



HAL
open science

Replication de: Alcool et urgences

Georges Brousse, Julie Geneste-Saelens, Julien Cabe, Olivier Cottencin

► **To cite this version:**

Georges Brousse, Julie Geneste-Saelens, Julien Cabe, Olivier Cottencin. Replication de: Alcool et urgences. *Journal Europeen des Urgences et de Reanimation*, 2019, 31, pp.32 - 41. 10.1016/j.jeurea.2019.02.001 . hal-03486300

HAL Id: hal-03486300

<https://hal.science/hal-03486300>

Submitted on 20 Dec 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Alcool et urgences

Georges Brousse^{1,2}, Julie Geneste-Saelens³, Julien Cabe^{1,2}, Olivier Cottencin⁴

Disponible sur internet le :

1. Université Clermont Auvergne 1, UFR médecine, EA7280, 63001 Clermont-Ferrand, France
2. CHU Clermont-Ferrand, psychiatrie addictologie B, 63003 Clermont-Ferrand, France
3. CHU Clermont-Ferrand, service accueil urgences, 63001 Clermont-Ferrand, France
4. CHRU de Lille, université de Lille 2, 59000 Lille, France

Correspondance :

Georges Brousse, Université Clermont Auvergne , ,CHU Clermont Ferrand, UFR médecine, EA7280, 63001 Clermont-Ferrand, France.
gbrousse@chu-clermontferrand.fr

■ Points clés

Trente pour cent des admissions aux urgences sont liés à un usage problématique d'alcool. Quarante-vingts pour cent des intoxications éthyliques aiguës admises aux urgences concernent des patients présentant une dépendance à l'alcool.

La prévention du syndrome de sevrage éthylique doit faire l'objet de protocoles de soins gradués validés dans tous les SAU.

Les usages à risques nécessitent des interventions ultra-brèves, les situations d'abus (troubles de l'usage léger) des interventions brèves et les situations de dépendance (troubles de l'usage modéré à sévère) des entretiens motivationnels pour favoriser l'émergence d'un processus de changement.

Le maître mot de l'intervention alcoologique aux urgences est : l'empathie.

La recherche des comorbidités addictives (en particulier tabac et cannabis) et psychiatriques (dépression et risque suicidaire) est systématique.

L'intervention des équipes de soins et de liaisons en addictologie repose sur une coordination avec les équipes des SAU et une articulation avec la filière addictologique.

L'objectif qui doit être poursuivi lors d'une intervention au SAU est de faciliter l'entrée et le maintien dans le parcours de soins pour toutes les conduites addictives.

■ Key points

Alcohol and emergencies

Thirty percent of emergency department admissions are related to an alcohol misuse.

Eighty percent of acute intoxications admitted in emergency departments concern patients with alcohol addiction.

Care protocols validated in all of emergency departments are necessary for prevention of alcohol withdrawal syndrome.

Risky uses require ultra-brief interventions, situations of abuse (light use disorders) require brief interventions and situations of dependence (moderate to severe use disorders) require motivational interviews to promote the emergence of a process of change.

The key word for alcohol intervention in emergencies is: empathy.

Search addictive comorbidities (tobacco and cannabis) and psychiatric comorbidities (depression and suicidal risk) must be systematic.

The coordination between emergency departments and addictology departments is essential. In the emergency department, the goal is to optimise patient care path for all addictive behaviors.

Introduction

Les problématiques liées à l'utilisation d'alcool ne sont pas rares dans les services d'accueil urgences (SAU) [1], qu'il s'agisse d'états d'alcoolisation aigus ou bien de troubles en rapport avec une consommation chronique d'alcool [2]. Les études sur le sujet montrent qu'environ 30 % des patients admis dans ces services le seraient pour un lien direct (15 à 20 %) ou indirect avec une consommation d'alcool [2]. Si des états d'alcoolisations sont plus fréquemment retrouvés dans les blessures [3] ou les traumatismes et accidents (50 % dans l'enquête Inserm 2003 [4]), ils sont également liés à des manifestations psychiatriques, en particulier suicidaires (60 % des tentatives de suicide) et somatiques [5]. Un tel constat devrait nous conduire à rechercher systématiquement des problèmes liés à l'utilisation d'alcool aux urgences et mettre en place des réponses adaptées [3]. De plus, aux complications médicales, chirurgicales, psychiatriques, à l'origine d'une admission aux urgences pour les situations de mésusage d'alcool, s'ajoutent bien souvent des situations de désinsertion sociale, professionnelle, familiale, jusqu'à la très grande précarité [5]. La complexité de ces situations requière une expertise professionnelle et une intervention in situ ayant pour objectif de proposer une prise en charge globale, multidisciplinaire et d'assurer des relais ultérieurs fondés sur un partenariat intra et extrahospitalier. Les interventions des équipes de liaison et de soins en addictologies (ELSA) aux urgences se sont progressivement développées au cours de ces deux dernières décennies sur le territoire pour répondre à ces questions. L'intervention des ELSA est, en théorie, intégrée aux schémas de soins des services des urgences. Cependant, on relève encore de nombreuses situations où les problèmes liés à la consommation d'alcool ne sont pas pris en compte dans les SAU. Les contraintes importantes qui pèsent sur les équipes d'urgences expliquent en grande partie ces situations. Mais, assez souvent, il s'agit aussi d'un manque de formation et de sensibilisation des équipes soignantes aux problématiques addictives.

Ainsi, l'intoxication éthylique aiguë, figure caractéristique des problèmes liés à l'alcool aux urgences, a pendant longtemps été, et reste encore aujourd'hui trop souvent, banalisée par les acteurs : la non-reconnaissance d'une problématique addictive par les soignants (par méconnaissance ou tolérance sociale inadéquate) faisant écho au déni du patient refusant de se considérer comme malade. Tout ceci alors que, contrairement aux apparences, l'arrivée en SAU en état d'ivresse aiguë, n'est pas le début d'une histoire, mais bien le point d'aboutissement d'une difficulté à rencontrer le système de soins.

Toutefois, ceci évolue et de nombreux collègues urgentistes, en partenariat avec les équipes d'addictologie de liaison ont su modifier leur pratique en s'impliquant dans la prise en soin des problèmes liés à l'alcool aux urgences [1]. Aujourd'hui, l'idée que toute admission aux urgences pour intoxication éthylique aiguë est un problème de santé, c'est-à-dire un usage à risque, un abus ou une dépendance à l'alcool (nous devrions dire à présent un trouble de l'usage de l'alcool) nécessitant la rencontre avec une équipe spécialisée, s'impose enfin. Dans cet article, nous présentons les principes généraux de la prise en charge des patients souffrant de problèmes liés à l'alcool aux urgences, en exposant les situations rencontrées, les modalités de dépistage, de soins et d'interventions.

Les situations rencontrées

Les modes d'alcoolisations

Lorsqu'on décrit les problèmes liés à l'usage d'alcool aux urgences, la première situation évoquée est celle de l'intoxication éthylique aiguë. Elle peut être associée à des états d'agitations et de violences parfois rencontrés dans les SAU et particulièrement difficiles à traiter et à de nombreuses manifestations traumatiques et psychiatriques. Viennent ensuite les situations d'intoxications chroniques, puis les états pathologiques pour lesquels les consommations chroniques d'alcool sont un des principaux facteurs de risque.

Intoxication éthylique aiguë ou ivresse aiguë

C'est la situation la plus visible et la plus fréquente. Ici, le contexte alcool ne fait pas de doute. L'ivresse peut prendre trois formes : simple, comateuse ou compliquée. Les risques sociaux sont alors élevés (accidents de la circulation, du travail, accidents domestiques, perte du contrôle de soi avec violence, passage à l'acte suicidaire, exposition à des agressions...). Les données de la littérature sur les liens entre traumatologie et intoxication éthylique sont nombreuses et attestent de la fréquence élevée des imprégnations alcooliques parmi les victimes de violences et de traumatismes [6]. Ceci est particulièrement vrai lors d'ivresses compliquées de type excitomotrices, pseudo-maniaques, voire hallucinatoires. L'enjeu le plus difficile est de situer cet épisode aigu dans un mésusage (c'est-à-dire un usage aigu à risque) ou une chronicité (c'est-à-dire une dépendance) dont il faut estimer le degré de sévérité. Si les ivresses des jeunes existent (par exemple, les fêtes étudiantes), le plus typiquement il s'agit d'un homme jeune (jusqu'à 40 à 50 ans) vivant seul, sans emploi et ayant déjà été pris en charge pour des problèmes de mésusages d'alcool. Les passages au SAU suivis de transfert au poste de police ne sont pas rares et viennent couper court à une rencontre avec une équipe d'addictologie ce qui est d'autant plus dommageable car l'ivresse aiguë masque très fréquemment une situation de dépendance à l'alcool. Ainsi, 80 % des patients admis pour intoxication éthylique aiguë présenteraient un trouble de l'usage d'alcool (abus ou dépendance) [7,8].

Les situations chroniques décompensées

En dehors des situations d'alcoolisation aiguës et bruyantes, les problématiques psychiatriques et somatiques liées à l'alcool sont nombreuses et doivent être identifiées. Il s'agit le plus souvent, du point de vue somatique, des situations de syndrome de sevrage éthylique qu'il soit modéré ou majeur (*delirium tremens*) [9]. Il s'agit ensuite des situations de décompensations de complications secondaires à une consommation chronique d'alcool telle que les décompensations œdémato-ascitiques, les troubles cognitifs et neurologiques associés à des manifestations psycho-comportementales et les troubles psychiatriques intriqués (primaires ou secondaires) aux situations alcooliques. Tout tableau somatique atypique (confusions, manifestations neurologiques non étiquetées) doit faire évoquer une complication somatique sur une pathologie addictive (hématome sous-dural, complication infectieuse). Enfin, devant toute manifestation psycho-comportementale, la prise aiguë ou chronique de toxiques doit être envisagée comme facteur causal ou aggravant. Sans oublier d'évaluer le retentissement du sevrage tabagique forcé suite à l'admission aux urgences qui vient majorer ces troubles.

Les situations pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

Enfin, un certain nombre de situations particulières seraient liées à une consommation pathologique d'alcool. Il s'agit, selon les travaux réalisés par l'équipe du London St Mary's Hospital, de 10 événements médico-chirurgicaux aigus spécifiques qui seraient plus fréquemment associés à des modalités de consommation pathologique d'alcool [10]. Ces 10 motifs d'admissions sont :

1. les chutes ;
2. les malaises ;
3. les agressions ;
4. les oppressions thoraciques et palpitations ;
5. les traumatismes crâniens ;
6. les plaintes digestives ;
7. les troubles psychiatriques ;
8. les situations d'incuries ;
9. les admissions multiples ;
10. les situations de souffrances imprécises.

Ces situations sont en réalité assez fréquemment rencontrées dans les services d'urgences et la recherche d'une consommation pathologique d'alcool pouvant exister de façon sous-jacente à ces situations est préconisée par l'équipe du London St Mary's Hospital.

Les populations particulières**Les jeunes**

Les ivresses aiguës sembleraient de plus en plus fréquentes chez les moins de 25 ans. Chez les adolescents, l'alcool est rarement un motif d'admission au SAU, mais dans ces cas les taux d'alcoolémie rencontrés sont importants (1,70 g/L en moyenne). On distingue alors 45 % de buveurs occasionnels, 35 % d'abuseurs, 4 % d'alcoolodépendants [11]. Ainsi, les consommations massives d'alcool sur un temps restreint (*binge drinking*) seraient de plus en plus fréquentes. Ces modalités de consommation à type « d'alcool défoncé » se sont développées dans la fin des années 90, au sein des populations jeunes et rapidement répandues outre-Atlantique, outre-Manche et en Europe du Nord [12]. Elles sont associées à des conséquences somatiques (accidents, comas éthyliques) et sociales néfastes (désordres publics). Les services des urgences voient de plus en plus souvent arriver de jeunes patients dans ce type de situation pour lesquelles des réponses d'accueil somatiques et addictologiques doivent être organisées. La prise en considération des phénomènes de *binge drinking*, comme des modalités de consommations pathologiques et leur dépistage systématique, conduirait à accroître de 19 à 42 % le pourcentage de patients présentant un usage problématique de l'alcool en population générale [13].

Les seniors

En ce qui concerne les seniors, un certain nombre de circonstances d'arrivée aux urgences sont liées à des consommations

aiguës ou chroniques d'alcool qui ne sont que rarement recherchées car peu bruyantes du point de vue psycho-comportementales. Aussi, il convient de penser à réaliser une alcoolémie devant les situations de chute ou de malaise qui sont très fréquentes dans ce contexte. Cette alcoolémie si elle positive présente un intérêt de compréhension étiologique et point de départ d'un entretien addictologique [14].

Les passages récurrents

Une partie de la population se démarque par des passages récurrents aux urgences avec une succession d'échecs de prise en charge. Les auteurs anglo-saxons qualifient ces passages de *Revolving door syndrome* (RDS). Cette population est caractérisée par une précarité sociale importante (sans domicile fixe, bénéficiaire des minima sociaux, isolement social). Sur le plan psychopathologique, il y a, chez ces patients, une très grande précarité avec des problèmes de mésusages d'alcool et de polyconsommations, une prévalence importante de trouble de la personnalité (en particulier personnalité borderline ou « états limites ») (20 à 66 %). Une forte prévalence de troubles psychiatriques est aussi retrouvée [15].

Les polyconsommations

Si les troubles liés à l'alcool sont fréquents aux urgences, les problématiques addictives liées à d'autres substances ou médicaments n'y sont pas rares. D'une façon générale du fait de la fréquence des comorbidités addictives, il y a lieu de chercher d'autres mésusages associés aux problèmes d'alcool : on pensera évidemment au tabac dont la dépendance est très fréquente chez les sujets en difficulté avec l'alcool, mais aussi le cannabis chez les sujets jeunes en particulier. On devra également rechercher les prises médicamenteuses et surtout les benzodiazépines.

À l'inverse, toute admission aux urgences pour un mésusage de substances psychoactives doit parallèlement faire rechercher une utilisation pathologique d'alcool.

Enfin, les situations de polyconsommations peuvent entraîner des manifestations toxidromiques ou de sevrages complexes qu'il faudra évoquer devant tout tableau neuropsychiatrique atypique.

Les comorbidités psychiatriques

Le dépistage des comorbidités psychiatriques associées aux mésusages de substances addictives aux urgences est une question primordiale. Celles-ci sont fréquentes, mais malheureusement trop peu repérées. Il faut tout d'abord citer les troubles de l'humeur fréquemment associés aux mésusages d'alcool (plus d'une fois sur deux pour Arnaud et al. [7]. Leur présence est un facteur évident de gravité, en particulier lors de la présence de manifestations suicidaires associées, qui doit influencer la décision d'orientation. Des échelles de dépistages K6 [7] ou le simple interrogatoire peuvent permettre de repérer la détresse psychologique et de décider du recours à un avis spécialisé. En dehors des troubles thymiques, il faut savoir

dépister les autres pathologies mentales, en particulier les troubles anxieux (troubles phobiques et syndrome de stress post-traumatique) souvent liés à une tentative d'automédication et les troubles psychotiques émergents, surtout chez les jeunes consommateurs d'alcool et de cannabis avec passages itératifs. D'une façon générale dans un service d'urgence, les tableaux psychiatriques avec agitation doivent faire évoquer une comorbidité addictive aiguë et ou chronique (accès maniaque et alcoolodépendance par exemple).

Les manifestations de sevrage

Les syndromes de sevrages alcooliques sont les syndromes de sevrages les plus pourvoyeurs de troubles du comportement dans les services des urgences. À côté des formes classiques et souvent frappantes de delirium tremens, il faut envisager de penser à un sevrage éthylique devant tout tableau comportemental associant tension psychique et troubles cognitifs. La recherche de consommation d'alcool doit être systématique lors de l'enquête auprès de l'entourage. Aux deux extrêmes du syndrome, sont décrits des signes mineurs de sevrage et des accidents graves compliquant le sevrage lui-même, comme le delirium tremens ou les crises convulsives. Les symptômes observés ne sont pas spécifiques. Ils apparaissent les premières heures après l'arrêt de l'alcoolisation, en général avant 24 heures et sont parfois très rapidement présents, parfois même alors que le taux d'alcoolémie n'est pas encore nul. Ils se définissent, dans la grande majorité des cas, par des troubles subjectifs (anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemar) des troubles neurovégétatifs (sueurs, tremblements, hyperthermie, tachycardie, hypertension artérielle) et des troubles digestifs (anorexie, nausées, vomissements, diarrhée). L'ensemble de ces symptômes est parfois qualifié de prédelirium tremens (ou pré-DT). En l'absence de traitement précoce, ce tableau peut s'aggraver dans les heures qui suivent, constituant le syndrome de sevrage avéré et se compliquer d'un delirium tremens associant un tremblement majeur, une dysarthrie, des réflexes ostéotendineux vifs, un état confuso-onirique et des hallucinations visuelles et auditives. Le patient devient le partenaire obligé de scènes imaginaires et angoissantes qui s'imposent à lui. Les zoopsies sont fréquentes et effrayantes. À ce tableau s'associent des sueurs abondantes, une fièvre parfois intense et des convulsions dont la survenue peut être extrêmement variable par rapport à l'arrêt de l'alcool. Ce syndrome peut être résolutif, spontanément ou plus sûrement sous traitement, en 2 à 5 jours. Toutefois, le delirium tremens surviendrait chez environ 20 % des sujets alcoolodépendants hospitalisés et serait mortel dans 8 % des cas [9].

La prise en charge immédiate

La prise en charge somatique

Il s'agit tout d'abord d'accueillir le patient. On insistera sur le recueil et la bonne transmission des éléments anamnestiques, en

particulier, sur les événements préhospitaliers ayant conduit à l'hospitalisation et ceci d'autant plus que les troubles mnésiques secondaires ne sont pas rares. Ces éléments seront recueillis auprès des adressant (pompiers, policiers, médecins) et de l'entourage.

Une fois le patient installé, une étape somatique s'impose avant toute intervention addictologique et/ou psychiatrique. En effet, la prise en charge se doit d'être médicalisée pour marquer la prise en considération de l'aspect pathologique de la conduite. Le patient doit se sentir reconnu comme malade dans l'attitude adoptée.

Un examen clinique complet est effectué, recherchant d'éventuelles complications et des critères de gravité : coma, traumatismes, inhalation, crise convulsive, hypoglycémie, complications digestives, rhabdomyolyse, hématome sous-dural (extradural, intracérébral)...

Un bilan biologique minimum doit être réalisé (numération formule sanguine, plaquettes, ionogramme sanguin, transaminases, gamma glutamyl transférase et alcoolémie).

Ce bilan que nous souhaitons dans l'idéal systématique peut être adapté au cas par cas.

Une surveillance clinique accompagne la prise en charge portant une attention toute particulière à l'apparition éventuelle d'un syndrome de sevrage dont la prévention thérapeutique doit se faire sans attendre.

Thérapeutiques médicamenteuses

En dehors des traitements concernant les décompensations somatiques liées à des complications secondaires à la consommation aiguë ou chronique d'alcool (qui ne seront pas abordés dans cet article), il s'agit en priorité aux urgences de prévenir le sevrage en alcool et de traiter le trouble comorbide psychiatrique s'il existe de façon rapide et appropriée. Insistons sur la prévention par un traitement aujourd'hui bien cadré :

- hydratation per os 1,5l/j ;
- vitaminothérapie B1&B6 ;
- benzodiazépines (diazépam ou oxazépam si insuffisance hépatique).

Ceci suppose un repérage précoce (dès l'admission) des problématiques liées à l'ingestion chronique d'alcool. L'utilisation des échelles de cotation du syndrome de sevrage éthylique comme l'échelle dite « de Cushman » [16] (tableau I) permet aux équipes soignantes de mettre en place une montée en charge titrée des benzodiazépines, au plus tôt, et en accord avec une surveillance étroite. Ce traitement permet, par ailleurs, en jugulant le sevrage et en limitant les effets de l'intoxication, de permettre un apaisement des patients. En cas d'aggravation du syndrome de sevrage éthylique, le traitement est symptomatique, nécessitant parfois un transfert en réanimation.

Pour ce qui est des manifestations psychiatriques ou comportementales, elles peuvent nécessiter de recourir à des thérapeutiques sédatives plus intenses (de type neuroleptiques sédatifs – ex : loxapine 25 à 75 mg per os ou intramusculaire en l'absence de contre-indications liées notamment au statut hépatique).

On devra aborder ici le possible recours aux modalités d'isolement ou de contention des patients (prescrites, surveillées, horodatées) en cas d'agitations non négociables ou incoercibles. Si la mise en place de ces modalités de protection des patients est parfois inévitable, il faut rappeler que la plupart des situations de violences se préviennent et s'anticipent :

- éviter de stigmatiser les patients ;
- les traiter comme des cas d'intoxications et donc les surveiller de façon rapprochée (allongés, alités, installés dans des conditions de confort acceptables...);
- prévenir les manifestations des intoxications et du sevrage fréquemment sources d'agressivité.

Évaluation qualitative et quantitative des troubles liés à la consommation d'alcool aux urgences

Du fait des fréquentes situations de mésusage d'alcool aux urgences, leur dépistage doit être systématisé. Pour ce faire,

TABLEAU I
Échelle de Cushman

	0	1	2	3
Pouls ¹	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique ²	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire ¹	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur ¹	0	Paumes	Paumes et front	Profuse
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par le bruit, la lumière, prurit	Hallucination critiquée	Hallucination non critiquée

Score et intensité : 0-7 : minime ; 8-14 : moyenne ; 15-21 : severe.

¹Critères valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).

²Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter mm de Hg au-delà de 50 ans.

TABLEAU II
DETA

1	Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2	Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3	Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4	Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives (ou plus) à ces questions est évocateur d'une consommation nocive.

il doit être fondé sur une évaluation la plus précise possible qui peut s'appuyer sur des questionnaires et des échelles validés pour permettre une proposition d'intervention adaptée aux troubles identifiés. Bien entendu, ces questionnaires ne remplacent pas l'entretien clinique avec le patient et le recueil des consommations déclarées d'alcool, qui, bien que souvent remises en question par les soignants, constituent une base d'entretien avec le patient. Selon les recommandations HAS de 2001, l'utilisation d'échelles de dépistage devrait être systématisée dans les services des urgences après une intoxication éthylique aiguë. Il existe plus de 25 questionnaires de dépistage du mésusage d'alcool [17]. De nombreuses études ont démontré leur supériorité par rapport aux examens biologiques en matière de dépistage de consommations problématiques. Les questionnaires offrent l'assurance d'un langage commun entre professionnels de différentes disciplines qui partagent leur travail aux urgences.

Les outils qualitatifs du dépistage du mésusage

Parmi les outils ou questionnaires permettant aux équipes soignantes des urgences de procéder au repérage précoce et standardisé des consommations excessives d'alcool, nous citons le diminuer entourage trop alcool (DETA) ou CAGE (*tableau II*) [18,19]. Très simple d'utilisation (seulement 4 questions), il est largement recommandé pour le dépistage des troubles de l'usage d'alcool.

Les outils quantitatifs et qualitatifs du dépistage du mésusage

La consommation déclarée d'alcool doit être recherchée. Souvent critiquée, elle informe le praticien et reste souvent fiable lors de l'entretien empathique et motivationnel. Certains tests proposent une approche qualitatif-quantitative. C'est le cas de l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (*tableau III*), développé par l'Organisation mondiale de la santé, qui explore la consommation d'alcool sur les 12 derniers mois [20]. Sa version abrégée : AUDITC est particulièrement utile.

La biologie

Les marqueurs biologiques peuvent être des outils précieux dans les services des urgences.

Tout d'abord, l'alcoolémie : elle doit être réalisée de façon systématique en cas de suspicion d'intoxication éthylique aiguë, mais plus largement lors de situations évocatrices.

Il est possible, également de s'appuyer sur l'utilisation du volume globulaire moyen et des marqueurs hépatiques (gamma glutamyl transférase et transaminases : ASAT et ALAT) qui ne sont ni sensibles ni spécifiques, mais dont l'utilisation reste un appui pour le bilan des troubles liés à la consommation d'alcool et pour conduire l'entretien avec le patient. L'utilisation de la *carbohydate deficient transferrin* (CDT) n'est pas réalisée en pratique courante, ce qui est regrettable du fait des bonnes qualités de ce marqueur biologique [21].

Les modalités d'interventions

Aspects généraux et principes de base

À l'instar des autres pathologies accueillies aux urgences, l'équipe soignante a pour mission de gérer l'aigu et d'orienter le patient vers un système de soins hospitalier ou ambulatoire. Toute la difficulté tient à l'évaluation de la problématique vis-à-vis de l'alcool et de sa prise en charge en l'abordant avec le patient de façon précise, sans qu'il ne repousse cet échange ou le refuse. Cette intervention (bilan et conseil ou orientation) peut être réalisable par un membre de l'équipe non spécialisé (intervention simple), ou bien il peut s'avérer nécessaire de faire intervenir un soignant formé aux techniques d'entretiens utilisés dans les maladies addictives (intervention complexe). Les niveaux d'interventions (simple ou complexe) et la qualification des intervenants peuvent être définis a priori par des seuils de gravité aux échelles d'évaluation [22]. Avant de réaliser une intervention spécifique, la passation de tests courts de dépistages (DETA, AUDIT) permet d'orienter sur cette gravité. Un seuil évoquant un trouble de l'usage d'alcool modéré à sévère (dépendance) ou un trouble comorbide psychiatrique (évoqué lors de l'évaluation de la détresse psychologique ou du fait de la présence de symptômes psychiatriques) requièrent une intervention spécialisée ; les autres cas peuvent être traités par les équipes d'urgences.

Avant de détailler une modalité d'intervention simple ou complexe, rappelons que, quelle que soit la gravité du mésusage d'alcool, une attitude d'empathie et d'écoute attentive et

TABLEAU III
AUDIT C (12 derniers mois)

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1/mois ou <	2-4/mois	2-3/s	> 4/s	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	> 10	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière	Jamais	< 1/mois	1/mois	1/s	1/j	
Total						

Un score supérieur ou égale 4 chez l'homme, 3 chez la femme signe une consommation d'alcool à risque pour la santé.

chaleureuse est recommandée et attendue pour tous les intervenants.

Le premier niveau de prise en charge peut être réalisé par l'ensemble de l'équipe des urgences. Il s'agit de repérer des facteurs aggravants et/ou des comorbidités. En l'absence de critères de gravité, il est recommandé la réalisation d'une « intervention ultra-brève » selon le modèle de l'OMS, l'information du médecin traitant avec l'accord du patient et la remise d'un livret d'aide. Si des problèmes sociaux sont associés, l'intervention d'une assistante sociale est souhaitable.

Le deuxième niveau passe par une intervention spécialisée réalisée par un membre de l'équipe formé en addictologie (équipe d'addictologie de liaison, psychiatre ou membre de l'équipe du SAU). Cette intervention est recommandée pour les patients difficiles ou présentant des facteurs aggravants ou une comorbidité psychiatrique.

L'intervention d'une équipe de soin et de liaison en addictologie aux urgences nécessite que soit mis en place un travail de partenariat avec les équipes des urgences. Ceci suppose pour l'ELSA, d'accepter les règles et contraintes (organisationnelles et structurelles) liées aux urgences, mais aussi de faire accepter aux équipes des urgences les règles et contraintes liées à l'intervention addictologique. Les équipes d'urgences peuvent solliciter une présence de l'équipe d'addictologie au quotidien permettant une évaluation et une orientation rapide du patient. L'idéal est une intervention systématique de l'ELSA le matin qui peut réaliser une intervention brève ou motivationnelle. Les équipes d'addictologie doivent insister sur le respect des bonnes pratiques d'intervention afin de pouvoir réaliser au mieux un entretien adapté au patient et à sa situation. Ces règles de bonnes pratiques pourraient s'énoncer comme suit :

- intervention médicalisée optimale dès l'admission : patient déshabillé, bilan réalisé, traité (prévention du syndrome de sevrage éthylique) ;
- maintenir avec le patient un rapport empathique et bienveillant ;

- annonce de l'intervention addictologique ;
- relais addictologique et/ou psychiatrique au décours de la phase aiguë dès que le patient est accessible à une intervention d'évaluation, d'information et d'orientation, c'est-à-dire à distance des effets du toxique c'est-à-dire à alcoolémie proche de zéro ;
- prévoir un lieu adapté pour un entretien.

Les interventions

Trois types d'interventions peuvent être classiquement proposés dans les services des urgences :

- les interventions ultra-brèves ;
- les interventions brèves ;
- les entretiens motivationnels.

Leur objectif est d'amener les patients à une prise de conscience de leur problème vis-à-vis de leur problématique vis-à-vis de l'alcool et de les faire progresser vers une démarche de soins vis-à-vis du produit. Il peut s'agir d'une réduction de la consommation ou d'abstinence avec ou sans accompagnement associées à des objectifs identiques ou différents vis-à-vis d'autres substances (en particulier, le tabac).

Du fait d'une forte prévalence des problématiques de dépendance aux urgences, le recours à l'entretien motivationnel devrait être la priorité. Toutefois, ce type d'intervention nécessitant du temps et un personnel formé sont très rarement réalisés ; une intervention brève adaptée qui a fait preuve de son efficacité lui est donc préférée [23].

Intervention ultra-brève

Elle est adaptée aux situations d'usages à risque comme par exemple les alcoolisations aiguës des jeunes étudiants en l'absence de comorbidités. Elle comprend :

- un feedback donné au patient sur sa consommation d'alcool ;
- une explication 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.

Intervention brève

Elle s'adresse, en ce qui concerne l'alcool, aux buveurs excessifs et visent, en priorité, une réduction de leur consommation d'alcool et non une abstinence. Le praticien doit être empathique et savoir respecter la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement. Elles sont en général connues et utilisées pour l'alcool, mais elles sont parfaitement utilisables dans le cas d'une consommation excessive de cannabis, c'est-à-dire toute consommation de cannabis à l'origine de l'admission aux urgences de façon directe ou indirecte. L'abstinence peut être préconisée, mais il s'agit en particulier de trouver un consensus patient-médecin en ce qui concerne la nocivité du produit, son implication dans l'écllosion de l'urgence, la conduite à tenir vis-à-vis du produit et le suivi ultérieur [24].

Les étapes d'une intervention brève sont généralement synthétisées par l'acronyme FRAMES :

- restituer les résultats du test de repérage (et des bilans réalisés) au patient (ou Feed-back), parler des circonstances d'admission ;
- responsabiliser le patient (le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute) ;
- donner un conseil de modération (ou *advice*) : l'abstinence peut être discutée (pour le cannabis ou d'autres substances, pour l'alcool si c'est le souhait du patient) ;
- évoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation (ou *menu*) ;
- user de bienveillance, ne pas juger (ou empathie) ;
- laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (ou *self-efficacy*).

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel développé par Miller et Rollnick s'appuie sur l'efficacité du patient à évoluer face à la maladie de façon non contrainte, dès lors que le thérapeute s'inscrit dans une démarche empathique, renforçant l'efficacité personnelle du patient en l'accompagnant dans ces choix. Ici, la confrontation avec le patient et l'exhortation au changement induisant une résistance délétère sont proscrites.

Ce type d'entretien est idéal pour accompagner le patient vers l'acceptation des soins. Toutefois, sa réalisation se conforme difficilement aux contraintes des urgences sauf pour un intervenant expérimenté. Il peut être coûteux en temps, mais il peut être pratiqué avec tous les patients dont la demande n'est pas aboutie afin de leur permettre de progresser dans leur motivation. Dans le cas des patients en soins contraints, il est peut s'avérer efficace pour aider les patients à accepter les soins.

Il n'existe pas stricto sensu d'indication des différents types d'interventions. Elles sont à adapter à la gravité du trouble et nous proposons, en regard de notre expérience clinique, que dans le cas d'usages à risques on puisse recourir à des interventions ultra-brèves pour favoriser la sortie du risque, que dans les situations d'abus (trouble de l'usage léger) on puisse recourir

à des interventions brèves pour favoriser une consommation contrôlée ou une abstinence et que dans le cas des situations de dépendance (trouble de l'usage modéré à sévère) on puisse recourir à des entretiens motivationnels pour favoriser l'émergence d'un processus de changement [22]. Il faut également noter que la plupart des études rendent difficilement compte de l'efficacité des interventions brèves aux urgences, suggérant le caractère indispensable d'un intervenant particulièrement formé utilisant des techniques motivationnelles [23].

Entretien avec la famille et l'entourage

Il est toujours indiqué, dans le cadre de l'urgence, de réaliser une évaluation exhaustive des situations et de leur contexte. Ceci est particulièrement vrai pour les troubles liés à l'utilisation de substances. Il est fondamental de sensibiliser les adresseurs préhospitaliers à recueillir des informations sur les situations, les contextes qui ont été à l'origine de la demande d'admission aux urgences et de les transmettre. Par ailleurs, il est également possible de rencontrer les familles, en présence du patient (ce qui est mieux) ou non, selon les circonstances.

Orientations

L'idée est de faciliter l'accès aux soins des personnes en difficulté avec l'alcool en les aidant à prendre conscience, le plus précocement possible, de leurs difficultés, notamment grâce à des dispositifs d'autoévaluation et d'aide à la motivation. Il faut favoriser une prise en soins qui ne soit pas confrontante ou rejetante. Il faut pouvoir dépister et évaluer toutes les problématiques liées à l'alcool qui peuvent être bruyantes, mais aussi cachées. Il faut permettre une prise en charge médicale et un entretien addictologique et ou psychiatrique afin de favoriser l'ancrage du patient dans le système de soins. Les protocoles de soins concernent à la fois des aspects psychologiques, somatiques et sociaux. Ils allient des prises en charge pharmacologiques qui prennent en compte à la fois le trouble addictif et les pathologies psychiatrique(s) et somatique(s) comorbides si elles existent. Il s'agit de soins intégrés faisant appel à des équipes pluridisciplinaires. Au décours de la prise en charge aux urgences plusieurs réponses seront possibles en fonction de l'évaluation et du contrat établi avec le patient.

La HAS a proposé des modalités de prise en charge pour l'intoxication éthylique aiguë qui peuvent servir de base pour l'évaluation et l'orientation de toutes les situations de mésusages d'alcool dépistées aux urgences [25].

Trouble de l'usage léger (abus d'alcool)

Le relais de la prise en charge passe par l'information et la coordination avec le médecin généraliste du patient. Il est recommandé cependant de proposer voire d'organiser, en accord avec le patient, un suivi par une structure spécialisée (CSAPA).

Trouble de l'usage modéré à sévère (alcoolodépendance)

Dans le cas d'un trouble de l'usage modéré à sévère (alcoolodépendance) ou des critères de gravité associés : consommation d'autres toxiques, comorbidité psychiatrique (dont le traitement est intégré dans la prise en charge), échec des prises en charge antérieures ou isolement social, l'indication d'un sevrage ambulatoire voire hospitalier sera posée. Si le patient est dans une démarche de soins, il faut préparer un projet thérapeutique adapté à la maladie et aux souhaits du patient. Il pourra s'agir d'un sevrage ambulatoire ou hospitalier associé à des stratégies de prévention des rechutes ou bien une consommation contrôlée s'appuyant sur un suivi spécialisé en partenariat avec l'entourage, un traitement médicamenteux, l'intégration d'association d'anciens buveurs. La prise en charge hospitalière est guidée par la gravité et la sévérité des troubles addictifs et notamment de leur répercussion sociale, somatique et psychiatrique. À côté de la mise en danger qui est un critère d'hospitalisation évident, retenons la demande du patient, l'incapacité à mettre en place un sevrage ambulatoire, la notion d'échecs des sevrages antérieurs, l'absence de soutien psychosocial ou enfin des risques somatiques liés à l'arrêt du produit (antécédents de *delirium tremens* ou de crises convulsives).

Si le patient est réticent, il faut conserver une écoute attentive. Une nouvelle évaluation addictologique est conseillée ainsi que la remise d'un livret d'information. Il est conseillé de prendre un premier rendez-vous pour le patient depuis les urgences.

Population étudiante

Pour la population étudiante rencontrée aux Urgences pour ivresse aiguë à risque de mésusage (*binge drinking*, par exemple) ou pour consommation problématique de cannabis, prévoir un relais en consultation dans le service de médecine préventive-universitaire. Ce type de structure permet de mettre en place une consultation à distance de l'intoxication et dans un lieu neutre.

Associations

L'importance de l'association précarité sociale – conduites addictives – pathologies mentales conduit à s'interroger sur la mise en place de stratégies de prises en charge globale médico-sociale résidentielles de longue durée adaptées à ces populations [26].

Demande de contrainte aux soins

La demande de contrainte aux soins pour des troubles liés à la consommation d'alcool est fréquente aux urgences. Elle est souvent initiée au préalable par la famille du patient, par des proches ou par des organismes tutélaires dans un contexte d'intoxication éthylique aiguë pour permettre le transfert vers l'hôpital d'un patient agité, menaçant ou en danger vital. Elle nécessite de faire l'objet d'une évaluation approfondie au décours de la prise en charge somatique. Selon les recommandations de l'HAS en 2005 [27] la prise d'alcool ou de toxiques,

aiguë ou chronique, peut justifier une hospitalisation sans consentement à condition qu'elle soit associée à :

- des troubles psychiatriques ;
- et/ou des antécédents de passage à l'acte ;
- et/ou un risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui.

L'HAS rappelle ainsi que « en cas d'intoxication aiguë nécessitant une hospitalisation, il est recommandé une prise en charge en première intention dans un service d'accueil des urgences car le risque somatique est prédominant. Il est recommandé d'évaluer l'indication d'hospitalisation sans consentement au décours de la prise en charge somatique de l'intoxication aiguë [27] ».

Il s'agit souvent de patients difficiles à intégrer dans un réseau de soins devant l'absence de demande, le déni et une précarité sociale importante. Malgré son intérêt évident dans l'urgence, la place de ce type d'hospitalisation et son efficacité dans la prise en charge de la maladie addictive sur le long terme n'est pas encore clairement établie.

Insistons sur l'utilisation de techniques d'entretien de type motivationnel qui peut faire basculer la demande du côté de l'acceptation.

Ivresses publiques

Enfin, les situations non rares d'ivresses publiques manifestes assorties de leurs certificats de non-admission sont assez fréquemment répandues en France. Elles rendent compte de l'intrication médicale, sociale et légale des problématiques addictives. La disparité de la prise en charge des ivresses publiques manifeste sur le territoire témoigne de la difficulté à gérer ces situations où les troubles du comportement, de nature psychiatrique ou non, sont ventilés au gré des us et coutumes, tantôt vers les chambres de dégrisement du commissariat, tantôt vers les chambres d'isolement des urgences. Ainsi, en cas d'intoxication chronique à retentissement aigu, la rencontre avec le système de soin est indispensable et doit avoir lieu dans les services des urgences, qui doivent, en retour, disposer des moyens adaptés pour maintenir les patients qui le nécessitent à l'hôpital.

Conclusion

Les problèmes liés à l'utilisation d'alcool sont très fréquents dans les services des urgences. Ils peuvent être évidents ou masqués. Ils sont parfois source de difficultés pour les équipes soignantes car à l'origine d'états d'agitations et de fréquents refus de soins portés par le déni de la maladie. Ces positions ne sont pas des fatalités et l'organisation de l'accueil avec un repérage et une reconnaissance du fait pathologique addictologique, l'articulation de la prise en charge somatique et addictologique avec la bonne temporalité, l'utilisation d'outils d'évaluation et la mise en place d'interventions psychothérapeutiques in situ sont autant de procédures qu'il faut aujourd'hui mettre en place dans tous les SAU. Ce sont ces adaptations du système de soins aux

patients qui permettront l'amélioration des prises en charge. Ces adaptations se feront grâce à l'évolution des connaissances, des pratiques et de l'organisation des soins qui ont largement évolué depuis la précédente conférence de consensus sur l'intoxication éthylique aiguë aux urgences

[28], qu'il est temps de faire évoluer en présence de tous les acteurs de cette importante question.

Déclaration de liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Tronche A-M, Descombas M, Brousse G, Geneste J, Schmidt J. La spécificité de l'intervention alcoologique aux urgences. *Rev Fr Psychiatrie Psychol Med* 2006;95:7-11.
- [2] Touquet R, Brown A. PAT – Revisions to the Paddington Alcohol Test for early identification of alcohol misuse and brief advice to reduce emergency department re-attendance. *Alcohol Alcohol* 2009;44(3):284-6.
- [3] Cherpitel CJ, Bond J, Ye Y, Borges G, Room R, Poznyak V, et al. Multi-level analysis of causal attribution of injury to alcohol and modifying effects: data from two international emergency room projects. *Drug Alcohol Depend* 2006;82(3):258-68.
- [4] Benyamina A, Bouchez J, Rahioui H, Reynaud M. Psychiatric emergencies in drug addiction. *Rev Prat* 2003;53(11):1201-8.
- [5] Inserm. Alcool – dommages sociaux abus et dépendances. Paris: Inserm; 2003.
- [6] Zerhouni O, Bègue L, Brousse G, Carpentier F, Dematteis M, Pennel L, et al. Alcohol and violence in the emergency room: a review and perspectives from psychological and social sciences. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10(10):4584-606.
- [7] Arnaud B, Malet L, Teissedre F, Izaute M, Mustafa F, Geneste J, et al. Validity study of Kessler's psychological distress scales conducted among patients admitted to French emergency department for Alcohol Consumption-Related Disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2010;34(7):1235-45.
- [8] Reynaud M, Schwan R, Loiseaux-Meunier MN, et al. Patients admitted to Emergency Services for drunkenness: moderate alcohol users or harmful drinkers? *Am J Psychiatry* 2001;158:96-9.
- [9] Hall W, Zador D. The alcohol withdrawal syndrome. *Lancet* 1997;349(9069):1897-900.
- [10] Huntley JS, Blain C, Hood S, Touquet R. Improving detection of alcohol misuse in patients presenting to an accident and emergency department. *Emerg Med J* 2001;18(2):99-104.
- [11] Picherot G, Muszлак M, David V, Dufillhol-Dréno L, Alvin P, Armengaud D, et al. Acute alcohol intoxication in adolescent emergencies: prospective multicenter study. *Arch Pediatr* 2003;10(Suppl. 1):140s-2s.
- [12] OFDT. Estimations 2011 des consommations de produits psychoactifs. OFDT; 2011 [Actualisée en juin 2012, <http://www.ofdt.fr>].
- [13] Stahre M, Naimi T, Brewer R, Holt J. Measuring average alcohol consumption: the impact of including binge drinks in quantity-frequency calculations. *Addiction* 2006;101(12):1711-8.
- [14] Onen SH, Onen F, Mangeon JP, Abidi H, Courpron P, Schmidt J. Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2005;41(2):191-200.
- [15] Teesson M, Hodder T, Buhrich N. Psychiatric disorders in homeless men and women in inner Sydney. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(3):162-8.
- [16] Cushman Jr P, Forbes R, Lerner W, et al. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985;9:103-8.
- [17] HAS. 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 – recommandations; 2001, <http://www.has-sante.fr>.
- [18] Malet L, Schwan R, Boussiron D, Aublet-Cuvelier B, Llorca PM. Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *Eur Psychiatry* 2005;20:484-9.
- [19] Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *J Am Med Assoc* 1984;252:1905-7.
- [20] Babor TF, DelaFuentes JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care, 4. World Health Organization; 1992p. 1-30 [PSA/92].
- [21] Schwan R, Albuissou E, Malet L, Loiseaux MN, Reynaud M, Schellenberg F, et al. The use of biological laboratory markers in the diagnosis of alcohol misuse: an evidence-based approach. *Drug Alcohol Depend* 2004;74(3):273-9.
- [22] Brousse G, Arnaud B, Geneste J, Pereira B, De Chazeron I, Teissedre F, et al. RAPS4-QF and AUDIT can help practitioners for patients admitted with acute alcohol intoxication in Emergency Departments? *Front Psychiatry* 2014;24:5-72.
- [23] Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD004148.
- [24] Schwan R, Di Patritio P, Albuissou E, Malet L, Brousse G, Lerond J, et al. Usefulness of brief intervention for patients admitted to emergency services for acute alcohol intoxication. *Eur J Emerg Med* 2012;19(6):384-8.
- [25] HAS. Recommandations – orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë des patients admis aux urgences des établissements de soins. HAS; 2001, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272274/fr/orientations-diagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-d-une-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins.
- [26] Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77(3):350-61.
- [27] Recommandations pour la pratique HAS clinique. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. HAS; 2005, www.has-sante.fr/2005.
- [28] Société française de médecine d'urgence. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992. « L'ivresse éthylique aiguë dans les services des urgences ». Paris: SFMU; 2006 [24 p.].