n'est pas recommandée.

6) Les suites de l'IEA

Comme pour toute intoxication, l'approche par la parole doit être effectuée au sortir de la phase aiguë de l'IEA avant de quitter le service d'accueil et d'urgence. Cette approche nécessite une formation. Pour toute IEA, sauf s'il s'agit d'une intoxication simple occasionnelle et festive, un entretien psychiatrique sera proposé.

Cependant, les disponibilités locales et les choix du patient peuvent contraindre à l'organisation d'une prise en charge différente pour les seuls éthyliques chroniques.

La reconnaissance de l'éthylique chronique repose sur l'examen clinique et l'anamnèse. Aucun stigmate biologique (volume globulaire moyen, GGT...) n'a une sensibilité et une spécificité suffisantes pour confirmer l'éthylisme chronique. Des questionnaires simplifiés (MAST, CAGE-DETA) ont été proposés et ont démontré leur faisabilité et leur fiabilité chez l'éthylique chronique. Leur utilisation dans le service d'accueil et d'urgence, au sortir de la phase d'IEA, mériterait d'être évaluée. La prise en charge doit être définie préalablement avec le (ou les) psychiatres impliqués dans la prise en charge des intoxications admises dans les services d'accueil et d'urgence.

Son objectif est de proposer au patient de s'inscrire dans une filière de soins, reposant sur le médecin responsable du centre d'alcoologie le plus proche de son domicile. Les résultats préliminaires de la création d'une telle filière de soins, débutant au sein même du service d'accueil et d'urgence, apparaissent encourageants. Elle peut reposer aussi sur le médecin traitant.

En conclusion, l'ingestion excessive d'alcool éthylique est responsable d'une intoxication éthylique aiguë qui, une fois admise dans un service d'accueil et d'urgence, doit être prise en charge comme toute autre intoxication. D'autres pathologies peuvent la mimer, la compliquer ou

lui être associées. Un algorithme décisionnel simplifié est proposé sur la figure 1.

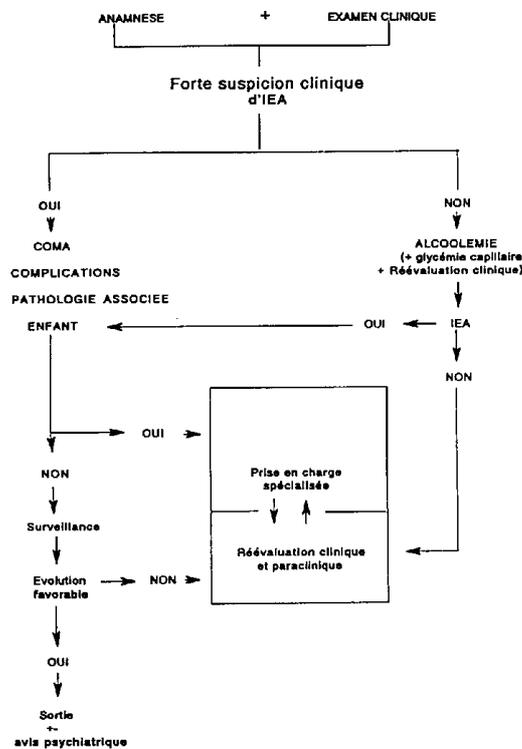


Fig. 1. — Algorithme décisionnel simplifié

Références

[1] RIX K.J.B. – « Alcohol intoxication » or « Drunkenness » : Is there a difference ? *Med. Sci. Law.*, 1989, 29, 100-106.
 [2] BOUGET J. – Alcoolémie et Urgences médicales : étude prospective sur six semaines consécutives. *Réan. Soins Intens. Med. Urg.*, 1989, 5, 445.
 [3] BLETTERY B., VIROT C., FEUTRAY J.P., ANDRÉ F. – Place de l'alcoolisme dans un service d'urgence. *Presse Med.*, 1983, 12, 1548-1549.
 [4] HOLT S., STEWART I.C., DIXON J.M.J., ELTON R.A., TAYLOR T.V., LITTLE K. – Alcohol and the emergency service patient. *Brit. Med. J.*, 1980, 281, 638-640.

[5] RUTHERFORD W.H. – Diagnosis of alcohol ingestion in mild head injuries. *Lancet*, 1977, 1, 1021-1023.
 [6] UNGER P.F., URFFER D., KRAHENBUHL B. – Prévalence de l'alcoolisation dans un Service d'Urgences et corrélation avec l'impression clinique. *Réan. Soins Intens. Med. Urg.*, 1990, 6, 321.
 [7] PATEL A.R., ROY M., WILSON G.M. – Self-poisoning and alcohol. *Lancet*, 1972, 2, 1099-1103.
 [8] ROUZIQUOIX J.M., PARISOT P., PICARD J., VERMONT J., ISNARD E. – Rôle de l'alcoolisme aigu dans le déterminisme des morts violentes. Bilan de l'Institut médico-légal de Lyon (1981-1982). *Presse Med.*, 1985, 14, 1017-1023.
 [9] BLETTERY B., CORGIBERT-ESCALIER F., VIROT C., TARVERNIER C. – Les « malaises » dans un Service d'Urgence. Approche diagnostique. *Presse Med.*, 1989, 18, 753-756.
 [10] TEMPELHOFF G., TEMPELGOFF C. – L'ivresse alcoolique aiguë au Service d'Accueil des Urgences. Etude multicentrique. *Réan. Urg.*, 1992, 1, (A paraître).
 [11] MINION G.E., SLOVIS C.M., BOUTIETTE L. – Severe alcohol intoxication : A study of 204 consecutive patients. *Clin. Toxicol.*, 1989, 27, 375-384.
 [12] GERBERICH S.G., GERBERICH B.K., FIFE D., CICERO J.J., LILJA P., VAN BERKOM L.C. – Analyses of the relationship between blood alcohol and nasal breath alcohol concentrations : implications for assessment of trauma cases. *J. Trauma*, 1989, 29, 338-343.
 [13] GIBB K.A., YEE A.S., JOHNSTON C.C., MARTIN S.D., NOWAK R.M. – Accuracy and usefulness of a breath alcohol analyser. *Ann. Emerg. Med.*, 1984, 13, 516-520.
 [14] WAX P.M., HOFFMAN R.S., GOLDFRANK L.R. – Rapid quantitative determination of blood alcohol concentration in the emergency department using an electrochemical method. *Ann. Emerg. Med.*, 1992, 21, 254-259.
 [15] PRIOLET B., DRIENCOURT J.B., STOUITS T., GLYSOLE E., SZYMANOWICZ A., CANNAMELA A., TEMPELHOFF G., DUCREUX J.C. – En urgence : alcoolémie ou osmolarité ? *Réan. Soins Intens. Med. Urg.*, 1991, 7, 85-87.
 [16] HAISSAGUERRE M., FLEURY B., LE METAYER P., GABINSKI C., CONRI C., COUZIGOU P., WARIN J.F., BLANCHOT P. – Arythmies en relation avec une intoxication alcoolique aiguë en l'absence de cardiopathie évidente. *Presse Med.*, 1984, 13, 1723-1726.
 [17] WRENN K.D., SLOVIS C.M., MINION G.E. – The syndrome of alcoholic ketoacidosis. *Am. J. Med.*, 1991, 91, 119-128.
 [18] DUCOBU J. – Naloxone and alcohol intoxication. *Ann. Intern. Med.*, 1984, 100, 617-618.
 [19] NUOTTO E., PALVA E.S., LAHDENRANTA U. – Naloxone fails to counteract heavy alcohol intoxication. *Lancet*, 1983, 2, 167.
 [20] LHEUREUX P., ASKENASI R. – Efficacy of flumazenil in acute alcohol intoxication : double blind placebo-controlled evaluation. *Human Exper. Toxicol.*, 1991, 10, 235-239.
 [21] ADINOFF B., BONE G.H.A., LINNOILA M. – Acute ethanol poisoning and the ethanol withdrawal syndrome. *Med. Toxicol.*, 1988, 3, 172-196.
 [22] ROMACH M.K., SELLERS E.M. – Management of the alcohol withdrawal syndrome. *Annu. Rev. Med.*, 1991, 42, 323-340.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Société Francophone d'Urgences Médicales. L'intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence. 2^e conférence de consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales. Saint-Étienne, 4 avril 1992. Réan Urg 1992;1(4bis):633-9.
2. Société Française d'Alcoologie. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Paris, le 17 mars 1999. Alcoologie 1999;21 (Suppl 2).
3. Société Française d'Alcoologie. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Conférence de consensus. Paris les 7 et 8 mars 2001. Paris: SFA; 2001.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 1998.
5. Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, les 19 et 20 octobre 2000. Paris: Fédération Française de Psychiatrie; 2000.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Les Recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris: ANAES; 1999.
7. Maio RF, Waller PF, Blow FC, Hill EM, Singer KM. Alcohol abuse/dependence in motor vehicle crash victims presenting to the emergency department. Acad Emerg Med 1997;4:256-62.
8. Waller S, Thom B, Harris S, Kelly M. Perceptions of alcohol-related attendances in accident and emergency departments in England. A national survey. Alcohol 1998;33:354-61.
9. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 1996.
10. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Genève: OMS; 1993.
11. 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 (suppl 4).
12. Saunders JB, Lee NK. Hazardous alcohol use. Its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. Comprehens Psychiatry 2000;41:95-103.
13. Reynaud M, Schellenberg F, Loiseaux-Meunier MN, Schwan R, Maradeix B, Planche F et al. Objective diagnosis of alcohol abuse: compared values of carbohydrate-deficient transferrin (CDT), gamma-glutamyl transferase (GGT), and mean corpuscular volume (MCV). Alcohol Clin Exp Res 2000;24:1414-9.
14. Allemand H, Villaumie M, Deudon P, Monnet E. Étude épidémiologique de l'alcoolisation chez 3 079 sujets admis consécutivement dans un service d'accueil-urgences. Alcoologie 1990;12:6-11.
15. Polte M, Hapke U, Rumpf HJ, John U. Schätzung der Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -Abhängigkeit in der Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses. Sucht 1999;45:187-94.
16. Driessen M, Petzold J, John U. The prevalence of alcoholism in primary health care settings. Primary Care Psychiatry 1996;2:171-8.
17. Lejoyeux M, Boulanguiez S, Fichelle A, McLoughlin M, Claudon M, Adès J. Alcohol dependence among patients admitted to psychiatric emergency services. Gen Hosp Psychiatry 2000;22:206-12.
18. Bourel P. Étude de la population admise pour ivresse aiguë dans un service d'urgences : analyse de la décision médicale d'orientation (étude prospective au centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer) [thèse]. Lille : Faculté de médecine ; 2000.
19. Davidson P, Koziol-McLain J, Harrison L, Timken D, Lowenstein SR. Intoxicated ED patients. A 5-year follow-up of morbidity and mortality. Ann Emerg Med 1997;30:593-7.
20. De Clercq M, Dubois V, Brusselmans M, Lengua-Perez O, Hoyois P. Profil clinique et devenir à long terme de 85 alcooliques 4 ans après

- leur passage dans un service des urgences. *Psychol Méd* 1994;26:37-42.
21. Cherpitel CJ, Soghikian K, Hurley LB. Alcohol-related health services use and identification of patients in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;28:418-23.
22. Reynaud M, Schwan R, Loiseaux-Meunier MN, Albuisson E, Deteix P. Patients admitted to emergency services for drunkenness: moderate alcohol users or harmful drinkers? *Am J Psychiatry* 2001;158:96-9.
23. Gentilello LM, Duggan P, Drummond D, Tonnesen A, Degner EE, Fischer RP et al. Major injury as a unique opportunity to initiate treatment in the alcoholic. *Am J Surg* 1988;156:558-61.
24. Danielsson PE, Rivara FP, Gentilello LM, Maier RV. Reasons why trauma surgeons fail to screen for alcohol problems. *Arch Surg* 1997;134:564-8.
25. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131:1121-3.
26. Selzer ML, Vinokur A, van Rooijen L. A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *J Stud Alcohol* 1975;36:117-26.
27. Soderstrom CA, Smith GS, Kufera JA, Dischinger PC, Hebel JR, McDuff DR et al. The accuracy of the CAGE, the brief Michigan alcoholism screening test, and the alcohol use disorders identification test in screening trauma center patients for alcoholism. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 1997;43:962-9.
28. Cherpitel CJ. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *J Stud Alcohol* 1995;56:695-700.
29. Chan AW, Pristach EA, Welte JW, Russell M. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcohol Clin Exp Res* 1993;17:1188-92.
30. Rueff B. *Alcoologie clinique*. Paris: Flammarion, Médecine-Sciences; 1989.
31. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 1993;88:791-804.
32. Prochaska J, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum; 1987. p. 3-27.
33. Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *Br J Addict* 1992;87:743-54.
34. Heather N, Rollnick S, Bell A. Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction* 1993;88:1667-77.
35. Stibler H, Borg S, Allgulander C. Clinical significance of abnormal heterogeneity of transferrin in relation to alcohol consumption. *Acta Med Scand* 1979;206:275-81.
36. Stibler H, Borg S, Joustra M, Hultcrantz R. Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in serum as a marker of high alcohol consumption. In: *Advances in the Biosciences*. New York: Pergamon Press; 1988. p. 353-7.
37. Behrens UJ, Worner TM, Braly LF, Schaffner F, Lieber CS. Carbohydrate-deficient transferrin, a marker for chronic alcohol consumption in different ethnic populations. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;12:427-32.
38. Stibler H. Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed. *Clin Chem* 1991;37:2029-
39. Behrens UJ, Worner TM, Lieber CS. Changes in carbohydrate-deficient transferrin levels after alcohol withdrawal. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;12:539-44.
40. D'Onofrio G, Bernstein E, Bernstein J, Woolard RH, Brewer PA, Craig SA et al. Patients with alcohol problems in the emergency department, Part 1: Improving detection. *Acad Emerg Med* 1997;5:1200-9.
41. Miller WR. Increasing motivation for change. In: *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. New York: Pergamon Press; 1989. p. 67-80.
42. Circulaire DH/EO4 n° 96-557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes

d'alcoologie hospitalière de liaison. Journal officiel 10 septembre 1996.

43. Jeanfrancois M, Fernandes E, Dautzenberg B. Évolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001. BEH 2001;22-23:101-3.

44. Circulaire DHOS/02- DGS/SD6B n° 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

45. Décret n° 93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière. Journal officiel 28 mars 1993.

46. Circulaire DH.4B/DGS 3E n° 91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

47. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal officiel 31 juillet 1998.

48. Batel P, Pessione F, Bouvier AM, Rueff B. Prompting alcoholics to be referred to an alcohol clinic: the effectiveness of a simple letter. Addiction 1995;90:811-4.

49. Dequin PF, Lanotte R, Hazouard E, Grange A, Perrotin D. Le certificat de non-hospitalisation des sujets présumés en état d'ivresse. Presse Méd 1996;25:833-6.

50. WHO Brief Intervention Study Group P. A cross national trial of brief intervention with heavy drinkers. Am J Public Health 1996;86:948-55.

51. Gasquet I, Alvin P, Deveau A. Qui sont les adolescents consultant aux urgences et comment sont-ils pris en charge ? Enquête auprès de six hôpitaux de l'AP-HP. Paris: AP-HP; 1999.

52. Meropol SB, Moscatti RM, Lillis KA, Ballow S, Janicke DM. Alcohol-related injuries among adolescents in the emergency department. Ann Emerg Med 1995;26:180-6.

53. Barnett NP, Spirito A, Colby SM, Vallee JA, Woolard R, Lewander W et al. Detection of alcohol use in adolescent patients in the emergency department. Acad Emerg Med 1998;5:607-12.

54. Choquet M, Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Analyse et perspectives. Paris: CFES; 1994.

55. Mayer J, Filstead WJ. The adolescent alcohol involvement scale. An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. J Stud Alcohol 1979;40:291-300.

56. Marcelli D. Évaluation des conduites de risque et d'accident (ECRA). Communication personnelle 2000;

57. Biederman J, Faraone S, Monuteaux MC, Feighner JA. Patterns of alcohol and drug use in adolescent can be predicted by parental substance use disorders. Pediatrics 2000;106:792-7.