



**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**

**Synthèse des recommandations**

**SEPTEMBRE 2001**

**Service des recommandations professionnelles**

## SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

---

Dans les services d'urgence (SU), les professionnels de santé doivent éviter d'assimiler toutes les IEA à des consommations festives et de les banaliser.

L'admission en SU pour intoxication éthylique aiguë (IEA) constitue en tant que telle un problème lié à l'alcool et est un élément prédictif d'une consommation d'alcool exposant à une morbidité et à une mortalité accrues. Elle justifie une évaluation de la situation alcoologique afin de proposer si besoin au patient une prise en charge alcoologique visant à lui permettre de contrôler sa consommation d'alcool. Pour cela, les interventions alcoologiques doivent pouvoir être débutées dans les SU.

Aux urgences, le diagnostic d'IEA est le plus souvent clinique. Il n'est pas recommandé de mesurer systématiquement la concentration d'éthanol dans le sang ou dans l'air expiré pour retenir le diagnostic d'IEA. Si une prise en charge alcoologique est effectivement débutée, l'intérêt de ce dosage est de lutter contre le déni, d'aider au repérage du mésusage et d'amorcer un processus de soin. De même, la mesure systématique des marqueurs biologiques d'une intoxication alcoologique chronique (VGM,  $\gamma$ GT, CDT) n'est pas recommandée si une prise en charge alcoologique n'est pas débutée.

Le recueil du questionnaire standardisé DETA est recommandé dans le but de confirmer l'existence d'un mésusage d'alcool.

Il est recommandé de distinguer le sujet alcoolodépendant du sujet non dépendant, en recherchant les signes physiques et psychiques de dépendance définis par le DSM-IV ou la CIM-10. Dans ce cadre, le questionnaire standardisé AUDIT est utile et permet de distinguer une alcoolodépendance probable (score > 12 pour les hommes et > 11 pour les femmes) d'un usage nocif (score entre 8 et 12 pour les hommes et entre 7 et 11 pour les femmes).

Il est recommandé de recueillir certains éléments permettant d'évaluer la gravité et le contexte de l'IEA, car ils peuvent nécessiter une prise en charge spécifique :

- consommations associées (psychotropes par exemple) pouvant nécessiter un traitement spécifique en urgence ;
- conduites addictives associées nécessitant une consultation spécialisée en urgence ou une orientation ultérieure particulière ;
- problème psychiatrique (état délirant, troubles du comportement, risque suicidaire, antécédents de suivi psychiatrique ou suivi en cours) nécessitant une consultation spécialisée en urgence ;
- comorbidités somatiques nécessitant un traitement propre, événements de vie (deuil, séparation, perte d'emploi).

La prise en charge de patients en difficulté avec l'alcool concerne l'ensemble de l'équipe du SU. Des attitudes négatives vis-à-vis des patients peuvent rendre impossible toute prise en charge ultérieure ou générer de l'agressivité, voire de la violence. L'expression de l'empathie par une écoute attentive des propos des patients est recommandée. Il est recommandé que l'ensemble de l'équipe sache aborder la question de la consommation d'alcool. En particulier, il est recommandé que tout membre de l'équipe soit capable d'utiliser le questionnaire DETA et qu'un intervenant de l'équipe soit formé aux questions de l'addiction.

Toutes les équipes des SU doivent pouvoir recourir à des intervenants spécialisés ayant reçu une formation adaptée aux questions d'addiction, clairement identifiés et facilement mobilisables, qui doivent avoir une bonne connaissance de toutes les structures locales et régionales susceptibles de prendre en charge les patients en difficulté avec l'alcool.

Deux niveaux complémentaires de prise en charge sont recommandés :

- le premier niveau est effectué par l'ensemble de l'équipe des urgences et doit pouvoir être réalisé en permanence. Après la prise en charge initiale, et la disparition des signes cliniques d'IEA, et en l'absence de signes de sevrage, il consiste à faire la distinction entre les patients alcoolodépendants et non dépendants, et à rechercher des facteurs aggravants et/ou une comorbidité. En l'absence de tels facteurs, la réalisation d'une « intervention ultra-brève » selon le modèle proposé par l'OMS est recommandée et le médecin traitant en est informé avec l'accord du patient ; un livret d'aide est remis au patient. En présence de problèmes sociaux, l'intervention d'une assistante sociale est recommandée. Cette intervention non spécialisée ne doit pas se substituer à une intervention alcoologique structurée ;
- le second niveau est une intervention spécialisée, effectuée selon les possibilités locales par les membres de l'équipe d'alcoologie et d'addictologie de liaison, de psychiatrie ou de l'équipe du SU ayant une formation en addictologie. La prise en charge des patients les plus difficiles est de leur ressort, en particulier ceux qui ont des facteurs aggravants ou une comorbidité. Cette intervention est effectuée après l'évaluation faite par le premier niveau.

En cas d'usage nocif d'alcool, il est recommandé, en complément de « l'intervention ultra-brève », d'organiser le plus souvent possible un suivi assuré soit par une structure spécialisée dans la prise en charge des problèmes d'alcool en ambulatoire (par exemple les centres de cure ambulatoire en alcoologie ou les équipes d'alcoologie de liaison), soit par un médecin traitant formé ou des acteurs d'un réseau concernant les problèmes d'alcool. Il est recommandé de prendre le premier rendez-vous avec l'accord du patient.

En cas d'alcoolodépendance, l'objectif thérapeutique premier, utilisé comme un moyen et non comme une fin, est le sevrage et l'abstinence. Si le patient est motivé, la prise en charge consiste en la préparation d'un projet thérapeutique comprenant le sevrage 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 nouvelle évaluation alcoologique.

Si le patient n'accepte pas une prise en charge ou est trop réticent pour parler de son problème d'alcool, il ne faut pas insister, mais savoir écouter. 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 est sorti prématurément, il est recommandé de lui envoyer une lettre lui rappelant son admission en SU, lui proposant un rendez-vous dans une structure spécialisée ou de consulter son médecin traitant.

Une IEA de l'adolescent conduisant à une admission en SU ne doit pas être banalisée du fait de ses conséquences possibles immédiates et parce qu'elle révèle une perturbation psychosociale importante. Une hospitalisation au minimum pendant 72 heures, avec l'accord des parents ou du tuteur, est recommandée, au mieux dans une structure spécialisée pour l'accueil des adolescents, si elle existe. D'une manière générale, la prise en charge recommandée immédiate et ultérieure est

similaire à celle des adolescents ayant fait une tentative de suicide, l'association étant souvent observée (20 à 30 % des cas). Le degré de dépendance à l'alcool reste difficile à apprécier. Il n'existe pas d'échelle de dépendance des adolescents à l'alcool validée en français. La définition et la validation rapides d'une telle échelle sont recommandées.