



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans le service  
d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Douai**

Présentée et soutenue publiquement le 13 Octobre 2014  
Par Adrien Couture

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur E. WIEL**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur O. COTTENCIN**

**Monsieur le Professeur J-M. LEFEBVRE**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur O. TILAK**

---

## Liste des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ASAT : Aspartate aminotransférase

AVK : Anti Vitamine K

AVP : Accident de la Voie Publique

AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test

CDT : Carbohydrate Déficient Transférin

CH : Centre Hospitalier

CNH : Certificat de Non Hospitalisation

CPK : Créatine Phospho-Kinase

CRP : Protéine C Réactive

DETA : Diminuer - Entourage - Trop - Alcool

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V

ECG: Electrocardiogramme

EEG: Electroencéphalogramme

EPP: Evaluation des Pratiques Professionnelles

GCS: Glasgow Coma Scale (Score de Glasgow)

GGT: Gamma-GT

IAO: Infirmier(ère) d'Accueil et d'Orientation

IEA : Intoxication Ethylique Aiguë

IM : Intra Musculaire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INVS : Institut de Veille Sanitaire

IPM : Ivresse Publique Manifeste

IV : intraveineux

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

OSCOUR : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences

PAd : Pression Artérielle diastolique

PAs : Pression Artérielle systolique

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Secteur d'Accueil des Urgences Vitales

TC : Traumatisme Crânien

TDM : Tomodensitométrie

TP : Taux de Prothrombine

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VGM : Volume Globulaire Moyen

## Table des illustrations

Diagramme 1 : Pourcentage de patients consultant avec une IEA par rapport au nombre total d'entrées aux urgences sur le mois de Mars 2014 (p32)

Diagramme 2 : Pourcentage de patients consultant avec une IEA par rapport au nombre total d'entrées aux urgences en fonction du jour de la semaine (p33)

Diagramme 3 : Nombre de consultations aux urgences avec une IEA selon la tranche horaire journalière (p33)

Diagramme 4 : Mode d'entrée des patients admis avec une IEA aux urgences (p34)

Diagramme 5 : Répartition de la pression artérielle (p37)

Diagramme 6 : Sectorisation des patients présentant une IEA aux urgences (p38)

Diagramme 7 : Natrémies des patients consultant aux urgences avec une IEA (p45)

Diagramme 8 : Chlorémies des patients consultant aux urgences avec une IEA (p45)

Diagramme 9 : Dosage des ASAT chez les patients consultant aux urgences avec une IEA (p46)

Diagramme 10 : Réévaluation médicale avant la sortie (p55)

Tableau 1 : Antécédents des patients présentant aux urgences une IEA (p31)

Tableau 2 : Motifs d'admission des patients présentant une IEA aux urgences (p35)

Tableau 3 : Score de Glasgow et état de conscience (p39)

Tableau 4 : Répartition des convulsions chez les patients présentant une IEA aux urgences (p40)

Tableau 5 : Répartition des traumatismes crâniens chez les patients présentant une IEA aux urgences (p41)

Tableau 6 : Existence d'une éventuelle complication clinique chez les patients présentant une IEA aux urgences (p41)

Tableau 7 : Réalisation des TDM cérébrales en fonction de la notion du traumatisme crânien (p42)

Tableau 8 : Corrélation entre l'existence de signes de complications et réalisation d'un prélèvement biologique (p43)

Tableau 9 : Corrélation entre le taux d'alcoolémie et l'existence ou non de complications (p44)

Tableau 10 : Répartition des signes de complications des patients consultant pour IEA aux urgences (p48)

Tableau 11 : Prévention du syndrome de sevrage en fonction de la présence d'un mésusage, hors patients CNH/réquisition (p49)

Tableau 12 : Prescription de la vitaminothérapie en fonction de l'identification d'un mésusage pour les patients se présentant avec une IEA aux urgences (hors CNH/réquisition) (p50)

Tableau 13 : Description des aggravations au cours de la prise en charge des patients présentant une IEA aux urgences (p50)

Tableau 14 : Avis spécialisés reçus par les patients présentant une IEA aux urgences (p51)

Tableau 15 : La répartition des éléments recherchés par l'alcoologue (p52)

Tableau 16 : Modalités d'hospitalisation des patients présentant une IEA aux urgences (p53)

Tableau 17 : Répartition des services d'hospitalisation définitifs des patients présentant une IEA aux urgences (p54)

Tableau 18 : Répartition des diagnostics de sortie des patients consultant avec une IEA aux urgences (p56)

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
I. Cadre Nosologique .....	3
A. Définitions .....	3
1. Degré alcoolique et unité d'alcool.....	3
2. Seuils de consommation .....	3
3. Les différents modes de consommation d'alcool.....	4
B. Physiopathologie .....	5
C. Epidémiologie.....	6
1. Monde .....	6
2. France .....	6
3. Nord-Pas-de-Calais.....	7
D. Coût social et emploi .....	8
E. Facteurs socio-culturels et environnementaux .....	8
F. L'alcool et la loi .....	8
II. Les différentes formes cliniques .....	9
A. Variabilité clinique.....	9
B. Classification des IEA.....	10
1. IEA non compliquée .....	11
2. IEA compliquée .....	11
a) Complication Neurologiques :.....	11
b) Cardiaques : .....	12
c) Pulmonaires : .....	12
d) Métaboliques et hydroélectriques :.....	13
e) Hypothermiques : .....	13
f) Digestives : .....	13
g) Musculaires : .....	13
h) Infectieuses : .....	14
i) Allergiques : .....	14
j) Traumatiques : .....	14
k) Associations de toxiques : .....	14
l) IEA de l'enfant et de l'adolescent : .....	15
m) Psychiatriques : .....	15
n) Binge drinking : .....	15
3. Le syndrome de sevrage.....	15
a) Le sevrage alcoolique ou pré-Délirium Tremens .....	16
b) Les crises convulsives.....	16

c) Le Délirium Trémens .....	16
4. Complications chroniques .....	17
III. Stratégie de prise en charge .....	18
A. Recherche des éléments de gravité immédiats .....	18
B. Interrogatoire .....	18
C. Examen clinique .....	18
D. Affirmation diagnostique .....	19
E. Examens paracliniques .....	20
F. Conduite à tenir .....	21
G. Surveillance .....	22
H. Prise en charge alcoologique .....	23
I. Mode de sortie .....	24
J. Cas particulier de l'ivresse publique manifeste (IPM) .....	24
<b>Patients et méthodes .....</b>	<b>26</b>
I. Caractéristique de l'étude .....	26
II. Population étudiée .....	26
III. Recueil des données .....	27
IV. Valeurs de références .....	28
A. Constantes hémodynamiques .....	28
B. Score clinique .....	28
C. Valeurs biologiques .....	29
V. Analyses statistiques .....	29
<b>Résultats .....</b>	<b>30</b>
I. Population Etudiée .....	30
A. Caractéristiques de la population .....	30
1. Age .....	30
2. Sexe .....	30
3. Nombre de passage aux urgences dans les 12 mois précédents en présentant une IEA .....	31
4. Antécédents .....	31
B. Admission .....	32
1. Dates d'entrée .....	32
2. Heures d'entrée .....	33
3. Mode d'admission .....	34
4. Motif(s) d'admission .....	35
II. Prise en charge .....	36
A. A l'accueil .....	36
1. Patients mis en blouse .....	36
2. Constantes hémodynamiques .....	36
a) La fréquence cardiaque .....	36
b) La pression artérielle .....	37
c) Saturation en oxygène .....	37
d) Température .....	37
e) Glycémie capillaire .....	38
3. Orientation des patients .....	38
B. Examen clinique .....	39
1. Délai du premier contact médical .....	39
2. Examen clinique .....	39
a) Score de Glasgow .....	39
b) Agitation/Agressivité .....	40
c) Maintien des fonctions relationnelles .....	40
d) Convulsions .....	40

e)	Traumatisme crânien .....	41
f)	Recherche des critères de complications cliniques .....	41
C.	Examens paracliniques .....	42
1.	TDM cérébrales.....	42
2.	Biologie .....	43
i.	Alcoolémie.....	43
ii.	Kaliémie.....	44
iii.	Natrémie .....	44
iv.	Chlorémie .....	45
v.	ASAT (TGO).....	46
vi.	CPK.....	46
vii.	Autres intoxications.....	46
3.	ECG .....	47
D.	Signes de complications cliniques et paracliniques.....	47
E.	Thérapeutiques .....	49
1.	Prévention du syndrome de sevrage (hydratation et benzodiazépines).....	49
2.	Vitaminothérapie .....	49
3.	Prise en charge de l'agitation .....	50
4.	Surveillance aux urgences .....	50
F.	Avis spécialisés .....	51
G.	Avis alcoologique .....	52
H.	Devenir du patient et sortie .....	53
1.	Hospitalisations .....	53
2.	Réévaluation médicale .....	55
3.	Surveillance du traumatisme crânien .....	55
4.	Diagnostic de sortie.....	56
5.	Délai total de prise en charge.....	56
<b>Discussion</b>	<b>.....</b>	<b>57</b>
I.	Discussion méthodologique .....	57
A.	Aspect singulier de l'étude .....	57
B.	Choix du critère d'inclusion .....	57
C.	Particularité de la pédiatrie .....	57
II.	Caractéristique de la population étudiée.....	58
A.	Prévalence .....	58
B.	Profil du patient .....	58
C.	Admission.....	59
III.	Evaluation de la prise en charge.....	60
A.	A l'accueil .....	60
1.	Patient mis en blouse .....	60
2.	Les constantes à l'accueil .....	61
3.	Orientation.....	61
B.	Examen clinique .....	62
1.	Délai de 1 <sup>er</sup> contact médical .....	62
2.	Interrogatoire .....	63
3.	Examen .....	63
C.	Examens paracliniques .....	64
1.	TDM cérébrales.....	64
2.	Biologie .....	66
3.	ECG .....	67
4.	Signes de complications.....	68
D.	Thérapeutique .....	68
1.	Prévention du syndrome de sevrage (hydratation et benzodiazépines).....	68

2. Vitaminothérapie .....	69
3. L'agitation .....	70
4. La surveillance .....	70
E. Avis spécialisés .....	71
F. Devenir du patient .....	72
IV. Limites de la thèse.....	73
<b>Conclusion.....</b>	<b>74</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>75</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>81</b>
Annexe 1 : Echelle de Cushman .....	81
Annexe 2 : Questionnaire DETA (CAGE) .....	82
Annexe 3 : Questionnaire AUDIT .....	83
Annexe 4 : Modèle CNH .....	84
Annexe 5 : Procédure .....	85

## RESUME

**Contexte** : La prise en charge des patients en état d'intoxication éthylique aiguë (IEA), motif fréquent de recours aux urgences, est décrite dans la conférence de consensus de 2006. Ce travail a pour objectif d'évaluer cette prise en charge dans le service d'accueil des urgences (SAU) d'un centre hospitalier général, d'identifier si elle est conforme aux recommandations et de proposer des axes d'amélioration.

**Méthode** : Etude descriptive, observationnelle, prospective sur un mois. Tous les patients quel que soit leur âge, identifiés par un médecin comme présentant une intoxication éthylique aiguë lors de leur passage aux urgences, ont été inclus.

**Résultats** : 160 patients, soit 2.8% des admissions au SAU ont été inclus. Il manque une mesure des constantes dans 5.6% à 30% des cas selon le paramètre étudié alors même que 11% sont admis directement au SAUV. La recherche clinique des signes de complications est retrouvée complète chez 71.9% des patients. 52.4% des patients traumatisés crâniens ont eu une TDM cérébrale. Un bilan biologique est réalisé chez 30.4% des patients sortant avec le diagnostic d'IEA non compliquée. La prévention du syndrome de sevrage est prescrite pour 65.6% des patients alcooliques chroniques et la vitaminothérapie pour 60.7% d'entre eux. Il s'agit à 91.7% de l'association B1/B6. 46.3% des patients bénéficient d'un avis spécialisé d'alcoologie et 18.1% d'une consultation psychiatrique. La suite de la prise en charge se fait en UHCD chez 59.4% des patients. 13.8% des patients vont rester hospitalisés au décours de leur passage aux urgences.

**Conclusion** : On observe une variabilité de prise en charge des patients en état d'IEA, différant des recommandations. La connaissance des données de la littérature sur le sujet, adaptée aux réalités locales, nous a permis de proposer une procédure afin d'harmoniser la prise en charge.

## INTRODUCTION

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France (1). L'OMS estime qu'il est le troisième facteur de risque de mort prématurée et d'incapacité dans le monde (2). A l'échelle nationale, c'est un enjeu majeur de santé publique, à l'origine de 49000 décès directement imputables à l'alcool en 2009 et de 55000 séjours hospitaliers pour intoxication éthylique aiguë (IEA) (3). C'est un motif de recours fréquent pour les services d'accueil des urgences (SAU). Selon YERSIN & al. (4) l'IEA représenterait 4,7 % des motifs d'admission dans les services d'urgences et 10 à 40 % des patients admis aux urgences ont une alcoolémie positive.

La seconde Conférence de Consensus de 1992 (5), sur l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgences, actualisée en 2003 (6) puis 2006 (7) nous guide sur la prise en charge de ces patients. Mais certaines de ces recommandations sont parfois difficiles à appliquer au quotidien lorsque le nombre d'admissions journalières pour ce motif est élevé.

Aux urgences du Centre Hospitalier (CH) de Douai, il n'existe pas de procédure spécifique de prise en charge, chaque médecin soigne ces patients selon ses habitudes et son expérience.

Ce travail constitue la première partie d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Il a pour but d'évaluer la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë aux urgences du CH de Douai, afin d'établir une proposition de procédure de prise en charge du patient présentant une IEA, la plus en adéquation avec les recommandations et les réalités du terrain.

# I. Cadre Nosologique

## A. Définitions

Certaines notions sont des prérequis importants à l'évaluation de la consommation alcoolique.

### 1. Degré alcoolique et unité d'alcool

Le degré alcoolique correspond au volume d'alcool pur contenu dans 100 volumes de boisson. Ainsi, les spiritueux (whisky, vodka...) contiennent de 40 à 50 % d'éthanol, les vins en renferment de 11 à 13 % et les bières 2 à 6 %. Cette notion de degré d'éthanol est parfois trompeuse c'est pourquoi la notion d'unité d'alcool a été introduite. La taille et la forme traditionnelles des verres sont adaptées au volume d'alcool contenu dans les différentes boissons alcoolisées et contiennent pratiquement la même quantité d'alcool, soit environ 10 g d'éthanol pur et correspondent à ce que l'on appelle une unité d'alcool (8). Cela va donc correspondre à 10cl de vin à 12° ou à 25cl de bière à 5° ou encore à 3cl de whisky à 40°.

### 2. Seuils de consommation

Les seuils de consommation définis par l'OMS sont les suivants :

- Pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne),
- Pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne),
- Jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel.

L'OMS préconise également de s'abstenir de toute consommation au moins un jour par semaine. Ces seuils ne sont que des repères, donnés à titre indicatifs, car de nombreux facteurs vont agir sur cette consommation : le sexe, la corpulence, les comorbidités, la typologie de consommation (9).

### 3. Les différents modes de consommation d'alcool

Le non-usage : se définit par l'absence de consommation, il peut-être primaire ou secondaire et dans ce cas on utilisera le terme d'abstinence (9).

L'usage : toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier (9).

**Le mésusage** rassemble toutes les conduites d'alcoolisation définies par l'existence de risques potentiels et/ou de dommages et/ou de dépendance :

Usage à risque (consommateur à risque) :

La consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS ou inférieure mais associée à un risque et sans dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. Les risques pouvant être : la conduite de véhicule, l'usage précoce, la polymédication (psychotropes notamment), les comorbidités, la grossesse... (9).

Usage nocif (consommateur à problèmes) :

Existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, en l'absence de dépendance à l'alcool (9).

Ivresse ou Intoxication éthylique aiguë :

L'ivresse peut être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage. À ce titre, elle ne peut être considérée comme une catégorie d'usage. En tant qu'intoxication éthylique aiguë, elle requiert une intervention spécifique pouvant nécessiter une médicalisation, au besoin urgente, adaptée à la gravité de son expression et de ses conséquences (9).

Troubles liés à l'alcool (anciennement usage avec dépendance) :

La notion de dépendance n'existe plus et vient d'être récemment redéfinie par le DSM V selon une nouvelle entité : les troubles liés à l'usage d'une substance et dans ce cas précis les troubles liés à l'alcool. Ils définissent un mode de consommation conduisant à une dégradation ou une souffrance cliniquement significatives associée à la présence « au cours d'une période d'un an » d'au moins 2 des 11 critères du nouveau jeu diagnostique (10) :

- 1 Incapacité de remplir des obligations importantes,
- 2 Usage lorsque physiquement dangereux,
- 3 Problèmes interpersonnels ou sociaux,
- 4 Tolérance,
- 5 Sevrage,
- 6 Perte de contrôle sur quantité et temps dédiés,
- 7 Désir ou efforts persistants pour diminuer,
- 8 Beaucoup de temps consacré,
- 9 Activités réduites au profit de la consommation,
- 10 Continuer malgré une dégradation physique ou psychologique,
- 11 «Craving», désir impérieux.

Cette approche globale avec l'élargissement du diagnostic, rejoint la catégorie du « Mésusage d'alcool » (11).

## **B. Physiopathologie**

L'absorption de l'éthanol se fait à 20% de façon quasi immédiate par diffusion à travers la muqueuse gastrique et à 80% par le duodénum et le jéjunum proximal. La concentration maximale sanguine, à jeun, est atteinte en 30 minutes (12). L'absorption complète se fait entre 2 et 6h (13). L'absorption sera modulée par la rapidité d'ingestion, le caractère gazeux de la boisson ou les molécules accélérant la vidange gastrique (anti-nauséeux, médicament de mal des transports..) qui vont concourir à accélérer l'absorption et avancer la survenue de son pic. Au contraire les facteurs qui tendent à diminuer la motricité gastro-intestinale (substances anticholinergique par exemple) vont la ralentir ce qui va retarder et diminuer le pic de concentration. La teneur en éthanol aussi va intervenir sur la vitesse d'absorption. Celle-ci est la plus élevée pour une boisson contenant entre 10 et 20% d'éthanol. Les alcools forts (plus de 20% d'éthanol) provoquent un spasme du pylore qui retarde la vidange gastrique (8).

Molécule à la fois hydrosoluble et liposoluble, sa distribution est très rapide pour tous les organes très vascularisés (cerveau, poumon, foie), avec une demi-vie de 7 à 8 minutes (12). L'éthanol franchit les barrières hémato-méningées et placentaires (13).

L'élimination subit un métabolisme principalement hépatique. Un faible pourcentage (2 à 10%) est éliminé sous forme inchangée, essentiellement dans l'urine et les poumons. La cinétique d'élimination hépatique est indépendante de la concentration et correspond à une diminution des concentrations circulantes de 0.15 à 0.20g par litre et par heure. Cette vitesse de métabolisation peut être doublée chez le consommateur chronique (13). L'éthanol est également retrouvé dans la salive et dans le lait maternel (12).

## **C. Epidémiologie**

### **1. Monde**

L'OMS nous rapporte que l'usage nocif de l'alcool dans le monde entraîne 3.3 millions de décès chaque année, soit 5.9% des décès. L'usage nocif de l'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. La consommation d'alcool entraîne des décès et incapacités relativement tôt dans la vie, chez les 20-39 ans, près de 25% du nombre total de décès sont attribuables à l'alcool. En 2005, la consommation mondiale équivalait à 6.13 litres d'alcool pur par personne âgée de plus de 15 ans (14).

### **2. France**

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France (1). C'est un enjeu majeur de santé publique, à l'origine de 49000 décès en 2009 (soit 13% de la mortalité totale chez l'homme et 5% chez la femme) (3). Ceci inclut 15 000 décès par cancer, 12 000 décès par maladie cardiovasculaire, 8 000 par maladie digestive, 8 000 par cause externe et 3 000 par maladies mentales et troubles du comportement. C'est la seconde cause de mortalité évitable après le tabac (3).

La France est longtemps restée en tête du classement parmi les pays membres de l'Union européenne en ce qui concerne la consommation annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus. En 40 ans la consommation a été divisée de moitié. Avec 22 litres/an en 1970, ce niveau se situait en 2009 un peu au-dessus de la moyenne observée dans l'Union européenne (11,8 litres/an/personne de 15 ans et plus, soit 26

g par jour). En 2008, la France se situait à la 15<sup>ème</sup> position, les pays les plus consommateurs étant ceux d'Europe orientale et centrale (3).

30 % des accidents mortels de la circulation et environ 15 % des accidents du travail surviennent chez des personnes avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal (0,5g/l) (15).

Sur le plan de la morbidité, un rapport national met en évidence que seuls 15 à 20% des malades sont soignés (16). En 2007, 110 000 séjours hospitaliers directement liés à l'alcool (ivresse, prise en charge de mésusage) ont été enregistrés. En 2003, 1,3 million de séjours hospitaliers étaient liés à des pathologies provoquées par l'alcool (17). Le réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) qui recueille les données de passages aux urgences nous indique qu'en 2011, le nombre de passage aux urgences pour IEA était de 100404, tous âges confondus, soit 1% de l'ensemble des consultations (18). Les 15-24 ans et les 40-49 ans étaient particulièrement concernés et faisaient apparaître deux pics dans l'année (le 1<sup>er</sup> janvier et le 22 juin), une augmentation en début de mois, notamment chez les 40-54 ans, et une augmentation les week-ends (18).

### **3. Nord-Pas-de-Calais**

Contrairement aux idées reçues, le Nord - Pas-de-Calais présente un profil général plutôt sous-consommateur par rapport au reste de la métropole, notamment chez les jeunes où l'usage régulier ou ponctuel (respectivement 19 et 20% pour le Nord et le Pas-de-Calais au lieu de 25.6% pour la France entière) (19) y est moindre. Seule la consommation régulière d'alcool parmi les 15-75 ans s'y trouve plus fréquemment déclarée (20).

Le type de consommation est quant à lui différent. En France, l'alcool consommé quotidiennement, est du vin dans 8 cas sur 10. Dans le Nord-Pas-de-Calais, l'usage quotidien porte dans 6 cas sur 10 sur du vin et dans un peu moins de 3 cas sur 10, sur de la bière (contre un peu plus de 1 cas sur 10 dans le reste de la France) (21).

## **D. Coût social et emploi**

Selon l'OFDT, le chiffre d'affaires de la filière alcool française représenterait 19.6 milliards d'euros en 2011. La France est le premier producteur et exportateur de vin au monde et le cinquième producteur européen de bière. En 2008, les ménages français ont consacré 15 milliards d'euros, soit 8,6 % du budget « alimentation » aux boissons alcoolisées. La filière alcool représentait près de 665 000 emplois directs ou indirects en France (22).

Chaque année, les taxes sur les boissons alcooliques représentent pour l'état environ 3,1 milliards d'euros (22).

Inversement, l'alcool a un « coût » pour l'État et l'assurance maladie qui inclut le coût des prises en charge des pathologies liées à l'alcool, des politiques de prévention, des arrêts-maladies et la perte de cotisations liés à ces arrêts. Il était estimé en 2000 par Kopp et Fenoglio à un peu plus de 37 millions d'euros dont 16.62% en dépenses de santé (23).

## **E. Facteurs socio-culturels et environnementaux**

La France est le premier producteur de vin au monde. La consommation d'alcool fait partie de notre culture, de nos traditions, de notre patrimoine avec la notion de « bien boire » (24). Elle est l'un des symboles de l'identité française, notamment avec le vin, indispensable à tout « bon repas » et présent pour toute festivité. C'est aussi un signe d'intégration sociale (24).

Les conditions de travail pénibles et/ou précaires, les situations de difficultés sociales et les conditions de vie défavorables sont toutes des facteurs favorisant la surconsommation d'alcool. Il existe aussi des périodes critiques de l'existence comme l'adolescence, un divorce, l'isolement ou un deuil (25)

## **F. L'alcool et la loi**

La vente d'alcool fait l'objet d'une réglementation dense, utilisée pour limiter les risques de la consommation, en rendant son accès plus difficile (26).

Pour exploiter un débit de boissons alcoolisées il faut détenir une licence dont les critères d'obtention sont stricts (26).

La publicité est elle aussi encadrée tant sur les supports que sur les contenus, avec notamment le message sanitaire préventif : « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé » (26).

La loi vise à protéger les populations particulièrement vulnérables face à l'alcool en édictant des règles spécifiques (26) :

- De protection des mineurs comme l'interdiction de vendre ou d'offrir à titre gratuit dans les lieux publics de l'alcool à des mineurs de moins de 18 ans.
- De protection de l'enfant à naître comme la signalétique spécifique sur les bouteilles d'alcool à l'intention des femmes enceintes.

Concernant la conduite automobile il est interdit de conduire un véhicule avec une alcoolémie supérieure ou égale à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang. Conduire avec une alcoolémie comprise entre 0,5 et 0,8 g/l constitue une infraction sanctionnée par une amende forfaitaire de 135 euros et le retrait automatique de 6 points du permis de conduire. À partir de 0,8 g/l, le conducteur se trouve dans une situation de délit et les peines sont plus lourdes (26).

## **II. Les différentes formes cliniques**

### **A. Variabilité clinique**

Les manifestations cliniques de l'IEA dépendent de nombreux facteurs (7). En premier lieu ceux liés aux caractéristiques de la prise d'alcool (type d'alcool, dose d'alcool ingérée, rapidité d'ingestion, température de la boisson, ingestion simultanée de nourriture). Par ailleurs les facteurs liés aux patients : congénitaux comme la susceptibilité génétique ou le sexe et acquis tel que l'âge, le poids, le ratio masse maigre et masse grasse, la chronicité de la consommation d'alcool, la prise concomitante d'autres substances psychoactives ou les pathologies associées. Il n'existe pas de corrélation fiable entre les signes cliniques et l'alcoolémie (12).

## B. Classification des IEA

L'actualisation de 2006 de la Conférence de Consensus sur l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'Accueil et d'Urgences, propose une classification sous deux formes cliniques :

**IEA simple** scindée en 3 phases distinctes :

- L'excitation psychomotrice avec désinhibition et euphorie,
- L'incoordination avec trouble de vigilance,
- Le coma défini par un état léthargique plus ou moins profond avec hyporéflexie ostéo-tendineuse, hypoesthésie et incontinence urinaire (7).

**IEA pathologique** :

Elle est caractérisée par un tableau clinique marqué par une dangerosité potentiellement majeure. Il en existe cinq types (7):

- Ivresses excitomotrices : des ivresses agitées, associant impulsions verbales et motrices avec décharges clastiques fréquentes. L'alcool devient alors un facteur criminogène facilitant le passage à l'acte antisocial,
- Ivresses d'allure maniaque, marquées par l'euphorie, la familiarité du discours, les idées de grandeur, de toute puissance,
- Ivresses dépressives pour lesquelles le suicide est retrouvé dans 5 à 25 % des causes de décès chez les patients alcooliques,
- Ivresses délirantes avec des thèmes de persécution, de jalousie et d'autodépréciation
- Ivresses hallucinatoires, essentiellement visuelles, avec principalement des hallucinations visuelles terrifiantes, allant de distorsions cauchemardesques de la réalité à un véritable état hallucinatoire. Un diagnostic différentiel est le delirium tremens.

Cette même conférence de consensus indique qu'en pratique courante de médecine d'urgence il paraîtrait plus intéressant de séparer l'IEA en deux entités : IEA non compliquée et IEA compliquée (7).

## 1. IEA non compliquée

Elle se définit par l'ingestion d'alcool en quantité excessive sans autre intoxication associée, sans anomalie des paramètres vitaux avec un examen clinique ne révélant pas d'anomalie organique, ni de lésion traumatique et dont les signes régressent dans les 3 à 6 heures (6). Classiquement, les premiers signes cliniques d'intoxication sont caractérisés par une euphorie avec désinhibition et excitation. Des troubles de l'attention et une augmentation du temps de réaction sont en général associés. À des doses plus élevées, il existe une incohérence dans le discours à laquelle s'associent une dysarthrie et des troubles de la marche avec incoordination et titubation. Des troubles de l'équilibre et des vertiges avec troubles végétatifs sont possibles.

## 2. IEA compliquée

Elle est définie par l'ingestion d'alcool en quantité excessive survenant chez un patient associée à au moins un des éléments suivants :

### a) Complication Neurologiques :

Les confusions et troubles de conscience peuvent aller jusqu'au coma et nécessitent un examen neurologique complet avec calcul du score de Glasgow (même si non validé dans ce cadre) et une surveillance attentive et régulière (il faut être très attentif devant un coma dont l'importance n'est pas corrélée à l'alcoolémie mesurée) (12).

Les convulsions peuvent survenir lors d'une absorption massive d'alcool notamment chez le consommateur épisodique (par abaissement du seuil épiléptogène), lors d'une lésion cérébrale suite à un traumatisme crânien, d'une hypoglycémie ou d'une intoxication associée (12).

L'agitation psychomotrice est présente dans 20% des IEA, permanente ou intermittente elle peut être associée à des violences verbales ou physiques. Il faut rechercher une hypoglycémie ou une intoxication associée (monoxyde de carbone notamment) (12).

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, due à une carence en thiamine (vitamine B1) qui se retrouve chez certains patients présentant une intoxication éthylique chronique, associe des troubles de conscience avec amnésie, agitation et parfois délire, des paralysies oculomotrices avec parfois nystagmus et une ataxie cérébelleuse. Sans traitement elle peut évoluer vers le syndrome de Korsakoff qui regroupe amnésie antérograde, fausses reconnaissances et fabulations. D'autres tableaux neurologiques carenciels tels que la pellagre (déficit en vitamine PP), la maladie de Marchiafava-Bigmani (nécrose des corps calleux) peuvent se voir ou encore l'encéphalopathie hépatique ou la myélinolyse centropontine (lors d'une correction trop rapide d'une hyponatrémie) (12).

Enfin l'IEA est pourvoyeuse d'accidents vasculaire cérébraux, ischémiques notamment chez le sujet jeune suite à des troubles du rythme cardiaque ou hémorragiques, lors de rupture d'anévrisme favorisée par le traumatisme crânien ou les manœuvres de Valsalva au cours des vomissements (12).

### **b) Cardiaques :**

La consommation aiguë d'éthanol provoque une diminution de la contractilité myocardique et une vasodilatation périphérique compensée par l'augmentation de la fréquence cardiaque qui peut être symptomatique chez les patients présentant une pathologie cardiaque préexistante (12).

Des troubles conductifs (allongement des espaces PR ou QT) ou une tachycardie paroxystique appelé « holiday heart » peuvent aussi survenir chez des patients indemnes de toute pathologie. Ils régressent en 24 heures dans 90% des cas (12).

Le collapsus cardiovasculaire (Shoshin Bériberi) consécutif à une carence en thiamine est exceptionnel mais grave. Il associe un état de choc avec cyanose des extrémités, pouls périphériques asymétriques, polypnée et agitation (12).

### **c) Pulmonaires :**

L'inhalation bronchique est une complication fréquente des IEA avec troubles de la conscience (12).

**d) Métaboliques et hydroélectriques :**

Non corrélée à la dose d'alcool ingérée l'hypoglycémie, conséquence de l'inhibition de la néoglucogenèse hépatique est plus fréquente et plus sévère chez l'enfant que chez l'adulte. Elle peut également survenir en « post-ivresse », ce qui justifie sa recherche systématique (7).

Une hyponatrémie peut être observée lors d'une absorption importante de bière et une hypernatrémie est retrouvée dans 41% des cas, en relation avec une déshydratation hyperosmolaire et une hyperchlorémie dans 21% des cas (7).

L'acidocétose alcoolique touche essentiellement les alcooliques chroniques dénutris, après quelques jours de jeûne, l'alcoolisation renforcée associée à l'hypovolémie stimule la cétogénèse en métabolisant l'alcool en b-hydroxybutirate (27).

**e) Hypothermiques :**

Complication relativement fréquente, peut être la conséquence d'une station au sol et/ou en milieu extérieur, prolongée ou d'une anomalie de la thermorégulation induite par l'IEA (12).

**f) Digestives :**

La gastrite aiguë, le syndrome de Mallory-Weiss (déchirure muqueuse cardiale provoquée par hyperpression abdominale violente lors des vomissements) l'hépatite alcoolique aiguë en sont les principales complications digestives (7). Les pancréatites aiguës sont d'origine alcoolique dans 30 à 40% des cas (28).

**g) Musculaires :**

La rhabdomyolyse doit être recherchée s'il y a notion de chute, d'immobilisation prolongée, de crise convulsive ou d'intoxication associée (12).

**h) Infectieuses :**

L'IEA accroît le risque d'infection sévère en altérant certains mécanismes de défense immunitaire, notamment par toxicité médullaire. Les pneumopathies d'inhalation sont les infections les plus fréquentes (12).

**i) Allergiques :**

Urticaire, bronchospasme, œdème de Quincke voire choc anaphylactique sont possibles en raison du caractère histamino-libérateur de l'acétaldéhyde ou de la présence d'autres substance « allergisantes » (métabisulfites, tartrazine, tyramine, etc..) dans les boissons alcoolisées (12).

**j) Traumatiques :**

L'IEA est un élément fréquemment associé à tout type de traumatisme (crânien, patient polytraumatisé etc..) mais c'est aussi un facteur de gravité (7). Un bilan radiologique s'impose devant toute anomalie clinique.

Une paralysie nerveuse sensitivomotrice liée à la toxicité directe de l'alcool sur les nerfs associée à un phénomène de compression prolongée en rapport avec une posture compressive est possible (12).

**k) Associations de toxiques :**

L'IEA peut être associée à la prise conjointe d'un ou plusieurs autres toxiques. L'alcoolémie est positive dans 30 à 70% des intoxications médicamenteuses. La consommation de cannabis est souvent retrouvé chez le jeune adulte (12).

### **l) IEA de l'enfant et de l'adolescent :**

Les risques d'hypoglycémie sont plus fréquents et plus sévères chez l'enfant. Les autres risques somatiques sont identiques à ceux de l'adulte.

Les adolescents consomment de façon festive et initiatique et sont admis aux urgences le plus souvent dans le cadre de complications de l'IEA. Les facteurs de risque de consommation pathologique d'alcool (usage nocif, dépendance) et de suicide, les problèmes sociaux et familiaux et d'éventuels abus sexuels doivent être particulièrement recherchés. La venue aux urgences d'un adolescent pour IEA est à elle seule un facteur de gravité qui doit inciter à une prise en charge comparable à celle des tentatives de suicide de l'adolescent (12).

### **m) Psychiatriques :**

On y retrouve les ivresses pathologiques (excitomotrice, maniaque, délirante, dépressive ou hallucinatoire) définies par l'actualisation de 2003.

### **n) Binge drinking :**

De plus en plus fréquente dans toutes les tranches d'âge, cette entité apparue ces deux dernières décennies, qui peut être traduite par « alcoolo-défonce », se définit comme la prise, lors d'une même occasion, d'au moins 5 verres d'alcool chez l'homme adulte et d'au moins 4 chez la femme. Evolution des modes de consommation, il correspond clairement à une conduite addictive à haut risque notamment sur le plan traumatologique (AVP, rixe..) et sur le plan social (désinhibition, agressivité, comportements violents..) (7).

## **3. Le syndrome de sevrage**

Lorsqu'il existe un éthyisme chronique, la prise en charge de l'IEA impose l'anticipation préventive d'un éventuel syndrome de sevrage. Il a été décrit dès l'Antiquité par Pline l'Ancien « ...hinc... tremulae manus... furiales somni et inquietas nocturna » (29).

Il recouvre les manifestations symptomatiques survenant dans les 24 à 48H, pouvant même aller jusqu'au dixième jour après l'ingestion du dernier verre chez un patient alcoolique chronique dépendant. Ces manifestations traduisent un état de manque psychique, comportemental et physique (30).

#### **a) Le sevrage alcoolique ou pré-Délirium Tremens**

Il associe de façon variable des troubles subjectifs (anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemar), des troubles neurovégétatifs (sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle) et des troubles digestifs (anorexie, nausées, vomissements) (30).

#### **b) Les crises convulsives**

Elles peuvent survenir chez le patient alcoolique chronique au cours du sevrage. Caractérisées par un début précoce, généralement dans les 48H suivant la diminution ou l'arrêt de la prise d'alcool, elles sont tonico-cloniques, avec des récurrences rapprochées et sans anomalies intercritique à l'EEG. Il faut savoir rechercher un diagnostic différentiel (hypoglycémie, hyponatrémie, hypoxie, pathologie secondaire à un traumatisme crânien, infection cérébro-méningée, AVC ou intoxication médicamenteuse..) avant de rattacher une crise convulsive au sevrage (12).

#### **c) Le Délirium Trémens**

Il résulte de l'absence de l'insuffisance de traitement du syndrome de sevrage et en est la complication la plus sévère (12).

Il se caractérise par l'apparition rapide d'un syndrome confusionnel avec propos incohérent, état d'agitation, délire onirique et hallucinations multiples notamment visuelles avec zoopsies. S'y associent des troubles dysautonomiques : fièvres, sueurs, déshydratation, tachycardie, hypertension artérielle. Des crises convulsives et un état de mal épileptique peuvent venir aggraver le tableau. Les complications sont multiples et peuvent mettre en jeu le pronostic vital (12).

#### 4. Complications chroniques

Les autres complications somatiques de la consommation chronique sont nombreuses et peuvent elles aussi être découvertes lors de la prise en charge d'une IEA (31,32):

- Hépatiques : stéatose, cirrhose, carcinome hépatocellulaire
- Digestives : diarrhées, pancréatite chronique
- Cardio-vasculaires : cardiomyopathie dilatée d'origine alcoolique
- Neurologiques : neuropathie périphérique, neuropathie optique, neuropathie alcoolique chronique, atrophie cérébelleuse, démence, syndrome de sevrage, myopathie alcoolique, encéphalopathie carencielle (syndrome de Korsakoff...)
- Néoplasiques : cancer des voies aéro-digestives supérieures, hépatocarcinome
- Osseuses : nécrose de la tête fémorale
- Métaboliques : diabète, troubles lipidiques...

### **III. Stratégie de prise en charge**

#### **A. Recherche des éléments de gravité immédiats**

Selon Philippe JM (12), les fonctions vitales doivent être analysées systématiquement lors de l'examen initial du patient : état de conscience, altération de la fonction respiratoire, instabilité hémodynamique, signe de choc.

Toute anomalie impose l'admission au déchoquage afin de stabiliser les fonctions vitales et permettre secondairement une démarche diagnostique étiologique (12).

#### **B. Interrogatoire**

L'abord du patient alcoolisé peut s'avérer délicat du fait des troubles du comportement (levée d'inhibition, agressivité voire brutalité) occasionnés par la prise d'alcool. Le patient peut donc devenir dangereux pour lui-même ou pour les autres (patients comme soignants). Tout doit être mis en œuvre pour réussir à le calmer, en privilégiant la discussion (12).

Le recueil de l'anamnèse est important et peut nécessiter de faire appel au témoignage des proches, des secouristes ou des forces de l'ordre. Il faut s'efforcer d'obtenir les circonstances de l'IEA, en particulier les signes évocateurs de convulsions, de vomissements ou de tout traumatisme notamment crânien. Il est indispensable de rechercher les antécédents, le traitement habituel et une éventuelle toxicomanie associée (12).

#### **C. Examen clinique**

D'après l'actualisation en 2006 de la seconde conférence de consensus de 1992 sur l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences (7), « l'examen clinique complet, chez un patient déshabillé, s'assure de la normalité des paramètres vitaux, de l'absence de signes de localisation neurologique et de lésions

traumatiques ». La recherche d'une hypoglycémie doit être « systématique dans tous les cas d'IEA » et répétée car elle peut également survenir en « post-ivresse ».

Philippe JM (12) complète cet examen par :

- La prise de la température,
- La recherche de sueurs, de cyanose, de l'état d'hydratation, d'une odeur de l'haleine (alcoolique ou cétosique),
- La recherche d'un traumatisme crânien,
- La recherche de points de ponction veineux évocateurs d'une toxicomanie,
- Un examen cardiovasculaire à la recherche d'une anomalie du rythme cardiaque ou de signes d'insuffisance cardiaque,
- Un examen digestif qui s'attache à regarder l'existence des signes d'insuffisance hépatocellulaire ou d'hypertension portale.

En cas d'agitation aiguë, cet examen peut être précédé d'une contention et d'une sédation si cela s'avère nécessaire (12).

## **D. Affirmation diagnostique**

Elle repose sur un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques. « La sensibilité de l'examen clinique n'est que de 78% et la spécificité de 98%, ce qui implique que 2% des IEA présumées... » n'en sont pas et que « ... le tableau clinique est imputable à une autre pathologie potentiellement grave » (12).

La mesure de l'alcoolémie reste la référence pour estimer l'imprégnation éthylique au niveau cérébral chez un patient vivant. La corrélation entre l'alcoolémie, les signes cliniques et la gravité est médiocre. Compte tenu des difficultés d'une mesure systématique en pratique, la mesure de l'alcoolémie n'est recommandée qu'en cas de doute diagnostique (discordance entre quantité d'alcool ingérée et état clinique ou si l'évolution ne coïncide pas avec l'évolution normale en quelques heures) (7). Une alcoolémie nulle permet d'éliminer le diagnostic d'IEA cliniquement présumé, dans 2 à 16% des cas selon plusieurs études (12). La méthode de référence est la chromatographie en phase gazeuse qui permet d'identifier et de doser simultanément l'éthanol, l'acétone, le 2-propanol et l'éthylène glycol. L'autre méthode de référence est l'éthylométrie, rapide et fiable, elle doit être réalisée

pendant une expiration profonde pour obtenir dans l'air une quantité d'alcool en équilibre avec l'alcoolémie (7).

## E. Examens paracliniques

Aucun examen complémentaire n'est systématique ni obligatoire. Leur prescription doit être guidée par l'interrogatoire et l'examen clinique. Les marqueurs biologiques de l'intoxication éthylique chronique (Transaminases, GGT, CDT, VGM) sont à réaliser lorsqu'une prise en charge alcoologique est débutée ou envisagée. Le ionogramme servira à la recherche d'un trouble de l'hydratation ou de dysnatrémie, les CPK en cas de suspicion de rhabdomyolyse, la CRP en cas de sepsis ou encore le TP pour une insuffisance hépatocellulaire... (6,7)

La recherche de toxiques sanguins et urinaires en cas de suspicion d'intoxication associée peut être envisagée, penser également au monoxyde de carbone(12).

L'ECG est indispensable pour éliminer un trouble du rythme ou de la conduction, il doit être réalisé au moindre doute (12).

Les examens d'imageries, tout comme la ponction lombaire ou l'EEG seront guidés par l'examen clinique et les éventuels signes de gravité (12).

L'indication du scanner cérébral est indiscutable en présence d'un déficit neurologique focalisé post-traumatique. Cette indication est plus complexe en cas de traumatisme crânien léger. Les recommandations de 2012 donnent les indications de réalisation immédiate (au maximum dans l'heure suivant la demande) d'un scanner cérébral, également chez le patient alcoolisé (33) :

- « En cas de déficit neurologique focalisé,
- Si le GCS est inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme,
- Devant tout signe de fracture de la base du crâne ou de fracture ouverte du crâne ou d'embarrure,
- S'il y a plus d'un épisode de vomissement chez l'adulte
- En cas de convulsion post-traumatique
- Traitement par AVK »

Les autres indications de TDM cérébral à réaliser au maximum dans les 8 heures suivant le traumatisme, avec un délai idéal moyen de 4 heures, permettant d'éviter les lésions neurochirurgicales secondaires sont les suivantes (33):

- « Amnésie (antérograde) des faits de plus de 30 minutes avant le traumatisme,
- Perte de conscience ou amnésie des faits associée à : un des mécanismes traumatiques type piéton renversé par un véhicule motorisé, patient éjecté d'un véhicule ou chute d'une hauteur supérieure à un mètre ; ou un âge de plus de 65 ans,
- Troubles de la coagulation (antiagrégant...) »

## **F. Conduite à tenir**

En cas d'IEA non compliquée, aucune thérapeutique n'est nécessaire. Les soins infirmiers sont essentiels : hygiène, hydratation, confort, dialogue (12).

En cas d'IEA compliquée la prise en charge est d'abord symptomatique puis orientée en fonction de la gravité et des examens paracliniques (12).

« Pendant la phase d'ivresse, une hydratation doit être réalisée sans qu'une voie veineuse soit obligatoire », elle peut donc être réalisée per os. « L'administration de thiamine (vitamine B1) est systématique » préférentiellement « par voie orale... » en prévention de l'encéphalopathie de Gayet Wernicke (12) à dose de 500mg/j (30).

Si le patient présente une agitation psychomotrice, la sédation verbale est à privilégier. Lorsque le comportement du patient présente un danger immédiat pour lui-même ou le personnel soignant et que les méthodes moins contraignantes ont échoué, un protocole de contention doit être instauré. Elle doit être coordonnée, réalisée à plusieurs, avec du matériel adéquat et faire l'objet d'une prescription médicale précisant ses modalités et sa durée. Sa surveillance est régulière et attentive. Elle doit être temporaire et obligatoirement expliquée au patient et à ses proches (12). C'est souvent à ce stade que l'agitation atteint son paroxysme. Dans ce cas, la sédation pharmacologique doit être utilisée (34). La surveillance sera accrue en raison du risque de potentialisation de l'effet sédatif. Les benzodiazépines sont à prescrire en première intention (diazépam (Valium®) ou clorazépate (Tranxène®) en titration intraveineuse si nécessaire. La voie intraveineuse a la meilleure disponibilité pour un effet rapide mais peut-être difficilement praticable en

cas de grande agitation, ce qui peut impliquer l'utilisation de la voie intramusculaire. En cas de composante psychotique et/ou délirantes, un neuroleptique comme la loxapine (Loxapac®) en intramusculaire est couramment utilisé. Dans les formes d'agitation incoercible un neuroleptique d'action rapide type halopéridol (Haldol®) ou une benzodiazépine type midazolam par voie intramusculaire peuvent être utilisés selon les auteurs (12,34).

La prévention du syndrome de sevrage doit être systématique chez tous les alcooliques chroniques. Il repose sur la réhydratation (orale ou intraveineuse) et l'administration de benzodiazépines par voie orale de préférence (31) :

- A demi-vie courte et sans métabolisme hépatique (plus maniable en cas d'insuffisance hépatocellulaire) : oxazépam (Seresta®) 50 à 100mg 3 à 4 fois par jour ou lorazépam (Temesta®) 1 à 2 mg 3 à 4 fois par jour ,
- A demi-vie longue comme le diazépam (Valium®) 10mg toutes les 6 heures. Il prévient mieux les crises comitiales mais possède un métabolisme hépatique (risque d'accumulation en cas d'insuffisance hépatocellulaire). Utilisable IV ou per os.

La sévérité du sevrage peut être évaluée par l'échelle de Cushman (ANNEXE 1). Un score entre 8 et 15 autorise un traitement per os, au-delà, un traitement parentéral et une surveillance continue est nécessaire. Il y est associé une supplémentation vitaminique systématique par thiamine (par voie parentérale si nécessaire) ainsi qu'un accompagnement psychosocial en cas de besoin (30). Les posologies sont à adapter au cas par cas en fonction du poids du patient, de l'importance de sa consommation alcoolique et de la sévérité de la dépendance.

## **G. Surveillance**

A l'issue de la prise en charge, la surveillance du patient alcoolisé se fera au mieux dans l'unité d'hospitalisation de courte durée. Elle a pour but le dépistage précoce de tout signe d'aggravation et la prévention des sorties prématurées. Les signes de gravité avec détresse vitale orienteront le patient vers une structure de surveillance continue ou de réanimation. La conférence de consensus insiste sur le fait que « la surveillance doit être horaire, médicale et paramédicale, consignée par écrit... » dans le dossier médical et jusqu'à « ... rétablissement des fonctions supérieures ». Cette surveillance doit être accrue chez (7) :

- Les patient diabétiques et/ou dénutris (contrôle glycémique toute les 2 heures),
- Les toxicomanes
- Les patients alcooliques chroniques, en cours de sevrage ou gastrectomisés.

En cas d'IEA non compliquée le retour à un maintien des fonctions relationnelles se fait en général après 3 à 6 heures. La décroissance de l'alcoolémie est de 0.15 à 0.20 g/L/h (13).

## H. Prise en charge alcoolologique

L'évaluation de la consommation d'alcool s'effectue après dégrisement, par l'équipe d'addictologie, le médecin urgentiste ou tout personnel soignant formé (7).

Le questionnaire DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool) (ANNEXE 2) est validé pour détecter un mésusage. Il s'agit d'un questionnaire de quatre items explorant la consommation sur la vie entière du sujet. Deux réponses positives ou plus sont en faveur d'un mésusage de l'alcool (7).

Le questionnaire AUDIT (ANNEXE 3) permet d'explorer les 12 derniers mois et permet de repérer l'alcoolodépendance (7).

En cas de mésusage, un entretien doit être réalisé sur le mode « intervention ultra brève » de l'OMS. Cette intervention se décompose en 5 étapes et ne prend que 5 minutes (7) :

- Un « feedback donné » au patient sur sa consommation d'alcool,
- Une explication au patient sur la notion d' « 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 ou « livret ressource ».

En cas d'usage nocif, un suivi doit être proposé au patient, soit dans un centre d'addictologie, soit par le médecin traitant avec prise d'un premier rendez-vous. L'information au médecin traitant doit être systématique en respectant toutefois la volonté du patient, sous la forme d'un courrier avec rappels des structures de proximités (7).

« En cas de facteurs aggravants ou de comorbidités, une intervention spécialisée doit être réalisée par les équipes d'addictologie, d'alcoologie, psychiatriques ou des urgences formées en addictologie » (7).

## **I. Mode de sortie**

La sortie contre avis médical n'est pas possible car l'imprégnation alcoolique ôte au sujet sa capacité à consentir ou à ne pas consentir. L'hospitalisation sous contrainte ne semble pas licite d'emblée et la surveillance du patient se fera jusqu'à l'amélioration des troubles (7).

La sortie du patient se fait sur prescription médicale, après rétablissement des fonctions relationnelles et disparition des signes d'alcoolisation aiguë. Elle se fait dans l'idéal avec l'entourage après avoir contre-indiqué la conduite automobile. Pour toute demande de sortie prématurée, la condition nécessaire pour confier le patient à un tiers non médical (entourage ou forces de l'ordre) est « le maintien de la permanence des fonctions relationnelles » (7).

## **J. Cas particulier de l'ivresse publique manifeste (IPM)**

Les circulaires du 16 Juillet 1973 et du 9 Octobre 1975 du ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, stipulent que « tout individu en état d'ivresse sur la voie publique »... « doit être conduit dans les locaux de la police ou des brigades de gendarmerie, mais après avoir bénéficié d'un examen médical à l'hôpital ». Les forces de l'ordre peuvent donc demander un certificat de non-hospitalisation et/ou requérir l'urgentiste pour une alcoolémie (7).

Cet examen médical doit se faire sur réquisition car il est demandé par les forces de l'ordre et non par l'intéressé. Il débouche sur la rédaction d'un certificat de non hospitalisation (ANNEXE 4), remis par le médecin aux forces de l'ordre, il ne délivre pas du secret médical et ne comporte aucune information d'ordre médical. Il est impératif de rédiger aussi une observation médicale détaillée consignait l'examen clinique, en particulier les lésions traumatiques et les éventuels examens complémentaires réalisés. Le patient est rendu aux forces de police s'il n'existe pas

de signe de gravité et que la surveillance par un tiers non médical paraît possible, c'est-à-dire que la permanence des fonctions relationnelles est maintenue (7).

## **PATIENTS ET METHODES**

### **I. Caractéristique de l'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, prospective et monocentrique. Elle a pour but d'évaluer la prise en charge de l'intoxication éthylique aigue aux urgences du Centre Hospitalier de Douai et de préciser si elle est conforme aux recommandations sur le sujet.

L'objectif secondaire est de proposer des axes d'améliorations sous forme d'une procédure de prise en charge intégrant les recommandations officielles et les réalités locales.

### **II. Population étudiée**

Sur la totalité du mois de Mars 2014, tous les patients quel que soit leur âge, qui ont été identifiés médicalement (par le médecin sénior ou l'interne) comme présentant une intoxication éthylique aigue lors de leur passage aux urgences ont été inclus. L'identification pouvait être clinique et/ou avec une alcoolémie positive associée. Ont été exclus les patients présentant un syndrome de sevrage alcoolique avec une alcoolémie négative. N'ont pas été inclus les patients supposés alcoolisés par l'infirmière d'accueil et dont le diagnostic a été réfuté par le médecin.

Les données itératives ont été colligées grâce à des carnets de recueil mis à disposition dans les différents secteurs des urgences (accueil, soins externes, pédiatrie, secteur médico-chirurgical et secteur d'accueil des urgences vitales (SAUV)). Cette liste a été complétée de façon exhaustive avec l'aide des différents codes diagnostics d'ivresse mis à disposition par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Les informations médicales de ces patients ont été recueillies à partir du dossier informatique des urgences.

### III. Recueil des données

Les données recueillies concernaient :

#### **L'épidémiologie de la population :**

- Les caractéristiques du patient : âge, sexe, antécédents et nombre de passage pour intoxication éthylique aiguë dans les 12 derniers mois.
- L'admission du patient : jour et heure d'entrée, modalité d'arrivée, motif(s) d'admission aux urgences.

#### **Les différents items de la prise en charge abordés dans la conférence de consensus :**

- La prise en charge à l'accueil : constantes hémodynamiques (fréquence cardiaque, saturation en oxygène, pression artérielle), glycémie capillaire, température, sectorisation et déshabillage du patient (mise en blouse ou non).
- L'examen clinique avec l'heure de l'observation médicale (1<sup>er</sup> contact médical correspondant à l'heure de l'examen clinique inscrite dans le dossier informatique), le score de Glasgow, la notion de traumatisme crânien, d'agressivité, de convulsion, de maintien de fonctions relationnelles, d'inhalation et de l'ensemble des signes de gravité à rechercher définis par la conférence de consensus de 2006 (IEA compliquées, IEA associées, gravité liée à l'intoxication, IEA de l'enfant).
- Les examens paracliniques pratiqués : les scanners cérébraux, les examens biologiques tels que l'alcoolémie, la natrémie, la kaliémie, la chlorémie, la glycémie, les enzymes hépatiques (TGO), les CPK ou l'association à une autre intoxication, l'ECG.
- La prise en charge thérapeutique avec réhydratation, vitaminothérapie, sédation, contention. Les avis spécialisés avec notamment l'alcoologie et la psychiatrie, la surveillance médicale et paramédicale, l'aggravation possible. L'étude de l'item prévention du syndrome de sevrage

différençait la prescription conditionnelle et l'administration réelle des traitements.

- La sortie avec la réévaluation médicale, la surveillance du traumatisme crânien, le mode de sortie, l'hospitalisation, le ou les diagnostics de sortie et la durée totale de prise en charge.

## **IV. Valeurs de références**

### **A. Constantes hémodynamiques**

- La fréquence cardiaque est considérée comme normale pour des valeurs comprises entre 60 et 100 battements par minute (35).
- L'hypertension artérielle est définie comme légère quand la pression artérielle systolique (PAs) est de 140 à 159 mmHg ou quand la pression artérielle diastolique (PAd) est de 90 à 99 mmHg.  
Elle est définie comme modérée quand la PAs est de 160 à 179 mmHg ou quand la PAd est de 100 à 109 mmHg.  
Elle est définie comme sévère quand la PAs est supérieure ou égale à 180 mmHg ou quand la PAd est supérieure ou égale à 110 mmHg (36).
- Hypotension artérielle est définie lorsque la PAs est inférieure à 100mmHg ou quand la PAd est inférieure à 60mmHg (37)
- La saturation pulsée en oxygène est considérée comme anormale pour des valeurs inférieures à 94%.
- L'hypothermie est définie par une température tympanique inférieure à 35°C (38).
- L'hypoglycémie est définie par une glycémie capillaire ou sérique inférieure à 0.5g/l et l'hyperglycémie considérée chez des patients non à jeun par une glycémie supérieure à 2g/l (39).

### **B. Score clinique**

La conscience est considérée comme normale pour un score de Glasgow à 15.

Il est considéré une altération de conscience légère pour un score de Glasgow compris entre 13 et 14 inclus.

Il est considéré une altération de conscience modérée pour un score de Glasgow compris entre 9 et 12 inclus.

Il est considéré une altération de conscience sévère pour un score de Glasgow inférieur ou égal à 8 (40).

## **C. Valeurs biologiques**

Les valeurs biologiques reprennent les normes du laboratoire du Centre Hospitalier de Douai :

- Natrémie 135-145mmoles/l
- Kaliémie 3.5-5mmoles/l
- Chlorémie 95-110mmoles/l
- ASAT 0-31 UI/l (Cytolyse si valeur supérieure à trois fois la normale supérieure)
- CPK 0-171 UI/l

## **V. Analyses statistiques**

L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel XLSTAT 2014.

Les analyses sont principalement descriptives. Les variables qualitatives ont été exprimées en termes de fréquence et de pourcentage, les variables quantitatives en termes de moyenne, d'écart type et de médiane.

Les données analytiques ont été exprimées grâce à des tableaux de contingence, test de Khi2 et test de Student. Les différences observées étaient considérées comme significatives en cas de  $p < 0.05$  (risque alpha).

## RESULTATS

### I. Population Etudiée

#### A. Caractéristiques de la population

Durant la totalité du mois de Mars 2014, sur les 5717 patients admis aux urgences du Centre Hospitalier de Douai, 160 patients (2.8%) ont été médicalement identifiés comme présentant une intoxication éthylique aigue. Elle est de 4.1% si l'ont exclu les patients de pédiatrie.

##### 1. Age

L'âge moyen des patients se présentant aux urgences avec une IEA est de **42ans et 11mois** +/-14ans et 9mois. L'âge minimal d'admission est de 16ans et l'âge maximal de 78ans avec une médiane à 43ans.

##### 2. Sexe

Sur les 160 patients, 115 sont des hommes et 45 sont des femmes, soit un sex-ratio homme/femme de 2.55.

Parmi les femmes, l'âge moyen est de **47ans et 10mois** +/-15ans et 1 mois.

Parmi les hommes, l'âge moyen est de **41ans** +/-14ans et 2 mois.

### 3. Nombre de passage aux urgences dans les 12 mois précédents en présentant une IEA

Sur les 160 patients, 46 patients (28.8%) avaient déjà été admis au moins une fois aux urgences dans les 12 mois précédents en état d'intoxication éthylique aigue.

Le maximum de passage avec ce motif pour un même patient dans les 12 derniers mois était de 62.

### 4. Antécédents

Sur les 160 patients, il n'y aucun antécédent chez 12 patients soit 7.5%. L'information n'était pas renseignée chez 10 patients soit 6.3%. La description est faite dans le tableau 1.

Tableau 1 : Antécédents des patients présentant aux urgences une IEA

Antécédents	Effectifs	Fréquence rapportée au nombre de patients (%) (N=160)
Mésusages	69	43,1
Traumatologiques	66	41,3
Psychiatriques	54	33,8
Tabagisme	35	21,9
Tentatives d'autolyses	31	19,4
Cardiovasculaires	23	14,4
Problèmes socio-familiaux	19	11,9
Métaboliques	18	11,3
Neurologiques	18	11,3
Chirurgicaux	17	10,6
Addictologiques	15	9,4
Pneumologiques	13	8,1
Convulsions sur sevrage	7	4,4
Cancérologiques	3	1,9
Rhumatologiques	3	1,9
Infectieux	1	0,6
Urologiques	1	0,6

## B. Admission

### 1. Dates d'entrée

La répartition des 160 consultations du mois de Mars 2014 par rapport au nombre total de consultations aux urgences est exposée selon l'histogramme suivant pour chaque date (Diagramme 1) et pour les jours de la semaine (Diagramme 2), avec un maximum de 7.9% des entrées le Dimanche 9 Mars et une absence de consultation les lundis 17 et 31 Mars.

Diagramme 1 : Pourcentage de patients consultant avec une IEA par rapport au nombre total d'entrées aux urgences sur le mois de Mars 2014

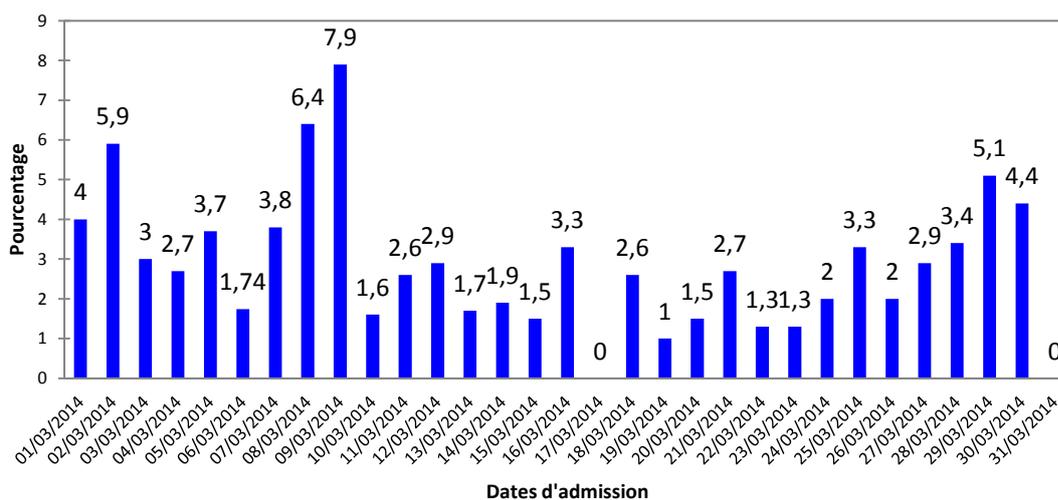
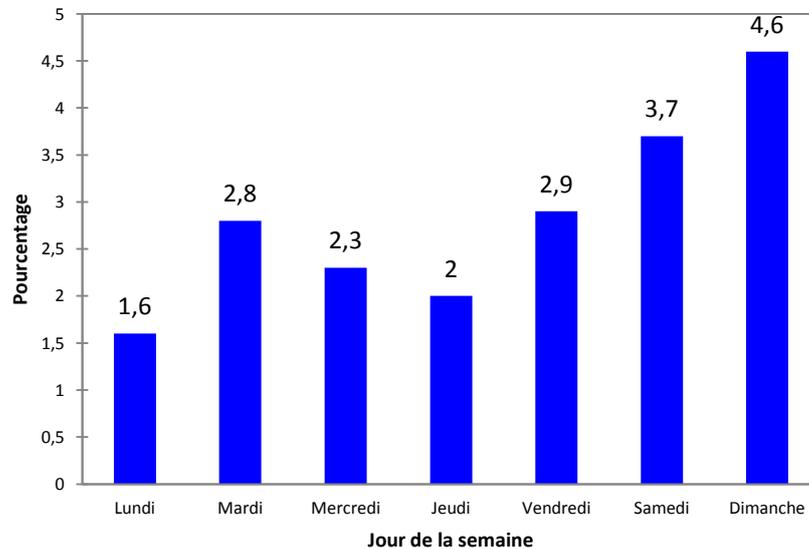


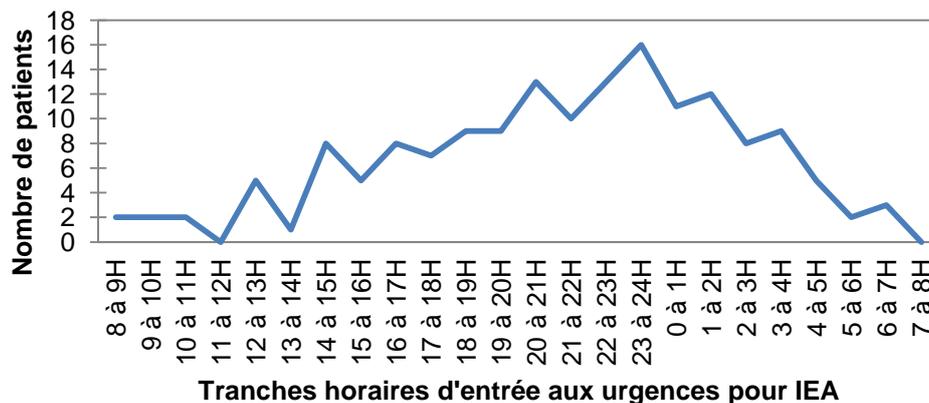
Diagramme 2 : Pourcentage de patients consultant avec une IEA par rapport au nombre total d'entrées aux urgences en fonction du jour de la semaine



## 2. Heures d'entrée

La répartition des consultations pour IEA selon les heures d'entrées aux urgences est exposée selon le diagramme 3:

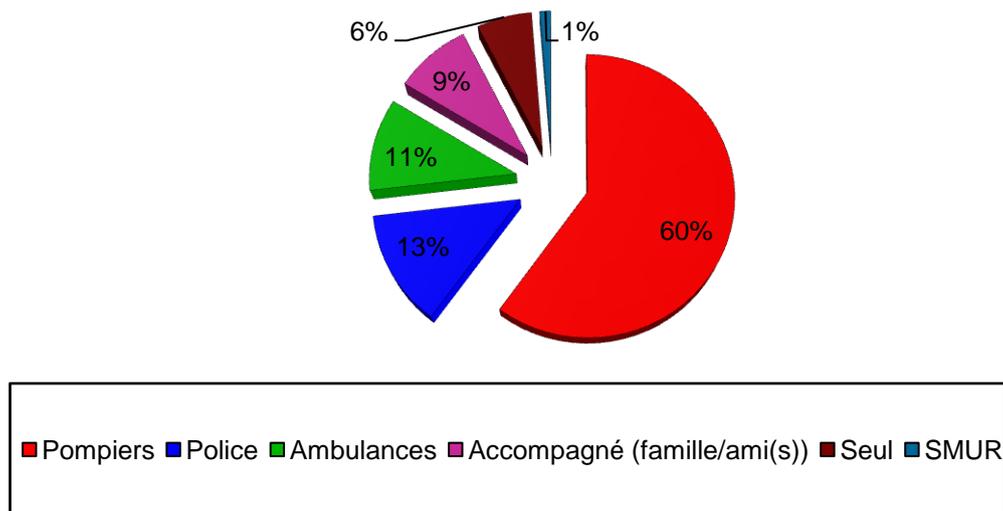
Diagramme 3 : Nombre de consultations aux urgences avec une IEA selon la tranche horaire journalière



### 3. Mode d'admission

Le mode d'admission est retrouvé chez tous les patients identifiés.

Diagramme 4 : Mode d'entrée des patients admis avec une IEA aux urgences



#### 4. Motif(s) d'admission

Pour les 160 patients, au moins 1 motif d'admission est renseigné pour chaque patient. On dénombre 32 patients qui sont admis avec plusieurs motifs d'admission. La répartition est décrite dans le tableau 2.

Tableau 2 : Motifs d'admission des patients présentant une IEA aux urgences

Motifs d'admission	Effectifs	Fréquence rapportée au nombre de patients (%) (N=160)
Traumatisme crânien	37	23,1
IEA isolée	25	16,6
Traumatisme Autre	25	16,6
Réquisition/CNH	22	13,8
Tentative d'autolyse	16	10
Malaise	15	9,4
Psychiatrique Autre	15	9,4
Agression	10	6,3
Accident de la voie publique	8	5
Idées suicidaires	8	5
Autres	5	3,1
Pneumologique	5	3,1
Cardiovasculaire	4	2,5
Violences conjugales	4	2,5
Neurologique	2	1,3
Problèmes sociaux/familiaux	2	1,3
Convulsions	1	0,6
Demande de prise en charge alcoologique	1	0,6

## **II. Prise en charge**

### **A. A l'accueil**

#### **1. Patients mis en blouse**

Parmi les 160 patients de notre étude, 113 patients (70.6%) sont mis en blouse d'hôpital. 47 patients (29.4%) ne sont pas déshabillés dont 21 patients (13.1%) du total sont admis aux urgences pour réquisition ou CNH et 26 patients (16.3%) du total pour un autre motif.

#### **2. Constantes hémodynamiques**

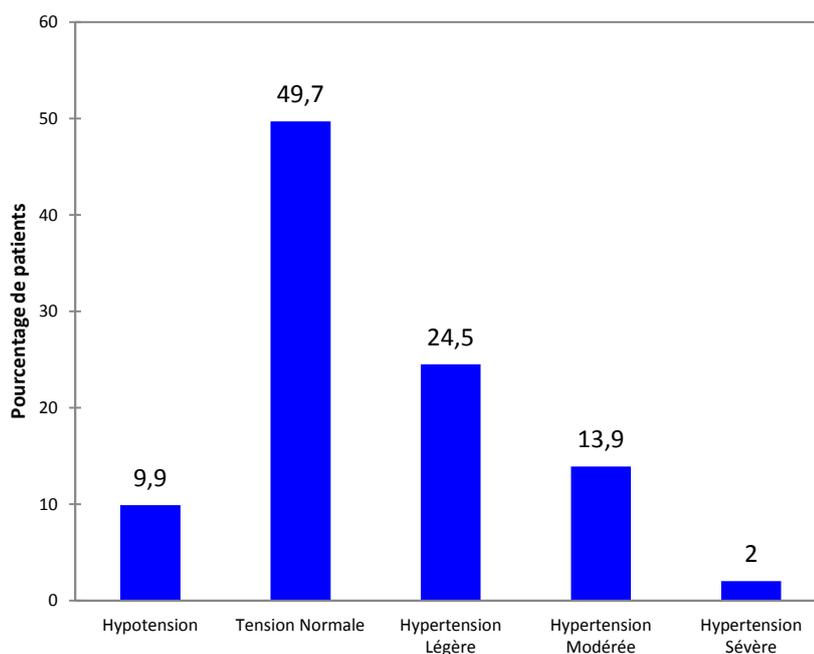
##### **a) La fréquence cardiaque**

La fréquence cardiaque à l'entrée n'est pas renseignée chez 9 patients (5.6%). Parmi les 151 patients ayant eu une mesure, aucun ne présente de bradycardie, 105 patients (69.5%) ont une fréquence cardiaque normale et 46 patients (30.5%) sont tachycardes.

### b) La pression artérielle

La pression artérielle systolique et diastolique n'est pas renseignée chez 10 patients (6.3%).

Diagramme 5 : Répartition de la pression artérielle



### c) Saturation en oxygène

La saturation pulsée en oxygène n'est pas renseignée chez 9 patients (5.6%). Sur les 151 patients restants, 141 patients présentent une saturation normale (93.4%) et 10 patients (6.6%) une désaturation ( $SpO_2 < 94\%$ ).

### d) Température

La température n'est pas renseignée pour 8.1% des patients (N=13). Sur les 91.9% restants (N=147), 4.8% (N=7) présentent une hypothermie, 95.2% (N=140) une température corporelle normale et aucun ne présente d'hyperthermie.

### e) Glycémie capillaire

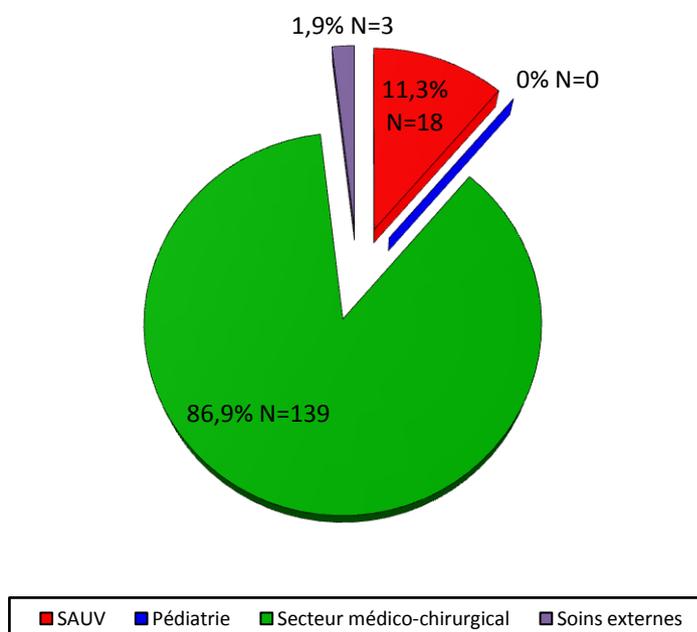
La glycémie capillaire n'est pas renseignée chez 48 patients (30%). Parmi ces 48 patients : 39 ont secondairement une prise de sang avec mesure de la glycémie sérique (45 glycémies normales et 3 en hyperglycémie). 9 patients (5.6%) n'ont eu aucune mesure de glycémie lors de leur passage aux urgences.

Sur les 112 patients ayant un dextro à l'accueil, seul un patient est en hyperglycémie et aucun en hypoglycémie.

### 3. Orientation des patients

La répartition des 160 patients est présentée dans le diagramme 6. Aucun patient n'a été identifié comme présentant une IEA dans le secteur pédiatrique sur la période de notre étude.

Diagramme 6 : Sectorisation des patients présentant une IEA aux urgences



## B. Examen clinique

### 1. Délai du premier contact médical

Pour l'ensemble des patients le délai moyen du premier contact médical est de **1 heure 22 minutes** +/- 1 heure 09 minutes.

Pour les patients admis par les forces de l'ordre pour CNH ou réquisition, le délai moyen est de **42 minutes** +/- 40 minutes.

### 2. Examen clinique

#### a) Score de Glasgow

Le score de Glasgow n'est pas renseigné chez 43 patients (26.9%). Les 117 patients pour qui cette information est renseignée (73.1%) sont décrits dans le tableau 3.

Tableau 3 : Score de Glasgow et état de conscience

Etat de conscience	Effectifs	Fréquence rapportée au nombre total de patients (%) (N=160)	Fréquence rapportée au nombre de patients ayant eu un GCS (%) (N=117)
<b>Normal (GCS 15)</b>	107	66,9	91,5
<b>Altération de conscience légère</b>	8	5	6,8
<b>Altération de conscience modérée</b>	0	0	0
<b>Altération de conscience importante</b>	2	1,3	1,7
<b>Non renseigné</b>	43	26,9	

### b) Agitation/Agressivité

L'état d'agitation du patient ou n'est pas renseigné pour 47 patients (29.4%). Parmi ceux pour lequel cet item est identifié, 14 patients (12.4%) sont agités et 99 patients (87.6%) sont non agités.

### c) Maintien des fonctions relationnelles

Cette notion n'est pas renseignée chez 57 patients (35.6%). Il existe donc un maintien des fonctions relationnelles chez 84 patients (81.6%) et une absence du maintien de ces fonctions relationnelles chez 19 patients (18.4%).

### d) Convulsions

Tableau 4 : Répartition des convulsions chez les patients présentant une IEA aux urgences

Modalité	Effectifs	Fréquence rapportée au nombre de patients (%) (N=160)	Fréquence rapportée au nombre de patients avec l'item (convulsion) renseigné (%) (N=116)
Convulsion	2	1,3	1,7
Pas de convulsions	114	71,3	98,3
Non Renseigné	44	27,5	

### e) Traumatisme crânien

Tableau 5 : Répartition des traumatismes crâniens chez les patients présentant une IEA aux urgences

Modalité	Effectifs	Fréquence rapportée au nombre de patients (%) (N=160)	Fréquence rapportée au nombre de patients avec l'item (TC) renseigné (%) (N=103)
Non renseigné	57	35,6	
Pas de traumatisme crânien	62	38,8	59,6
Traumatisme crânien	42	25,6	40,4

### f) Recherche des critères de complications cliniques

La recherche des signes de complication est retrouvée en totalité (complète) dans le dossier informatique chez 115 patients (71.9%). Il manque des éléments, rendant cette recherche incomplète chez 45 patients (28.1%).

Tableau 6 : Existence d'une éventuelle complication clinique chez les patients présentant une IEA aux urgences

Modalité	Effectifs	Fréquence rapportée au nombre de patients (%) (N=160)
Absence de signe de complication	38	23.8
Présence de signes de complication	82	51.3
Non renseigné	40	25

## C. Examens paracliniques

### 1. TDM cérébrales

Tableau 7 : Réalisation des TDM cérébrales en fonction de la notion du traumatisme crânien

	TDM cérébrale	Pas de TDM cérébrale	Total
<b>Traumatisme crânien</b>	22 (52.4%)	20 (47.6%)	42 (100%)
<b>Pas de traumatisme crânien</b>	1 (1.6%)	61 (98.4%)	62 (100%)

Parmi les 22 patients traumatisés crâniens qui ont une TDM cérébrale, 17 patients ont un état de conscience normal et pour 4 patients cette notion n'est pas retrouvée.

Parmi ces 17 patients, il est réalisé le diagnostic d'un hématome sous dural, d'une hémorragie méningée et d'une fracture du massif facial sans prise en charge neurochirurgicale ou maxillo-faciale proposée au décours immédiat. Soit une lésion intracérébrale chez 1.3% de ces patients. Le reste des scanners était sans particularité.

Parmi les 10 patients présentant initialement des troubles de conscience, aucun ne bénéficie de TDM cérébrale.

## 2. Biologie

Tableau 8 : Corrélation entre l'existence de signes de complications et réalisation d'un prélèvement biologique

	Biologie	Pas de biologie
Absence de complication clinique	30	8
Complication clinique	74	8
<hr/>		
Khi <sup>2</sup> (Valeur observée)		2.87
Khi <sup>2</sup> (Valeur critique)		3.84
DDL		1
p-value		0,09
alpha		0,05

Avec un p à 0.09 il n'est pas mis en évidence de corrélation significative entre la présence d'une complication et la prescription d'examens biologiques.

### *i. Alcoolémie*

Sur les 160 patients, 125 patients (78.1%) bénéficient d'une alcoolémie, 35 patients 21.9% n'en bénéficient pas. Parmi ces 35 patients, 21 consultent pour réquisition ou CNH et 14 patients pour un autre motif.

Parmi les 125 patients bénéficiant d'une alcoolémie, 38 patients (30.4%) sortent avec le diagnostic d'IEA non compliquée.

L'alcoolémie moyenne des patients consultants avec une IEA aux urgences est de **2.33g/l** +/- 1.08g/l avec une valeur minimale à 0.14g/l et une valeur maximale à 4.88g/l.

La corrélation entre le taux d'alcoolémie et l'existence ou non de complications est réalisée selon le tableau 9 :

Tableau 9 : Corrélation entre le taux d'alcoolémie et l'existence ou non de complications

Variable	Observations	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
IEA compliquée	82	0,14	4,05	2,25	1,05
IEA non compliquée	43	0,18	4,88	2,48	1,15
<b>Différence</b>				<b>-0,22</b>	
<b>t (Valeur observée)</b>				<b>-1,09</b>	
<b> t  (Valeur critique)</b>				<b>1,99</b>	
<b>DDL</b>				<b>12</b>	
<b>p-value (bilatérale)</b>				<b>0,28</b>	
<b>alpha</b>				<b>0,05</b>	

Avec un p à 0.28, il n'est pas mis en évidence de différence significative entre les taux moyens d'alcoolémie chez les patients avec ou sans complications de l'IEA.

### *ii. Kaliémie*

La kaliémie est réalisée chez 114 patients (71.3%). Parmi eux 3 patients (2.6%) présentent une hypokaliémie et 7 patients (6.1%) une hyperkaliémie.

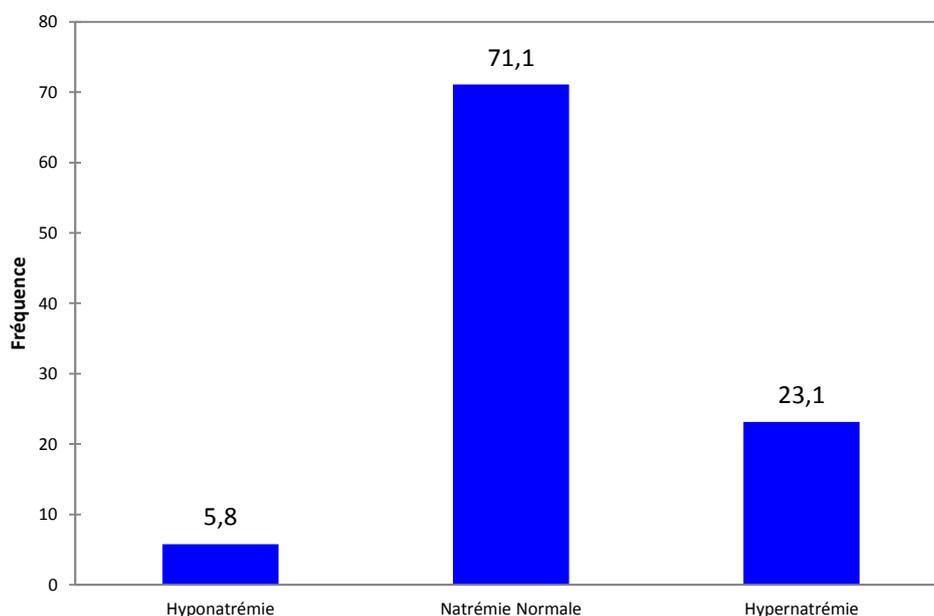
La moyenne est de **4.3mmoles/l** +/- 0.44mmoles/l. La valeur minimale est de 3.2mmoles/l et la valeur maximale de 5.7mmoles/l.

### *iii. Natrémie*

La natrémie est réalisée chez 121 patients (75.6%). La répartition est décrite dans le diagramme 7.

La natrémie moyenne est de **142.3mmoles/l** +/- 4.7mmoles/l. La valeur minimale est de 120mmoles/l et la valeur maximale de 150mmoles/l.

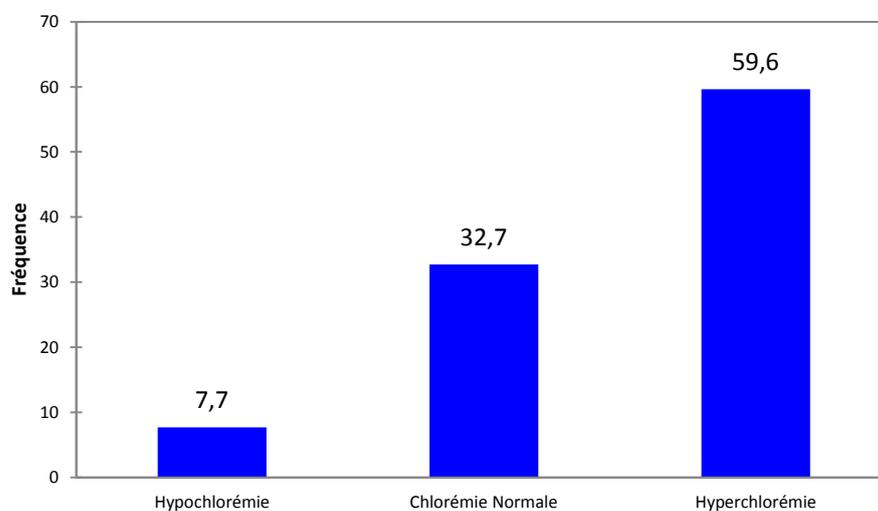
Diagramme 7 : Natrémies des patients consultant aux urgences avec une IEA



#### *iv. Chlorémie*

La chlorémie est réalisée chez 52 patients (32.5%), avec une moyenne à **105,3mmoles/l** +/- 5.2mmoles/l. La valeur minimale est de 91mmoles/l et la valeur maximale de 113mmoles/l. La répartition se fait selon le diagramme 8.

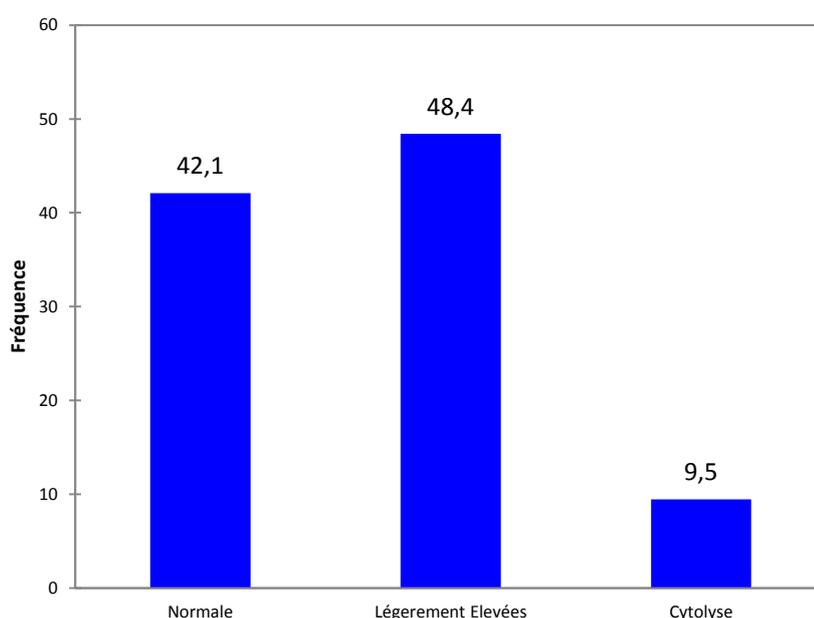
Diagramme 8 : Chlorémies des patients consultant aux urgences avec une IEA



### v. ASAT (TGO)

Les enzymes hépatiques ASAT sont réalisées chez 95 patients (59.4%). La répartition des résultats se fait selon le diagramme 9.

Diagramme 9 : Dosage des ASAT chez les patients consultant aux urgences avec une IEA



### vi. CPK

Le dosage des CPK est réalisé chez 27 patients (16.9%) et ne met en évidence aucune rhabdomyolyse.

### vii. Autres intoxications

Hors tentative d'autolyse médicamenteuse, 10 patients présentent une autre intoxication associée identifiée biologiquement (4 par des benzodiazépines, 1 par opiacés, 2 par paracétamol et 4 par cannabis).

### **3. ECG**

Parmi les 160 patients, 87 patients (54.4%) bénéficient d'un ECG. Il est retrouvé 2 ECG avec des anomalies mais déjà connues. Aucun passage en trouble du rythme supraventriculaire n'est retrouvé.

### **D. Signes de complications cliniques et paracliniques**

La répartition des signes de complications associant la clinique avec la paraclinique est décrite dans le tableau 10.

Tableau 10 : Répartition des signes de complications des patients consultant pour IEA aux urgences

Complications		Effectifs	Fréquence rapportée au nombre de patients (%) (N=160)
<b>Neurologiques</b>	Crise convulsive	2	1,3
	AVC ischémique	0	0
<b>Cardiaques</b>	Troubles du rythme cardiaque	0	0
<b>Pulmonaires</b>	Inhalation	0	0
<b>Métaboliques/Ioniques</b>	Trouble ionique significatif	4	2,5
	Hypoglycémie	0	0
<b>Thermiques</b>	Hypothermie	0	0
<b>Digestives</b>	Gastrite	0	0
	Hépatite alcoolique aiguë	0	0
	Syndrome de Mallory-Weiss	0	0
<b>Musculaires</b>	Rhabdomyolyse	0	0
<b>Infectieuses</b>	Sepsis	0	0
<b>Allergiques</b>		0	0
<b>Traumatiques</b>	Traumatisme crânien	42	26,3
	Un ou plusieurs traumatismes autres	16	10
<b>Autres intoxications associées</b>		20	12,5
<b>IEA de l'enfant et l'adolescent</b>	IEA avec coma	0	0
	IEA avec hypoglycémie	0	0
	IEA avec acidose métabolique	0	0
<b>Psychiatriques</b>	Associée des idées suicidaires	8	5
	Associée à une tentative d'autolyse	16	10
<b>Liées à l'intoxication</b>	Intoxication avec coma	2	1,3
	Intoxication avec agitation excitomotrice	14	8,8
	Intoxication avec idées délirantes	0	0
	Intoxications avec hallucinations	0	0

## E. Thérapeutiques

### 1. Prévention du syndrome de sevrage (hydratation et benzodiazépines)

Parmi les 160 patients, 42 patients (26.3%) bénéficient d'une réhydratation orale et 50 patients (31.3%) d'une réhydratation par voie intraveineuse. Cet élément n'est pas renseigné chez 68 patients (42.4%).

Parmi ceux qui bénéficient d'une réhydratation intraveineuse, 17 patients vont sortir avec le diagnostic d'IEA non compliquée.

Sur 160 patients, 69 patients présentent un mésusage (dont 8 sont admis pour CNH/réquisition) et 91 n'en présentent pas (dont 20 sont admis pour CNH/réquisition). Aucun patient admis pour CNH/réquisition ne bénéficie de prévention.

1 patient de notre étude a bénéficié d'une évaluation du sevrage par l'échelle de Cushman (ANNEXE 1)

Tableau 11 : Prévention du syndrome de sevrage en fonction de la présence d'un mésusage, hors patients CNH/réquisition

	Mésusage = 61	Pas de mésusage =71
<b>Prévention prescrite</b>	40 (Valium 33/Seresta 7) (65.6%)	25 (Valium 17/Seresta 8) (35.2%)
<b>Prévention reçue</b>	20	5
<b>Prévention non prescrite</b>	21 (34.4%)	46 (64.8%)

### 2. Vitaminothérapie

Aucun patient admis pour CNH/réquisition ne bénéficie de vitaminothérapie.

60 patients bénéficient d'une vitaminothérapie : 5 par de la vitamine B1 seule (8.3%) et 55 par l'association vitamine B1/B6 (91.7%).

**Tableau 12 :** Prescription de la vitaminothérapie en fonction de l'identification d'un mésusage pour les patients se présentant avec une IEA aux urgences (hors CNH/réquisition)

	<b>Patients avec mésusage</b>	<b>Patients sans mésusage</b>	<b>Total</b>
<b>Vitaminothérapie prescrite</b>	37 (60.7%)	23 (32.4%)	60
<b>Vitaminothérapie non prescrite</b>	24 (39.3%)	48 (67.6%)	72
<b>Total</b>	61 (100%)	71(100%)	132

### 3. Prise en charge de l'agitation

14 patients présentent des signes d'agitation au moment de l'examen clinique et 2 patients déclarent ces signes lors de la surveillance, soit un total de 16 patients agités (10%). Parmi ceux-ci 6 bénéficient d'une contention physique, suivie chez 2 d'entre eux d'une contention chimique.

### 4. Surveillance aux urgences

La surveillance médicale pendant la prise en charge est retrouvée pour 1 patient. La surveillance médicale horaire n'est retrouvée pour aucun patient.

La surveillance paramédicale horaire n'est retrouvée pour aucun patient.

Une surveillance paramédicale par 3H est identifiée pour 93 patients (97.9%) parmi les 95 patients hospitalisés en UHCD.

Cette surveillance met en évidence 4 aggravations (2.5% des patients) décrites dans le tableau 13.

**Tableau 13 :** Description des aggravations au cours de la prise en charge des patients présentant une IEA aux urgences

<b>Aggravation</b>	<b>Effectifs</b>
<b>Pré Délirium Trémens</b>	1
<b>Hypoglycémie</b>	1
<b>Agitation</b>	2

## F. Avis spécialisés

Sur les 160 patients, 14 avis spécialisés sont demandés, concernant 13 patients, listés dans le tableau 14. Sur les 31 patients venus pour motif(s) psychiatrique(s), 29 d'entre eux (18.1%) bénéficient d'un avis psychiatrique aux urgences car une patiente hospitalisée en UHCD fugue avant de voir le psychiatre et un patient hospitalisé directement en réanimation bénéficie de cet avis dans ce service.

Tableau 14 : Avis spécialisés reçus par les patients présentant une IEA aux urgences

Avis Spécialisés	Effectifs
Alcoolologique	74
Psychiatrique	29
Cardiologique	2
Réanimatoire	2
Traumatologique	4
Viscéral	2
Gastroentérologique	1
Pneumologique	1

## G. Avis alcoologique

Sur les 160 patients de notre étude, 74 patients (46.3%) bénéficient d'un avis alcoologique. Les 29 réquisitions effectuées et les 12 hospitalisations vers un autre service ou transfert vers un autre établissement, soit 41 patients (25.6%) ne bénéficient pas d'avis alcoologique dans le service des urgences. 45 patients (28.1%) ne bénéficient pas d'avis alcoologique dont 15 étaient identifiés après examen clinique comme présentant un mésusage.

Tableau 15 : La répartition des éléments recherchés par l'alcoologue

Type d'information abordée par l'alcoologue	Effectifs	Fréquence sur l'ensemble des avis alcoologique (%) (N=74)
Intervention brève	72	97.3
DETA/CAGE	73	98.7
Troubles liés à l'usage de l'alcool (anciennement dépendance)	45	60.8
Informations sur les structures	63 (8 refus)	85.1 (10.8)

## H. Devenir du patient et sortie

### 1. Hospitalisations

107 patients (66.9%) sont hospitalisés, la répartition se fait selon les tableaux 16 et 17.

53 patients ne sont pas hospitalisés dont 29 admis CNH/réquisition.

24 patients (9.2%) retournent au domicile sans hospitalisation.

Tableau 16 : Modalités d'hospitalisation des patients présentant une IEA aux urgences

<b>Modalités</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquence rapportée au nombre total de patients (%) (N=160)</b>	<b>Fréquence rapportée au nombre de patients hospitalisés (%) (N=107)</b>
<b>UHCD puis retour au domicile</b>	85	53.1	79.4
<b>UHCD puis hospitalisation dans un service</b>	10	6.3	9.3
<b>Hospitalisation direct dans un service</b>	11	6.9	10.3
<b>Transfert dans un autre établissement</b>	1	0.6	0.9

59.4% des patients sont hospitalisés en UHCD.

88.7% des patients hospitalisés le sont, au moins initialement, en UHCD.

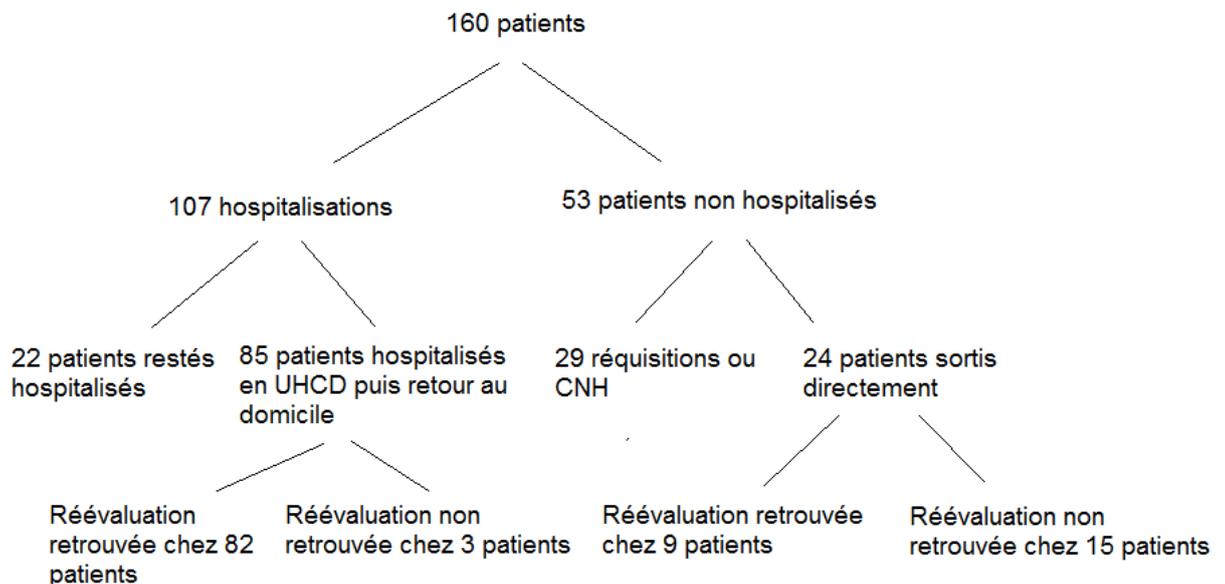
**Tableau 17 :** Répartition des services d'hospitalisation définitifs des patients présentant une IEA aux urgences

<b>Services</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Fréquence rapportée au nombre de patients hospitalisés (%) (N=107)</b>
Addictologie	1	0.9
Cardiologie	1	0.9
Chirurgie Viscérale	2	1.9
Chirurgie Traumatologique	4	3.7
Gastro-entérologie	1	0.9
Médecine Polyvalente	3	2.8
Neurologie	2	1.9
Psychiatrie	5	4.7
Réanimation	1	0.9
Soins Continus	1	0.9
Transfert Chirurgie Thoracique	1	0.9
UHCD	85	79.4

## 2. Réévaluation médicale

96.5% des patients hospitalisés en UHCD bénéficient d'une réévaluation médicale. 37.5% des patients sortant rapidement bénéficient d'une réévaluation médicale.

Diagramme 10 : Réévaluation médicale avant la sortie



## 3. Surveillance du traumatisme crânien

La surveillance du traumatisme crânien est prescrite pour tous les patients hospitalisés en UHCD ou dans un service ayant eu un traumatisme crânien. Parmi les 24 patients (15%) sortis directement sans hospitalisation, 8 d'entre eux présentaient un traumatisme crânien. Parmi ces 8 patients, une feuille de surveillance du traumatisme crânien au domicile est donnée chez 3 patients et cette information n'est pas donnée chez les 5 patients restants. 3.1% de l'ensemble des patients présentant un traumatisme crânien n'ont pas été hospitalisés et sont sortis sans consignes de surveillances.

#### 4. Diagnostic de sortie

La répartition des diagnostics de sortie codés dans le logiciel des urgences est décrite dans le tableau 16.

Tableau 18 : Répartition des diagnostics de sortie des patients consultant avec une IEA aux urgences

Diagnostiques	Effectifs	Fréquence rapportée au nombre de patients (%)
IEA non compliquée	40	25
Réquisition/CNH	29	18,1
Psychiatrique	28	17,5
Traumatologique autre	27	16,9
Traumatisme crânien associé	26	16,3
Cardio-vasculaire	4	2,5
Neurologique	3	1,9
Pneumologique	3	1,9
Troubles Métaboliques	3	1,9
Complications d'alcoolisme chronique	2	1,3
Chirurgie viscérale	1	0,6
Gastro-entérologique	1	0,6
Infectieux	1	0,6
Rhumatologique	1	0,6
Autres	1	0,6

#### 5. Délai total de prise en charge

Le délai total de prise en charge pour les 160 patients est d'en moyenne **8 heures 53 minutes** +/- 6 heures 22 minutes avec une médiane à 8 heures 26 minutes.

Ce délai total rapporté au nombre de patients admis uniquement pour CNH ou réquisition est d'en moyenne **1 heure** +/- 59 minutes (médiane à 31 minutes). Pour le reste des patients il est d'en moyenne **10 heures 33 minutes** +/- 5 heures 46 minutes (médiane à 10 heures 31 minutes).

## **DISCUSSION**

### **I. Discussion méthodologique**

#### **A. Aspect singulier de l'étude**

Notre étude est menée de façon brève, au sein de la structure d'Urgences du Centre Hospitalier de Douai. Elle n'est le reflet que d'une population locale prise en charge par une équipe définie, elle n'est pas et ne se veut pas le reflet des réalités nationales ou régionales.

#### **B. Choix du critère d'inclusion**

Au vu de la disparité de la séméiologie clinique de l'IEA et de l'existence de fausses ivresses (4,41), sachant que 2 à 16% des IEA présumées n'en sont pas (12,42), nous avons voulu limiter ce biais de sélection. Le critère d'inclusion a donc été une identification médicale des IEA plutôt que paramédicale seule par l'infirmière d'accueil. D'autant plus que le ou les motifs d'admission pouvaient être tout autres que celui d'ivresse. L'identification d'une alcoolémie positive n'était pas obligatoire car les auteurs ne la recommandent qu'en cas de doute diagnostic.

#### **C. Particularité de la pédiatrie**

Il a été choisi d'inclure les patients présentant une IEA identifiée médicalement, quel que soit l'âge à cause de l'importance de l'IEA de l'enfant décrite dans la conférence de consensus. L'acquisition de la majorité n'était pas une limite acceptable car au Centre Hospitalier de Douai, les adolescents de plus de 15 ans et 3 mois sont pris en charge dans le secteur adulte. Aucun patient n'a été identifié

comme présentant une IEA dans le secteur pédiatrique sur la période de notre étude. Cela peut s'expliquer par la relative faible fréquence de ce tableau et aurait nécessité une plus longue durée de recueil pour être objectivée.

## **II. Caractéristique de la population étudiée**

### **A. Prévalence**

La prévalence dans notre étude est de 2.8% et même de 4.1% si l'on exclut les admissions en pédiatrie, secteur dans lequel aucun patient n'a été identifié. Ces données semblent plus importantes que celle du réseau Oscour (18), qui retrouve 1% des admissions annuelles pour IEA. Cela peut être lié au fait que l'IEA est uniquement identifiée par le codage informatique dans le PMSI en diagnostic principal ou associé. Notre étude avec identification médicale en temps réel et recoupage des données grâce au PMSI permet un recueil plus exhaustif. D'autres travaux de thèse sur le sujet retrouvent des prévalences entre 2.3% (43) et 8.8% (44). La littérature retrouve une prévalence allant entre 4 et 40% en fonction de l'identification systématique biologique de l'IEA ou uniquement clinique (5). Il est difficile de considérer ces résultats comme comparables étant donné la variabilité des critères d'inclusion entre notre étude et celles de la littérature.

### **B. Profil du patient**

L'âge moyen des patients se présentant aux urgences avec une IEA est de 42 ans et 11 mois, avec un sex-ratio Homme/Femme de 2.55 ce qui concorde avec le profil de patient retrouvé dans la littérature (18,44).

D'Onofrio & al. (45) rapportent un important risque de réadmission lorsqu'un patient se présente pour la première fois alcoolisé aux urgences. Dans notre étude 28.8% des patients avaient déjà été admis au moins une fois aux urgences dans les 12 mois précédents en état d'IEA, ceci est corroboré par Verelst & al. (46) qui en retrouvent 30%.

Parmi les principaux antécédents des patients de notre étude, 53.1% des patients présentent des antécédents d'ordre psychiatrique notamment dans le cadre d'un syndrome dépressif, avec idées suicidaires et parfois tentative d'autolyse. Cela pourrait s'expliquer par l'association fréquente d'une consommation d'alcool dans ces pathologies longues à prendre en charge (47).

Les autres antécédents sont marqués par 43.1% de mésusage dans notre étude. Cette valeur semble inférieure à celles des 63.8% (46) et 90% de certains auteurs (48). Cette importante disparité, outre des effectifs non comparables, peut être expliquée par un défaut d'identification du mésusage au moment de l'examen clinique chez un patient alcoolisé, difficile à interroger. Il existe parfois un déni de la maladie alcoolique. Une négligence dans la tenue du dossier notamment concernant les antécédents pour les patients chroniques des urgences admis dans le cadre d'une alcoolisation aiguë, n'est pas à exclure.

Enfin de nombreuses études valident l'IEA comme un facteur de risque de traumatisme (7,49–53) et comme c'est un facteur de risque de réadmission (45), ceci pourrait d'expliquer le taux de 41.3% d'antécédents traumatiques chez les patients de notre travail.

### **C. Admission**

La répartition des consultations hebdomadaires et sur le mois suit la même tendance que les données du réseau OSCOUR (18), qui valident une consommation plus importante en début de mois probablement due à une plus grande disponibilité des revenus et une consommation majorée en fin de semaine du vendredi au dimanche en rapport avec le caractère festif du week-end (50,54).

Nous avons trouvé plus judicieux d'exprimer les heures d'admission par tranche horaire. Cela a permis de mieux apprécier la tendance vers l'augmentation des consultations avec IEA entre 20 heures et 3 heures du matin dans notre étude également observée par Martin & al. (54).

Le mode de transport des patients de notre étude diffère des données de la littérature. Le recours aux services de secours (ambulance, pompiers) est de 71%, retrouvée également à presque 80% dans une étude française (43) alors qu'il ne varie qu'entre 40.9% et 45.1% dans d'autres pays. Cela implique un bien plus faible taux d'admission par ses propres moyens (seul ou accompagné) du patient alcoolisé

à 15% versus à 40 à 45% selon les études (46,49). Cela peut s'expliquer par une différence dans l'organisation des systèmes de secours pré-hospitaliers dans les différents pays.

Les motifs d'admissions de notre étude sont variés avec une prépondérance pour les traumatismes et les problèmes psychiatriques comme retrouvés dans la littérature (51,55).

### **III. Evaluation de la prise en charge**

#### **A. A l'accueil**

##### **1. Patient mis en blouse**

La conférence de consensus nous indique que l'examen doit être réalisé chez un patient déshabillé (7). Il paraît acceptable de ne pas mettre en blouse d'hôpital un patient admis pour réquisition ou CNH, seulement si celui-ci ne présente qu'une intoxication éthylique isolée, sans signes de gravité avec maintien des fonctions relationnelles permettant ainsi sa sortie avec les forces de l'ordre. Mais cela ne dispense pas de le faire se déshabiller en partie au moment de l'examen médical. Dans notre étude on observe un défaut de mise en blouse chez 16.3% des patients. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela :

- l'état général et l'incurie de certains patients qui rendent le personnel réticent à cet acte
- l'agitation légère du patient à l'entrée sans qu'elle soit un réel danger mais qui peut rendre la coopération difficile
- la chronicité de passage de certains patients souvent sans domicile fixe, se présentant aux urgences pour y passer la nuit plus que pour une intoxication éthylique majorée par rapport à l'habitude.

La mise en blouse du patient permet d'assurer au médecin une facilité indéniable pour la réalisation de son examen clinique. Elle reste un moyen efficace, mais discutable de lutter contre la fugue de certains patients.

## 2. Les constantes à l'accueil

On constate des données manquantes dans notre étude sur les constantes hémodynamiques : de 5.6% jusqu'à 30% pour la glycémie capillaire. Cela peut encore être expliqué par le manque de coopération du patient alcoolisé. La glycémie sanguine a permis un « rattrapage » des « glycémies capillaires manquées » laissant finalement à 5.6% le nombre de patients sans aucune mesure. Le risque d'hypoglycémie inhérent aux IEA n'est plus à démontrer (7,12,13) et ces constantes d'accueil devraient être renseignées en totalité et pour tous les patients afin de « s'assurer de la normalité des paramètres vitaux » (7). Une agitation empêchant la prise de ces constantes, peut avoir pour origine une hypoglycémie.

Peu de données existent sur les valeurs des constantes vitales chez les patients alcoolisés. O'Keeffe & al. retrouvent une légère tachycardie et une tendance à une moindre température que chez les patients non alcoolisés (49). Une étude réunionnaise retrouve 25% de patients tachycardes et 10% de patients hypotendus (43). Les résultats de notre étude suivent la même tendance (respectivement 30.5% et 9.9%). La tachycardie s'explique le plus souvent par la déshydratation induite par l'intoxication. L'hypotension s'explique par le possible collapsus hémodynamique associé. L'hypothermie s'explique par les alcoolisations en extérieur chez des patients en état de précarité ou ayant des troubles de conscience avec chutes au sol occasionnant une importante déperdition de chaleur en cas de station prolongée (12). Dans notre échantillon, il semble que le nombre de patients ayant eu une station au sol, immobile, prolongée, a fortiori en extérieure soit peu importante au vu de l'absence de rhabdomyolyse et du faible taux d'hypothermie retrouvé.

Au-delà de la valeur absolue, ces constantes sont essentielles pour identifier les anomalies nécessitant une prise en charge immédiate avec transfert dans le secteur adapté.

## 3. Orientation

Aucun patient n'a été identifié en pédiatrie, cette pathologie certes est moins fréquente que chez l'adulte, mais il a pu exister un biais d'information avec l'équipe de pédiatrie qui est différente de celle des urgences adultes.

Seuls 2% des patients ont été identifiés dans le secteur ambulatoire. Il existe un biais de sélection quand on connaît les risques de traumatismes associés à une IEA. Limité aux centres ambulatoires, De Freitas & al. (53) identifient presque 30% des patients alcoolisés. Ce biais est dû à la négligence d'une IEA minime pour des traumatismes sans grandes conséquences qui nécessiterait une prise en charge bien plus lourde non adaptée au secteur ambulatoire. Par ailleurs de 18H30 à minuit et tous les week-ends ce secteur est géré par des « médecins juniors », le plus souvent jeunes chirurgiens, pas forcément au fait des recommandations sur la prise en charge d'une IEA dans un service d'urgence.

Si une majorité des patients (87%) est prise en charge dans le secteur médico-chirurgical, 11% sont orientés au moins initialement en SAUV. Non pas qu'ils relèvent tous d'une urgence vitale, certains y sont orientés pour un lavage gastrique en raison d'une intoxication médicale associée, d'autres devant une « anomalie » plus ou moins importante des constantes vitales à l'accueil dans l'attente de l'examen médical. Cela témoigne que plus d'un patient sur 10 en état d'IEA, nécessite une prise en charge rapide et rigoureuse du fait d'une morbidité et du risque d'aggravation du tableau clinique.

## **B. Examen clinique**

### **1. Délai de 1<sup>er</sup> contact médical**

Tous patients en état d'IEA confondus, ce délai est à 1 heure et 22 minutes en moyenne. Il existe un biais de mesure de cette information puisque ce délai est calculé à partir de l'heure d'inscription de l'examen clinique du patient dans le dossier informatique. Cette inscription n'est pas faite en temps réel, voire même faite avec un laps de temps plus ou moins long en fonction de la surcharge de travail du médecin.

Toutefois nous avons choisi l'heure de saisie informatique comme heure de début de prise en charge car c'est celle-ci qui serait retrouvée dans un litige médico-légal en cas de complication par exemple.

Ce délai est ramené à 42 minutes pour les patients admis pour réquisition ou CNH, puisque voir ces patients assez rapidement permet aux forces de l'ordre de poursuivre leurs obligations professionnelles. Il s'agit là d'un engagement de la

direction hospitalière et du service, formalisé avec les responsables des commissariats alentours.

## 2. Interrogatoire

Nous avons essayé de mesurer la notion de binge drinking pour un repérage dans le questionnaire initial. Mais cette notion s'est avérée inévaluable. Le déni de la maladie alcoolique et la non fiabilité des quantités ingérées sur l'interrogatoire d'un patient alcoolisé en sont la cause. Le plus souvent après dégrisement les patients ne se souvenaient plus des doses prises la veille.

## 3. Examen

On constate un défaut d'examen clinique chez nos patients. Les signes étudiés ont été recherché par le médecin de manière hétérogène : les données manquent chez 26.9% des patients pour le score de Glasgow, 29.4% pour l'agitation, 35.6% pour le maintien des fonctions relationnelles, 27.5% pour les convulsions et 35.6% pour la notion de traumatisme crânien. En globalité l'examen clinique est retrouvé incomplet chez 28.1% de nos patients. Ces carences pourraient être expliquées par un manque de connaissance de la conférence de consensus et des signes de complications. L'actualisation de 2003 insiste sur la nécessité d'un examen clinique complet, elle n'était connue à l'époque que de 33% des urgentistes (7).

L'absence de signalement d'une éventuelle crise convulsive peut être interprétée comme l'absence de celle-ci vu l'impact qu'elle va avoir dans la prise en charge. Il apparaîtrait donc que 2 patients auraient convulsé.

La notion du maintien des fonctions relationnelles est une notion qui est retrouvée dans la conférence de consensus comme une condition nécessaire pour confier le malade à un tiers non médical (7). Cette notion devrait donc apparaître dans le dossier pour toute sortie accompagnée par les forces de l'ordre ou par la famille en cas de sortie des urgences après une IEA non compliquée.

En cas de traumatisme et pour tout trouble de conscience la notion du traumatisme crânien doit être recherchée et notifiée compte tenu de sa gravité potentielle et de sa propension à passer inaperçue dans ce contexte (7,34). La

relation entre traumatisme crânien et IEA est bien établie (56). L'insuffisance de calcul du score de Glasgow témoigne également d'une rigueur clinique insuffisante. Initialement établi pour évaluer la profondeur d'un coma lors d'un traumatisme crânien, il est désormais largement usité, bien que non validé, face à tout trouble de conscience (40). Le taux de 6.3% de patients présentant un score de Glasgow anormal confirme l'intérêt de son calcul non seulement au moment de l'examen initial mais aussi au cours de la surveillance afin de ne pas méconnaître des lésions neurologiques secondaires.

Plus d'un patient sur 2 (56.3%) présentent des complications cliniques tels que décrites dans la conférence de consensus (7). Cette importante proportion dans notre travail, souligne donc à nouveau la nécessité de pratiquer un examen clinique systématique et rigoureux.

## **C. Examens paracliniques**

Les auteurs nous indiquent qu'aucun examen complémentaire n'est systématique. Leur prescription est guidée par le contexte et l'examen clinique (7).

### **1. TDM cérébrales**

En présence d'une IEA certains facteurs nous conduisent à sous-estimer la gravité d'un TC. Le mécanisme est parfois difficile à évaluer, la perception douloureuse due à l'intoxication n'est pas un paramètre fiable. Chez les patients alcooliques chroniques un certain degré d'atrophie cérébrale contribue parfois à atténuer l'expression clinique d'une lésion intracérébrale (34).

Les auteurs ont démontré qu'après un traumatisme crânien fermé, l'IEA n'influence pas de manière cliniquement significative le GCS. Il doit être interprété comme résultant de l'atteinte traumatique et non toxique (34,57). Pour la réalisation de la TDM cérébrale lors d'un TC, certains auteurs préconisent la réalisation systématique en cas d'IEA (58). D'autres, comme le Canadian CT Head Rule ainsi que la Société Française de Médecine d'Urgence ont créé des scores de prédiction validés (33,59) permettant d'éviter un certain nombre de scanner cérébraux.

Les chiffres de notre étude (Tableau 7) tendent à valider l'utilisation de la seconde démarche puisque seuls 52.4% des patients présentant un traumatisme crânien bénéficient d'un scanner cérébral. Le patient sans TC ayant bénéficié d'une TDM l'a eu pour une problématique de convulsions.

Parmi les 2 patients présentant une lésion traumatique intracérébrale, 1 seul répondait aux critères de réalisation d'une TDM cérébrale selon les recommandations. Aucun n'a bénéficié de prise en charge neurochirurgicale particulière et les 2 patients ont été hospitalisés dans un service de neurologie conventionnelle. Or Stiell & al. (59) décrivent leurs critères prédictifs de réalisation de scanner cérébraux pour rechercher des lésions intracrâniennes traumatiques cliniquement significatives ou justifiant une intervention chirurgicale. Ceci n'est pas le cas chez nos 2 patients. Ces pathologies même non cliniquement significatives semblent pourtant importantes à dépister, car même si elles ne sont pas chirurgicales, elles peuvent s'exprimer secondairement comme la chronicisation d'un hématome sous dural minime entraînant une augmentation du risque de chutes ou de troubles neuropsychiatriques (60). Elles peuvent donc nécessiter une surveillance et un suivi, posant donc l'indication d'une TDM cérébrale.

Par ailleurs, les éléments de recueil de score prédictif peuvent être difficiles à collecter en raison de l'alcoolisation notamment le mécanisme du TC ou la notion de perte de conscience initiale. Deux attitudes semblent donc possible en cas de TC associé à l'IEA:

- l'utilisation de l'outil de prédiction validé par la Société Française de Médecine d'Urgence
- la réalisation systématique de la TDM cérébrale.

Aux urgences de Douai, cette prescription est soumise aux habitudes de prise en charge de chaque médecin, qui adopte l'une ou l'autre de ces stratégies.

Si l'on souhaite ne méconnaître aucune lésion cérébrale, il paraîtrait plus intéressant d'opter pour la réalisation systématique d'une TDM cérébrale.

Aucun des patients de notre étude présentant des troubles de conscience ne bénéficie d'une TDM cérébrale. Ils étaient tous la conséquence d'une intoxication concomitante sans traumatisme crânien associé.

Nous n'avons pas étudié les délais de réalisation des TDM en fonction de l'indication de réalisation immédiate ou différée préconisée par les recommandations (33).

## 2. Biologie

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de corrélation significative ( $p > 0.05$ ) entre l'identification clinique de signes de complications et la réalisation d'examens biologiques. Nous ne pouvons donc éliminer le fait que la biologie ait été prescrite indépendamment de la présence de signes de complications, au lieu d'être réalisée sur point d'appel comme cela est recommandé dans la littérature (7).

Pourtant elle peut s'avérer utile chez les patients avec une IEA non compliquée, dans un contexte d'alcoolisation chronique avec un interrogatoire difficile. Cela peut permettre de démasquer un trouble ionique ou une intoxication associée (7,12) comme retrouvé dans notre étude.

Une cytolyse est retrouvée chez 9,5% des patients, tous consommateurs chroniques, mais de façon asymptomatique et peu élevée. Elle n'a pas modifié la prise en charge. La conférence de consensus (7) insiste sur le fait que les marqueurs d'éthylisation (TGO, ASAT, CDT, VGM..), ne sont pas à utiliser en urgence mais seulement lorsqu'une prise en charge alcoologique est débutée.

La recherche de l'intoxication associée aux benzodiazépines est sous-estimée d'abord en raison de la technique de dosage du laboratoire qui n'est pas exhaustive à toutes les molécules. Mais aussi par une sensibilité différente selon le type de molécule retrouvée.

La prescription d'examens biologiques devrait donc être pondérée pour chaque patient en fonction de points d'appels clinique comme recommandé, mais aussi de l'interrogatoire et de l'alcoolisation chronique ou non du patient. L'intérêt à réaliser un bilan biologique chez un patient alcoolique chronique se présentant presque tous les jours aux urgences pour le même motif d'IEA non compliquée alors même qu'il a eu une biologie la veille est à évaluer au cas par cas.

L'alcoolémie moyenne est à 2.33g/l, chiffre à considérer avec réserve tant l'expression clinique est variable selon l'alcoolisation (7).

Nous n'avons pas objectivé le taux d'alcoolémie comme facteur de complication d'une IEA. Elle ne doit être réalisée d'ailleurs qu'en cas de doute diagnostique (7).

Nos données avec 78.1% d'alcoolémies réalisées se retrouvent supérieures à celles de la littérature qui sont aux alentours de 50% (7,61) sans que nous ayons pu identifier d'autres facteurs que les habitudes de prescription. L'alcoolémie suit souvent la prescription d'un bilan biologique avec le besoin de conforter et surtout d'évaluer son diagnostic.

Sachant qu'une mesure quantitative ne permet pas d'évaluer la gravité ni de modifier la prise en charge, certains auteurs proposent l'utilisation d'une simple mesure qualitative de l'alcoolémie (61). Ils gardent néanmoins certaines indications pour l'alcoolémie telles que le coma inexpliqué, la prise en charge alcoolologique et le suivi de l'efficacité du traitement antidote en cas d'intoxication par le méthanol ou l'éthylène glycol. D'autres auteurs valident l'utilisation d'un éthylomètre comme pouvant remplacer l'éthanolémie quand cela est possible (7,43,62). Enfin un nouveau système de mesure transdermique par la sueur est en cours d'évaluation (63).

### 3. ECG

Les données de la littérature retrouvent une réalisation de l'ECG dans 10 à 29% des patients consultant avec une IEA (46,49). Au CH de Douai, une attitude de réalisation des ECG sur point d'appel large (tachycardie, malaise, palpitations ou douleur thoraciques) explique leur réalisation pour 54% des patients de notre travail sans qu'aucune anomalie aigüe imputée à l'IEA (trouble du rythme) n'ait pour autant été objectivée.

Il est possible que cela soit dû à la puissance trop faible de notre échantillon.

#### 4. Signes de complications

Nous avons choisi dans un but de clarté, de décrire les signes de gravité dans un tableau les énumérant (tableau 10), tels qu'énumérés dans la conférence de consensus (7).

Après examen clinique et paraclinique, les principaux signes de complications regroupent les traumatismes notamment crâniens et les motifs psychiatriques en accords avec les constats de la littérature.

Les troubles ioniques avec les valeurs de normalité du laboratoire sont nombreux, mais en réalité seuls 4 ont nécessité une prise en charge spécifique.

### D. Thérapeutique

#### 1. Prévention du syndrome de sevrage (hydratation et benzodiazépines)

Concernant la réhydratation, cette donnée n'est pas renseignée chez 42.5% des patients. Il existe un probable biais de mesure important : la réhydratation orale du patient consiste à lui donner une bouteille d'eau, ce qui n'est pas systématiquement notifié dans le dossier médical. « Une hydratation doit être réalisée sans qu'une voie veineuse soit obligatoire » (7). 10,6% des patients paraissent avoir eu une hydratation intraveineuse sans justification retrouvée. Elle suit trop souvent la réalisation d'un prélèvement biologique sans réelle nécessité.

Le maintien d'une voie veineuse et d'une réhydratation intraveineuse ne devrait être défini que dans certains cas : gravité immédiate, troubles de conscience, vomissements, nécessité de rester à jeun, signes sévères de sevrage ou troubles ioniques...

Lors du sevrage Philippe & al. (12) nous indique que l'index de Cushman (ANNEXE 1) nous permet d'évaluer si un traitement per os ou parentéral est nécessaire. Il n'a été réalisé que pour un seul de nos patients. Promouvoir auprès du service des urgences la réalisation en cas de sevrage débutant d'un index de Cushman, permettrait probablement de diminuer le nombre de prescriptions de voies intraveineuses.

Le tableau 10 s'explique par la réalisation de prescriptions conditionnelles. Chez les patients identifiés comme ne présentant pas de mésusage, cette prescription n'est administrée qu'en cas d'apparition de signes de sevrage, ce qui explique la différence entre prescription et administration. Elle peut présenter une dangerosité avec risque d'aggravation des troubles de conscience, d'autant que la notion de mésusage n'est pas toujours évidente à définir lors de l'état d'ivresse du patient et que la surveillance des signes de sevrage est insuffisante selon notre étude. Chez les patients identifiés comme ayant un mésusage cette prescription suit les mêmes règles. Elle devrait être retrouvée chez 100% des patients alors qu'elle n'est que de 65.6% des patients de notre étude. Cette prescription devrait donc se retrouver chez tout patient se présentant aux urgences pour IEA. Pour cela il faut une équipe paramédicale formée à la détection des signes de sevrage lors de la surveillance.

L'utilisation de Seresta® ou de Valium® doit être pondérée par le risque d'insuffisance hépatocellulaire ou de comitialité, en privilégiant la voie orale (12,31).

Ce n'est pas toujours le cas dans notre étude, les habitudes de prescription demeurent avec notamment la nette prédominance du Valium® en intraveineux.

Se pose la question des patients présentant un mésusage admis pour CNH ou réquisition. Aucun ne bénéficie de prévention du syndrome de sevrage. Cela pourrait être acceptable pour un patient qui ne présente pas de signes de sevrage au moment de l'examen pour un CNH dont la durée est de 6H. Moins pour une réquisition qui peut durer 24H. En cas de sevrage voire de convulsions au poste de police, la responsabilité du médecin pourrait être engagée.

## 2. Vitaminothérapie

Les données de la littérature sont un peu inhomogènes. Certains auteurs préconisent l'administration de thiamine (vitamine B1) seule par voie orale (4,7). D'autres proposent de l'administrer par voie IV car son absorption est diminuée en cas d'abus d'alcool ou de malnutrition (30) voire de l'associer à de la vitamine B6 (13,30).

Sachant que l'encéphalopathie de Gayet Wernicke correspond à un déficit uniquement en thiamine et que la dose journalière recommandée est de 1.3 à 1.5mg/j selon le sexe (64), il paraît acceptable de n'administrer que de la vitamine B1

à dose de 500mg par voie orale comme le préconise la conférence de consensus (7).

Tout patient identifié comme ayant un mésusage devrait avoir une prévention par vitaminothérapie. Seuls 60.7% des patients ayant un mésusage en ont reçu. Cela pourrait être expliqué par une simple négligence dans les habitudes de prescriptions. Pour autant, chez certains patients consultant à une fréquence pluri hebdomadaire avec une IEA, on pourrait se dispenser d'une vitaminothérapie à chaque consultation au vu des doses prescrites, notamment en cas de vitamine B6 associée à la lumière d'une potentielle toxicité en cas de prescription prolongée (30).

L'importante prescription de l'association vitamine B1+B6 peut s'expliquer par la dotation du service des urgences qui n'a de la vitamine B1 seule qu'en IV, en per os seule l'association B1/B6 est disponible.

### **3. L'agitation**

37.5% des patients agités ont bénéficié d'une contention physique qui a été suivie chez 33.3% d'entre eux par une contention chimique (une prescription de TERCIAN® et une d'ATARAX®). Une désescalade verbale a donc permis d'éviter la contention chez 62.5% des patients comme le préconise la littérature (7,34). Toutes les contentions physiques auraient dû être suivies d'une contention chimique (65). Clerc & al. (34) nous indiquent qu'en cas d'agitation extrême, l'utilisation de midazolam (HYPNOVEL®) à dose de 5mg intramusculaire a montré une meilleure efficacité avec une durée et délai d'action plus court que l'halopéridol ou le lorazépam qui n'ont pas été utilisés dans notre étude.

Dans tous les cas il est préconisé d'utiliser des molécules que l'on maîtrise bien et en nombre restreint.

### **4. La surveillance**

Avec une absence de surveillance horaire médicale et paramédicale dans notre étude, les recommandations ne sont pas respectées. L'impossibilité d'assumer cette fréquence de surveillance est peut-être imputable à la charge de travail dans le service et à son organisation.

Cette surveillance est donc essentiellement paramédicale, par tranche de 3H et à néanmoins permis de détecter une aggravation de l'état clinique chez 2.5% des patients. Elle a donc son utilité. La proportion non négligeable de ces aggravations incite d'autant plus à une réflexion organisationnelle afin de pouvoir rapprocher la surveillance vers les objectifs de la conférence de consensus (7).

## E. Avis spécialisés

La majorité des avis spécialisés sont alcoologiques et/ou psychiatriques, soit chez plus d'1 patient sur 2 ce qui est bien supérieur à d'autres travaux sur le sujet (43–46). Cela paraît être gage d'une certaine rigueur de prise en charge et est permis par le développement des filaires d'alcoologie de liaison et de psychiatrie au sein du service des urgences.

L'avis alcoologique est donné au CH de Douai le matin chaque jour de la semaine (week-end compris) par des infirmiers de l'équipe d'alcoologie de liaison après dégrisement des patients de la veille.

Notre travail montre que certains patients avec un mésusage ne bénéficient pas de l'entretien avec l'infirmier d'alcoologie, sans que nous ayons pu préciser et mesurer la proportion. Deux situations peuvent expliquer ces résultats :

- Pour les patients bien connus du service d'alcoologie, présent parfois de manière quotidienne ou pluri hebdomadaire, l'alcoologue estime nécessaire ou non de voir le patient en fonction de sa dernière consultation.
- Pour les patients présentant une IEA non compliquée avec persistance des fonctions relationnelles. Après quelques heures de surveillance, la sortie est autorisée avec la présence d'un tiers non médical. Les critères cliniques autorisant la sortie du patient s'opposent alors à la recommandation de l'entretien alcoologique. Une solution pourrait être de former les médecins à réaliser cette intervention alcoologique pour la délivrer à ces patients aux fonctions relationnelles conservées considérant alors que leur état clinique et leurs capacités cognitives sont suffisantes à la fois pour la sortie et pour que l'entretien soit profitable.

Les items retrouvés lors de l'entretien sont dans la quasi-totalité des cas l'intervention brève, la détection d'un mésusage par le questionnaire DETA

(ANNEXE), la recherche de troubles liés à l'usage de l'alcool (anciennement dépendance) et les informations données sur les structures environnantes pour ceux qui ne les ont pas déjà. L'AUDIT (également recommandé) (7) n'est pas individualisé mais « dispersé » dans l'entretien chez les patients ne présentant pas de déni. Il est donc non évaluable dans notre étude. Le DETA paraît plus simple d'utilisation de par sa rapidité et sa meilleure spécificité (66). Ces items sont ceux recommandés par de nombreuses études de la littérature (7,66–70).

## F. Devenir du patient

Le chiffre de 59.4% patients surveillés en UHCD est en accord avec la littérature (7). C'est le service d'accueil idéal pour ces patients permettant une surveillance régulière et une hospitalisation courte limitant les fugues. Les patients hospitalisés au décours de la prise en charge des urgences (13,8%) sont le reflet de la gravité qui peut accompagner l'IEA.

La passage par l'UHCD pour 9.3% des patients avant une hospitalisation dans un autre service interpelle sur la possibilité d'une réticence des autres services à accueillir un patient « non encore dégrisé ».

La réévaluation médicale est quasiment toujours retrouvée chez les patients hospitalisés en UHCD. Elle est faite par un nouveau médecin qui ne connaît pas le patient. Chez les patients présentant une IEA non compliquée qui sortent après quelques heures de surveillance, la réévaluation médicale fait défaut (37.5%) (Diagramme 11). Alors que l'absence d'aggravation clinique aux urgences devrait être notifiée dans le dossier avant la sortie pour des raisons médico-légales. Tout comme la surveillance du traumatisme crânien qui si elle est réalisée au domicile doit être notifiée comme expliquée au patient et à sa famille dans le dossier médical. Il est anormal que des patients alcoolisés avec un TC, non hospitalisés, sortent sans explications sur la surveillance à adopter au domicile.

Le délai moyen de prise en charge total paraît acceptable pour poser le diagnostic et assurer une surveillance efficace des patients alcoolisés.

7 patients agités, perturbant le bon fonctionnement du service, ont été admis sur appel du médecin en CNH pour un dégrisement au poste de police. Aucun ne présentait de signes de complications. Cela pose un problème éthique et médico-légal sur notre incapacité à gérer correctement l'agitation et la transgression du secret médical.

#### **IV. Limites de la thèse**

Notre critère d'inclusion, même s'il a été voulu le plus exhaustif possible, n'a pas toujours permis le recrutement des patients dont l'IEA n'était pas au premier plan cliniquement et dont ce codage aurait été oublié dans les diagnostics du PMSI car supplantés par un ou plusieurs diagnostics prioritaires.

Malgré le nombre important de patients sur le mois de Mars, la réalisation de notre étude sur un seul mois est discutable. La différence de consultation de patients avec IEA en fonction des mois d'été et des mois d'hiver n'est pas à exclure.

Un certain nombre de biais ont été mis en évidence lors de la discussion et le choix de certains items de recueil est à pondérer. Nous avons voulu nous appuyer au maximum sur les éléments de prise en charge décrits dans la conférence de consensus de 2006 (7).

Un patient alcoolisé comme cela a été démontré peut consulter pour un autre motif associé ou compliquant son IEA. Sa prise en charge globale doit être transversale reposant parfois sur des recommandations spécifiques aux autres pathologies (prise en charge du TC ou de l'agitation aiguë par exemple). La compilation de ces différentes recommandations avec la gestion de l'IEA est parfois complexe. Elle impose des choix de priorité et explique peut-être pour partie que certains des résultats de notre étude diffèrent de la conférence de consensus.

Fort de ces constatations, de cet état des lieux et ayant évoqué une variabilité de prise en charge des patients présentant une IEA dans notre étude, il nous est apparu intéressant de proposer un algorithme, une procédure générale de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë aux urgences du CH de Douai respectant le mieux possible les recommandations en tenant compte des réalités locales.

Celle-ci est décrite dans l'annexe 5.

## CONCLUSION

L'alcool est un réel problème de santé publique et impacte le fonctionnement d'un service d'urgences.

Le comportement et l'importance du nombre d'admissions pour des patients présentant un état d'IEA qu'il soit le motif principal ou secondaire, tendent à banaliser cette pathologie.

C'est une affection à part entière qui peut présenter de nombreuses complications potentiellement graves.

L'actualisation de la Conférence de Consensus de 2006 nous aiguille dans les grandes lignes de cette prise en charge. Certains éléments restent difficiles à appliquer à la réalité du terrain.

Notre étude a permis de mettre en lumière certains points d'amélioration notamment sur la rigueur de l'examen clinique et des prescriptions médicales et de proposer une harmonisation des recommandations et des réalités locales afin d'établir une procédure de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë aux urgences du CH de Douai.

En ce sens, elle correspond bien à la phase initiale descriptive d'une EPP proposant un axe d'amélioration avant une nouvelle étude qui devra se faire sur le même schéma afin de vérifier l'efficacité des mesures mises en place.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OFDT. Drogues et addictions, données essentielles. OFDT; 2013.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool; Deuxième rapport. 2006.
3. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *INVS*. 2013 Mai;BEH(16-17-18):163–8.
4. Yersin B. Conduite à tenir en urgence : de l'ivresse alcoolique au sevrage. Enseignement supérieur Médecins. SFMU; 2003. p. Chap. 3.
5. L'intoxication éthylique aiguë dans le Service d'Accueil et d'Urgence. *Réanimation Urgences*. 1992 Avr;1(4, Part 2):633–9.
6. Busseuil C, Ficarelli A, Lebrin P, Lejonc J, Leuret A, Philippe J, et al. Actualisation 2003 de la seconde Conférence de Consensus 1992 "L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences". Commission de veille scientifique-SFMU; 2003.
7. Bideau C, Charpentier S, Philippe J, Perrier C, Trinh-Duc A, Fougéras O, et al. Actualisation 2006 de la seconde Conférence de Consensus 1992 "L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences". Commission de veille scientifique-SFMU; 2006.
8. Philippe J. Physiopathologie des états d'alcoolisation. Enseignement supérieur Médecins. SFMU; 2003. p. Chap. 1.
9. Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. 2001;23 (4 Suppl.).
10. Chanut F. Dimensions et abus de substance Comment mieux évaluer et traiter les dimensions cognitive, anxieuse et liée à une substance. 2013 Mar 15.
11. Rigaud A. DSM V, maladie unique liée à l'alcool et prévention. SFA; 2013.
12. Philippe J, Sureau C, Ruiz D, Teil S. Intoxication éthylique aiguë. *EMC - Médecine Urgence*. 2011 Jan;6(3):1–16.
13. Lamiable D, Hoizey G, Marty H, Vistelle R. Intoxication aiguë à l'éthanol. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesin16-39215](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesin16-39215) [Internet]. [cited 2014 Jan 20]; Available from: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/23623/resultatrecherche/7](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/23623/resultatrecherche/7)

14. OMS. OMS | Consommation d'alcool: Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé 2014. [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>
15. Alcool [Internet]. [cited 2014 Jan 12]. Available from: <http://www.anpaa.asso.fr/sinformer/addictions-lessentiel-sur/alcool>
16. L'ALCOOLOGIE. ORS NPDC; 2007.
17. Données épidémiologiques sur la consommation d'alcool [Internet]. SFA; 2009 [cited 2014 Jun 12]. Available from: [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/3\\_donneesepidemiologiques\\_sfa2009.pdf?PHPSESSID=f58e1ab73eeaac41abfb985f833ae19a](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/3_donneesepidemiologiques_sfa2009.pdf?PHPSESSID=f58e1ab73eeaac41abfb985f833ae19a)
18. Perrine A-L, Develay A-E. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour®. INVS. 2013 Mai;BEH(16-17-18):195–8.
19. Données disponibles sur les addictions dans la région Nord - Pas-de-Calais. Groupement Régional de Promotion de la Santé NPDC; 2010.
20. Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005 [Internet]. INPES/OFDT; 2005 [cited 2014 Jan 12]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/alcool/index.asp>
21. Lancial N, Lose S. Niveaux d'usage des produits psychoactifs et des pratiques addictives dans le Nord-Pas-de-Calais. OFDT Lille, Cèdre Bleu; 2013.
22. Culture de l'alcool en France: Consommation de vin et promotion - alcoolinfoservice - Alcool Info Service [Internet]. [cited 2014 Jun 12]. Available from: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/culture-alcool-consommation-vin>
23. Fenoglio P, Parel V, Kopp P. LE COUT SOCIAL DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES DROGUES ILLICITES EN FRANCE, 2000. 2006 Mar;
24. Gaussot L. Persée: Portail de revues en sciences humaines et sociales: Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire » [Internet]. 1998 [cited 2014 Jan 12]. Available from: [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan\\_0294-0337\\_1998\\_num\\_16\\_1\\_1416](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1998_num_16_1_1416)
25. Conduites addictives [Internet]. SFA; 2009 [cited 2014 Jun 12]. Available from: [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/2\\_conduitesaddictives\\_sfa2009.pdf?PHPSSESSID=f58e1ab73eeaac41abfb985f833ae19a](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/2_conduitesaddictives_sfa2009.pdf?PHPSSESSID=f58e1ab73eeaac41abfb985f833ae19a)
26. Réglementer la consommation d'alcool - alcoolinfoservice - Alcool Info Service [Internet]. [cited 2014 Jan 12]. Available from: <http://alcool-info-service.fr/alcool/loi/alcool-reglementer-consommation>
27. Sibaï K, Eggiman P. L'acidocétose alcoolique: une cause d'acidose métabolique pas si rare que ça.... Rev Médicale Suisse. 2005 Sep 14;(32).

28. Buscail L, Escourrou J. Pancréatites aiguës et chroniques. 2008.
29. Plinius Secundus C. *Naturalis historia*. Livre XIV Chapitre 22.
30. SFA. Sevrage simple en alcool. *Réf Bonnes Prat Clin*. 2006 Dec;
31. Ewencyk C. Complications neurologiques de l'alcool. EMC. 2010;
32. Louvet A, Mathurin P. Consommation chronique d'alcool et progressions des lésions hépatiques. EMC (Elsevier Masson SAS Paris) Gastroentérologie Clinique et Biologique; 2009.
33. Jehlé E, Honnart D, Grasleguen C, Bouget J, Dejoux C, Lestavel P, et al. Traumatisme crânien léger (score de Glasgow de 13 à 15) : triage, évaluation, examens complémentaires et prise en charge précoce chez le nouveau-né, l'enfant et l'adulte. SFMU; 2012.
34. Clerc D, Yersin B. Intoxication alcoolique aux urgences: dilemmes de prise en charge. Deux situations cliniques fréquentes. *Ann Fr Med Urgence*. 2014;(4):116–23.
35. Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires. Item 309 : Électrocardiogramme [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2011 [cited 2014 Aug 28]. Available from: [http://umvf.univ-nantes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio\\_309/site/html/cours.pdf](http://umvf.univ-nantes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_309/site/html/cours.pdf)
36. Le Gall C, Philippe J, Bu, Carpentier F. Actualisation L'hypertension artérielle au service d'accueil des urgences 2005 [Internet]. 2005 [cited 2014 Aug 28]. Available from: [http://www.sfm.org/documents/consensus/Actualisation\\_HTA.pdf](http://www.sfm.org/documents/consensus/Actualisation_HTA.pdf)
37. Fourcade J, Janbon C. L'hypotension artérielle | Pathologie cardiovasculaire [Internet]. [cited 2014 Aug 28]. Available from: <http://pathologie-cardiovasculaire.etud.univ-montp1.fr/archives-et-documents/semeiologie-cardio-vasculaire/anomalies-de-la-pression-arterielle/lhypotension-arterielle/>
38. Briot R, Brun J, Debaty G, Koch F-X, Torres J-P. Prise en charge d'un malade en hypothermie accidentelle. *Réanimation* [Internet]. Elsevier Masson; 2010 [cited 2014 Aug 28]. p. 607–15. Available from: [http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110805-113918-616/src/htm\\_fullText/fr/1011-Reanimation-Vol19-N7-p607\\_615.pdf](http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110805-113918-616/src/htm_fullText/fr/1011-Reanimation-Vol19-N7-p607_615.pdf)
39. Société Française d'Endocrinologie. Item 206 – Hypoglycémie [Internet]. [cited 2014 Aug 28]. Available from: <http://www.s fendocrino.org/article/390/item-206-ndash-hypoglycemie>
40. Clavier N. Évaluation clinique et paraclinique d'un coma. Conférence d'actualisation. Elsevier SFAR. Paris; 1997;417–28.
41. Bouget J. Les ivresses non alcooliques ou « fausses ivresses. *Réanimation Urgences*. 1992;1(4, Part 2):681–90.
42. Menecier P, Girard A, Badila P, Rotheval L, Lefranc D, Menecier-Ossia L. L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. Étude prospective sur un an en hôpital général. *Rev Médecine Interne*. 2009 Apr;30(4):316–21.

43. Darmedru A. Prise en charge des intoxications éthyliques aiguës au service d'accueil des urgences du Centre hospitalier universitaire de Saint-Denis à la Réunion: étude descriptive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2012.
44. Segard L. Impact de l'intoxication éthylique aiguë au service d'urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
45. D'Onofrio G, Becker B, Woolard RH. The Impact of Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use and Abuse in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*. 2006 Nov;24(4):925–67.
46. Verelst S, Moonen P-J, Desruelles D, Gillet J-B. Emergency department visits due to alcohol intoxication: characteristics of patients and impact on the emergency room. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2012 Aug;47(4):433–8.
47. Chapitre 23: Psychiatrie [Internet]. [cited 2014 Sep 17]. Available from: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/nivA/POLY.Chp.23.6.html>
48. Benyamina A, Bouchez J, Rahioui H, Reynaud M. Urgences psychiatriques en addictologie. *Rev Prat*. 2003;53(11):1201–8.
49. O'Keeffe T, Rhee P, Shafi S, Friese RS, Gentilello LM. Alcohol use increases diagnostic testing, procedures, charges, and the risk of hospital admission: a population-based study of injured patients in the emergency department. *Am J Surg*. 2013 Jul;206(1):16–22.
50. Vitale SG, Mheen DVD, Wiel AVD, Garretsen HFL. Alcohol and Illicit Drug Use Among Emergency Room Patients in the Netherlands. *Alcohol Alcohol*. 2006 Sep 1;41(5):553–9.
51. Soderstrom CA, Cowley RA. A national alcohol and trauma center survey. Missed opportunities, failures of responsibility. *Arch Surg Chic Ill* 1960. 1987 Sep;122(9):1067–71.
52. Gmel G, Kuendig H, Gaume J, Daepfen J-B. Traumatismes dus à l'alcool – une étude aux départements des urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 2007 Sep 5 [cited 2014 Jan 7];(123). Available from: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=32394>
53. Freitas EAM de, Mendes ID, Oliveira LCM de. Alcohol consumption among victims of external causes in a university general hospital. *Rev Saúde Pública*. 2008 Oct;42(5):813–21.
54. Martin N, Newbury-Birch D, Duckett J, Mason H, Shen J, Shevills C, et al. A Retrospective Analysis of the Nature, Extent and Cost of Alcohol-Related Emergency Calls to the Ambulance Service in an English Region. *Alcohol Alcohol*. 2012 Mar 1;47(2):191–7.
55. Calle PA, Damen J, De Paepe P, Monsieurs KG, Buylaert WA. A survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients. *Acta Clin Belg*. 2006 Aug;61(4):188–95.

56. Taylor B, Irving H, Kanteres F, Room R. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend.* 2010;110:108–16.
57. Sperry J, Gentilello L, Minei J. Waiting for the patient to “sober up”: effect of alcohol intoxication on Glasgow Coma Scale score of brain injured patients. *J Trauma.* 2006;61:1305–11.
58. Haydel M, Preston C, Mills T. Indications for computed tomography in patients with minor head injury. *New England Journal of Medicine.* 2000;343:100–5.
59. Stiell I, Wells G, Vandemheen K, Clement C. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet.* 2001;357:1391–6.
60. Guenot M. Hématomes sous-duraux chroniques : de la clinique au traitement. *La Lettre du Neurologue.* 2013 Mar;VII(3).
61. Chazara M. Intoxication éthylique aiguë et intérêt du dosage de l'alcoolémie aux urgences [Thèse d'exercice]. [1970-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de Médecine; 2009.
62. Derogis V, Bourrier P, Douay O, Turcant A, Perroux D. Ethylométrie dans l'air expiré versus éthanolémie : 204 cas dans un service d'accueil et d'urgence. *Presse Médicale.* 24(23):1067–70.
63. Gamella M, Campuzano S, Manso J, Rivera GG de, López-Colino F, Reviejo AJ, et al. A novel non-invasive electrochemical biosensing device for in situ determination of the alcohol content in blood by monitoring ethanol in sweat. *Anal Chim Acta.* 2014 Jan 2;806:1–7.
64. Campagne F. Vitamine B-1 [Internet]. 2000 [cited 2014 Sep 11]. Available from: <http://www.caducee.net/Fiches-techniques/vitamineB-1.asp>
65. Ducreux J, Adnet F, Bernstein S, Brian M, Duval G, Gerbeaux P, et al. Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». *Journal Européen des Urgences.* Paris; 2002;
66. Richoux C, Ferrand I, Casalino E, Fleury B, Ginsburg C, Lejoyeux M. Alcohol use disorders in the emergency ward: choice of the best mode of assessment and identification of at-risk situations. *Int J Emerg Med.* 2011 Dec 1;4(1):1–5.
67. Trinks A, Festin K, Bendtsen P, Nilsen P. What makes emergency department patients reduce their alcohol consumption? – A computer-based intervention study in Sweden. *Int Emerg Nurs.* 2013 Jan;21(1):3–9.
68. Richoux C, Joyeux M. Repérage des conduites alcooliques aux urgences. 2011 Décembre;61:1369–72.
69. D'Onofrio G, Fiellin DA, Pantalon MV, Chawarski MC, Owens PH, Degutis LC, et al. A Brief Intervention Reduces Hazardous and Harmful Drinking in Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med.* 2012 Aug;60(2):181–92.

70. The Impact of Screening, Brief Intervention and Referral for Treatment in Emergency Department Patients' Alcohol Use: A 3-, 6- and 12-month Follow-up. *Alcohol Alcohol*. 2010 Nov 1;45(6):514–9.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Echelle de Cushman

Encadré 1. – Echelle de Cushman.

	0	1	2	3
Pouls*	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique**	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire*	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	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

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

\*\* Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

**Score et intensité**  
 0-7 : minime      8-14 : moyenne      15-21 : sévère

Source : Cushman PJ, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985 ; 9 (2) : 103-108.

## Annexe 2 : Questionnaire DETA (CAGE)

## Questionnaire CAGE/DETA

### Test de dépendance à l'alcool

	oui	non
1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Avez-vous déjà éprouvé le besoin de boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Total</b>		

**FIGURE 1** Interprétation CAGE

1 oui = 50 % de valeur prédictive de dépendance à l'alcool

2 oui = 90 %

4 oui = 99 %

**Interprétation DETA** Score inférieur à 2 oui (au plus : 1 seule réponse positive) : consommation occasionnelle et modérée, la personne peut facilement se passer d'alcool sans que cela n'entraîne aucun malaise.

**Score supérieur ou égal à 2 oui** : consommation excessive, il faut la réduire sans tarder pour ne pas évoluer progressivement vers la maladie alcoolique. La plupart du temps, son entourage proche s'est rendu compte de son état.

## Annexe 3 : Questionnaire AUDIT

Questions	0	1	2	3	4
1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous?	Jamais	1 x/mois ou -	2 à 4 x/mois	2 à 3 x/sem.	4 x ou +/sem.
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 9	10 ou +
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu?	Non		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois
10. Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer?	Non		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois
Score total					

## Annexe 4 : Modèle CNH

### CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL SUR REQUISITION DES FORCES DE L'ORDRE

Je soussigné, ... , Docteur en Médecine, certifie avoir examiné le... à H... une personne de sexe ... prétendant se nommer ... et demeurer ... âgé d'environ ... présenté par ...

L'état de santé de la personne désignée ci-dessus, au moment de l'examen :

1. Est incompatible avec une remise de celle-ci aux Forces de l'Ordre <sup>(1)</sup>
2. N'est pas incompatible avec une remise de celle-ci aux Forces de l'Ordre. La personne désignée ci-dessus est remise aux Forces de l'Ordre sous leur surveillance constante. Toutefois la survenue de modifications inquiétantes de l'aspect de cette personne et notamment d'une détérioration de l'état de conscience doit la faire soumettre immédiatement à un nouvel examen médical<sup>(1)</sup>.
3. Ne peut être évalué en raison du refus d'examen médical exprimé par celle-ci, malgré une information claire et objective<sup>(1)</sup>.

Certificat établi à la demande des Forces de l'Ordre, sur réquisition et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait à...

Le...

*Signature du médecin*

(1) Rayer la mention inutile

## Annexe 5 : Procédure

### Prise en charge de l'IEA aux SAU du CH de Douai

#### IAO

##### Systématique :

Mise en blouse (sauf CNH/Réquisition)

Prise de toutes les constantes : FC, TA, SpO2, T° et glycémie capillaire :

si hypoglycémie vraie <0.5g/l : resucrage 2 ampoules de G30%

si instabilité hémodynamique ou troubles de conscience ou tentative d'autolyse associée: appel du sénior pour orientation

##### Non Systématique :

ECG si palpitations, douleur thoracique, malaise, ou tachycardie >100 battements/min

#### Patient agité : se référer annexe 2

#### Examen médical

#### Patient agité : se référer annexe 2

##### Patient évaluable :

Interrogatoire :

- Ethylisme chronique
- Prise de toxiques concomitante
- Mécanisme si chute ou traumatisme crânien
- Consommation avouée

##### Examen clinique (à rechercher):

Neuro : score de Glasgow, signes de focalisation, existence d'un traumatisme crânien, agitation, maintien des fonctions relationnelles (notion à retrouver en cas de CNH/réquisition), crise convulsive

Auscultation cardio-pulmonaire et signes en faveur d'une inhalation

Point d'appel infectieux si suspicion de sepsis

Douleur abdominale ou ictère

Traumatisme ou point de compressions

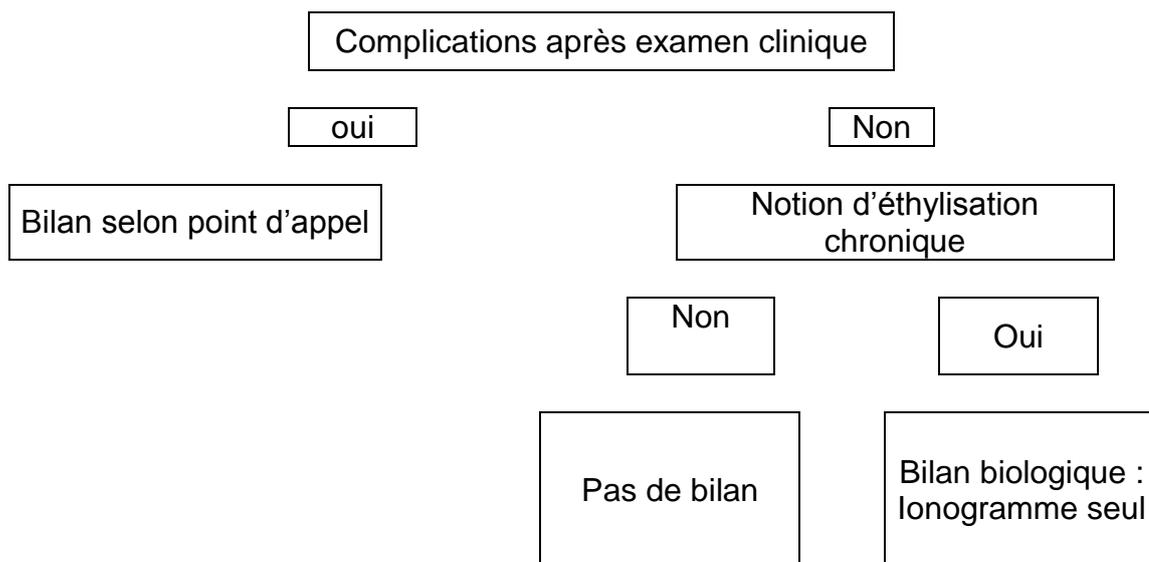
Idées suicidaires

Si signes de sevrage : échelle de Cushman (Annexe 1)

## Examens paracliniques

**Alcoolémie :**

- Si doute diagnostique : OUI
- Si consommation avouée, haleine caractéristique, signes cliniques d'éthylisation (marche pseudo-ébrieuse, voix scandé, désinhibition..), absence de troubles de conscience : NON

**TDM cérébral dans tous les cas si traumatisme crânien****Sauf :**

**En cas d'interrogatoire fiable, de l'absence de troubles de conscience permettant la réalisation de l'algorithme suivant et seulement si la surveillance du patient se fait aux urgences (pas de sortie prématurée) :**

Tableau 2 Facteurs de risque devant faire réaliser un scanner cérébral
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit neurologique focalisé</li> <li>• Amnésie des faits de plus de 30 minutes avant le traumatisme (amnésie rétrograde)</li> <li>• GCS inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme</li> <li>• Perte de conscience ou amnésie des faits associée à               <ul style="list-style-type: none"> <li>– un des mécanismes traumatiques suivants : piéton renversé par un véhicule motorisé, patient éjecté d'un véhicule ou chute d'une hauteur de plus d'un mètre</li> <li>– ou un âge de plus de 65 ans</li> </ul> </li> <li>• Suspicion de fracture ouverte du crâne ou d'embarrure</li> <li>• Tout signe de fracture de la base du crâne (hématypan, ecchymose périorbitaire bilatérale), otorrhée ou rhinorrhée de liquide cébrospinal</li> <li>• Plus d'un épisode de vomissement chez l'adulte</li> <li>• Convulsion post-traumatique</li> <li>• Trouble de la coagulation (traitement AVK, antiagrégant...)</li> </ul>
GCS : Glasgow Coma Score AVK : Antivitamine K

Tableau 3 Facteurs devant faire réaliser le scanner cérébral immédiatement (au maximum dans l'heure suivant sa demande)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit neurologique focalisé</li> <li>• GCS inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme</li> <li>• Suspicion de fracture ouverte du crâne ou d'embarrure</li> <li>• Tout signe de fracture de la base du crâne (hématypan, ecchymose périorbitaire bilatérale), otorrhée ou rhinorrhée de liquide cébrospinal</li> <li>• Plus d'un épisode de vomissement chez l'adulte</li> <li>• Convulsion post-traumatique</li> <li>• Traitement par AVK</li> </ul>
GCS : Glasgow Coma Score AVK : Antivitamine K

## Thérapeutique

Intoxication éthylique aiguë	Non Compliquée ou traumatisme mineur	Compliquée ou vomissements ou Cushman ≥ 15
Voie	Per os	IV
Hydratation	hydratation per os	hydratation IV
BZD en cas de signes de sevrage	Seresta+++ (Valium si risque de comitialité)	Valium+++
Vitaminothérapie	B1 per os (500mg)	B1 IV (500mg)
		Traitements spécifiques des complications
Surveillance	Constantes, signes de sevrage et dextro/3H	Constantes, signes de sevrage et dextro/3H
Hospitalisation	UHCD avec réévaluation et avis alcoologique le lendemain	Service ou UHCD avec réévaluation et avis alcoologique le lendemain
	Possibilité de sortie prématurée si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintien des fonctions relationnelles</li> <li>- Surveillance au moins 3H aux urgences</li> <li>- Disparition des signes d'éthylisation aiguë</li> <li>- Sortie sous la surveillance d'un tiers</li> <li>- Réévaluation écrite dans le dossier</li> <li>- Surveillance TC au domicile notifiée (si TC et TDMc normal)</li> </ul>	

**Annexe 1 : Echelle de Cushman**

Encadré 1. – Echelle de Cushman.

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

\* Critères valables en l'absence de fièvre (température &lt; 38 °C).

\*\* Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

Score et intensité  
0-7 : minime                      8-14 : moyenne                      15-21 : sévère

Source : Cushman PJ, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985 ; 9 (2) : 103-108.

## Annexe 2 : Prise en charge de l'agitation psychomotrice en cas d'IEA(34)

120

Ann. Fr. Med. Urgence (2014) 4:116-123

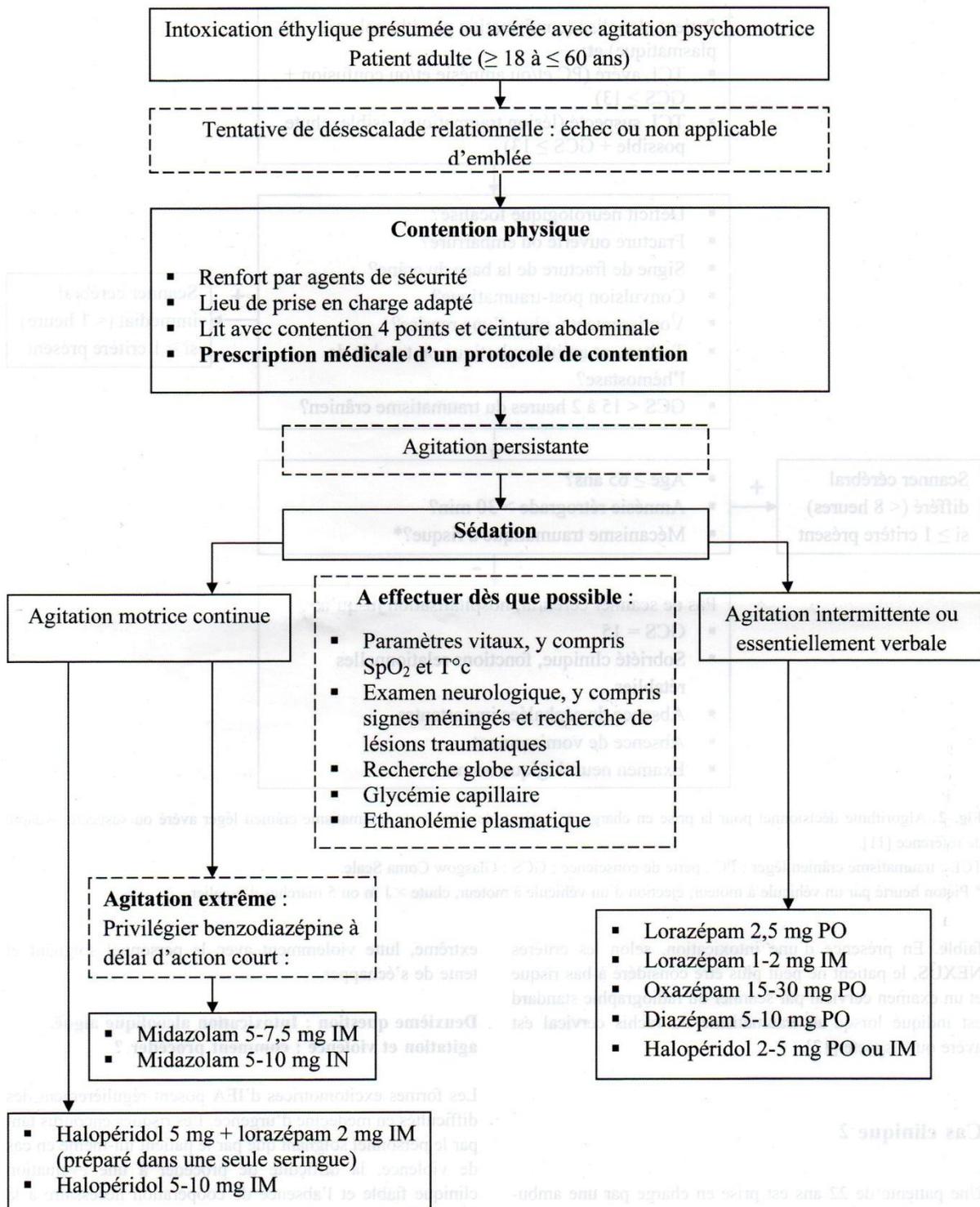


Fig. 3 Protocole de prise en charge de l'agitation liée à une intoxication éthylique.

IM : intramusculaire ; IN : intranasal ; PO : per os

**AUTEUR : COUTURE Adrien**

**Date de Soutenance : 13 Octobre 2014**

**Titre de la Thèse :**

**Prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë  
dans le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Douai**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement : DES de médecine générale – DESC de médecine d'urgences**

**Mots-clés : Intoxication éthylique aiguë, Ivresse, Alcool, Prise en charge, Urgences**

**Contexte :** La prise en charge des patients en état d'intoxication éthylique aiguë (IEA), motif fréquent de recours aux urgences, est décrite dans la conférence de consensus de 2006. Ce travail a pour objectif d'évaluer cette prise en charge dans le service d'accueil des urgences (SAU) d'un centre hospitalier général, d'identifier si elle est conforme aux recommandations et de proposer des axes d'amélioration.

**Méthode :** Etude descriptive, observationnelle, prospective sur un mois. Tous les patients quel que soit leur âge, identifiés par un médecin comme présentant une intoxication éthylique aiguë lors de leur passage aux urgences, ont été inclus.

**Résultats :** 160 patients, soit 2.8% des admissions au SAU ont été inclus. Il manque une mesure des constantes dans 5.6% à 30% des cas selon le paramètre étudié alors même que 11% sont admis directement au SAUV. La recherche clinique des signes de complications est retrouvée complète chez 71.9% des patients. 52.4% des patients traumatisés crâniens ont eu une TDM cérébrale. Un bilan biologique est réalisé chez 30.4% des patients sortant avec le diagnostic d'IEA non compliquée. La prévention du syndrome de sevrage est prescrite pour 65.6% des patients alcooliques chroniques et la vitaminothérapie pour 60.7% d'entre eux. Il s'agit à 91.7% de l'association B1/B6. 46.3% des patients bénéficient d'un avis spécialisé d'alcoologie et 18.1% d'une consultation psychiatrique. La suite de la prise en charge se fait en UHCD chez 59.4% des patients. 13.8% des patients vont rester hospitalisés au décours de leur passage aux urgences.

**Conclusion :** On observe une variabilité de prise en charge des patients en état d'IEA, différant des recommandations. La connaissance des données de la littérature sur le sujet, adaptée aux réalités locales, nous a permis de proposer une procédure afin d'harmoniser la prise en charge.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Eric Wiel

**Asseseurs :** Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Olivier Tilak

