

ACTUALISATION 2006 DE LA SECONDE CONFÉRENCE DE CONSENSUS 1992 "L'IVRESSE ÉTHYLIQUE AIGÛE DANS LES SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES".

Sureau C, Charpentier S, Philippe JM, C Perrier, Trinh-Duc A, Fougeras O, Charpentier S, Raphaelle V, Miranda J, Le Gall C.

1. INTRODUCTION

L'ivresse éthylique aigüe demeure un motif fréquent de recours aux structures d'urgence. En 1992, la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) a élaboré une conférence de consensus sur la prise en charge de l'ivresse éthylique aigüe dans les services d'accueil d'Urgence. L'actualisation présentée ci-après intègre l'état actuel des connaissances dans ce domaine. La lecture de ce texte ne se conçoit qu'en parallèle avec le texte du consensus de 1992 et de l'actualisation de 2003. L'actualisation est présentée en reprenant les questions du consensus de 1992. Le rappel des recommandations de 1992 ou de 2003 est en italique, l'actualisation de 2006 en caractères droits.

2. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

2.1.Documentation consultée

Recherche automatisée sur la période 2000-2005 avec interrogation de plusieurs banques de données. MEDLINE®, PASCAL®, Cochrane Database, BDSP, Articles@INIST et Toxibase

Recherche manuelle sur la période de 2000 à 2005 par le dépouillement de sommaires de revues :

- Revues générales : British Medical Journal, Concours Médical, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Prescrire, Presse Médicale, Revue du Praticien, Revue du Praticien MG
- Revues spécialisées : Alcohol and alcoholism, Alcoologie et addictologie, Addiction, EMJ, Intensive Care Med, BEH, Critical Care medicine, JEUR, Alcohol resarch and health, Alcoholism, Clinical and experimental research

Consultation des sites internet suivants : Site de la société française d'alcoologie, site du NIAAA (<http://www.niaaa.nih.gov>), www.sciencedirect.com.

Recherche de la "littérature grise" par utilisation d'outils documentaires de type répertoires de recommandations pour la pratique clinique ou répertoires d'organismes dans le domaine de la santé,

2.2. Mots clés

Les mots clés initiaux : Alcohol abuse OU Acute alcohol intoxication OU Drunkenness OU Binge drink* OU Acute alcoholic intoxication OU Acute ethanol intoxication OU Ethanol measurement OU Ethanol concentration ont été associés à : Diagnosis OU Emergenc* OU Classification OU Blood OU Breath

3. ENQUÊTE PRÉALABLE

Pour connaître l'appropriation des recommandations de la conférence de consensus de 1992, un questionnaire a été élaboré. Il a été diffusé sur la liste de diffusion de la SFMU. 298 réponses ont été exploitées. La conférence de consensus est connue de 65% des urgentistes alors que son actualisation de 2003 l'est dans 33% des cas. À la question provocatrice : "IEA est il un patient ?", 95% répondent qu'il a sa place aux urgences.

L'identification de l'IEA par les urgentistes est basée dans 50% des cas sur le dosage de l'alcoolémie. L'impression clinique des médecins interrogés n'a apparemment pas gagné en spécificité, le critère toxicologique garde toute son importance. Le dosage de l'alcoolémie semble réalisé dans un but "éducatif" ou en vue de l'entretien psychiatrique. Lorsqu'une alcoolémie est demandée, elle est associée à un ionogramme dans 66% des cas, et systématiquement avec une glycémie. Les "marqueurs" de l'alcoolisation chronique (VGM, ASAT, ALAT, γ GT), sont quant à eux effectués dans 33% des cas.

La surveillance de l'IEA est réalisée dans 50% des cas à l'hôpital ce qui est en augmentation par rapport à l'enquête précédente où 74% des IEA n'étaient pas hospitalisés systématiquement. Cette surveillance est pour 60% réalisée à l'UHCD ou en salle d'urgence. En accord avec le consensus, elle est principalement réalisée sur des critères cliniques. Par contre il n'existe des "procédures de service" que dans 20% des cas. L'entretien psychiatrique qui devrait idéalement être réalisé avant la sortie du patient ne l'est pas dans 75% des cas. Les critères d'évaluations du mésusage de l'alcool sont très peu connus : l'intervention brève dans 5%, le questionnaire DETA-CAGE dans 2% et l'entretien non formalisé dans 12%.

Les critères de sortie sont essentiellement cliniques, un dosage biologique de contrôle n'est demandé que dans 16% des cas. Quant au problème de l'ivresse publique manifeste (IPM), il reste d'actualité pour 80% des réponses. Il n'existe une procédure de service que dans 1/3 des cas, et seulement 25% des services demandent une réquisition nominative.

4. EPIDÉMIOLOGIE

4.1.Aspects généraux

L'intoxication éthylique aiguë constitue un mésusage de l'alcool. Après "dégrisement", il convient de déterminer systématiquement le type de consommation, de rechercher des facteurs aggravants et d'engager une démarche thérapeutique adaptée [3].

L'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée en France [4]. D'après le Baromètre santé 2000, seulement 2,8% des 15-75 ans déclaraient n'avoir jamais bu aucune boisson alcoolisée [5].

En 2000, le nombre de séjours hospitaliers pour ivresse alcoolique s'est élevé à 54233 et celui pour alcool-dépendance à 40017 [6].

Deux études anglaises ont retrouvé que 29% des entrées dans les services d'urgences concernaient un problème d'alcool [7] et une étude finlandaise menée en 2000, montre que 28% des patients admis pour un traumatisme avaient une éthylométrie positive [8].

Dans les services d'urgence, l'IEA est souvent associée à une autre symptomatologie : traumatismes (5 à 50%), pathologies médicales (4 à 7%), affections psychiatriques (30%), tentatives de suicide (50 à 75%) et violences (15 à 25%) [9].

Les résultats d'une étude espagnole prospective multicentrique concernant les patients souffrant d'une intoxication aiguë, confirment l'intérêt de rechercher le motif de l'IEA (26,3% des cas étaient une intoxication éthylique volontaire), les antécédents du patient (20% des patients avaient déjà fait une tentative d'autolyse éthylique) et l'association à la prise d'autres substances psychoactives [10].

Alors que 90% des sujets arrivant aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë ont une consommation pathologique d'alcool (abus ou dépendance), une prise en charge n'est proposée qu'à 2% d'entre eux [11].

4.2.Aspects spécifiques aux adolescents

L'alcool est, avec le tabac, la substance la plus fréquemment expérimentée entre 12 et 18 ans. Chez les jeunes de 17-18 ans, l'enquête ESCAPAD 2003 de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies révèle que l'alcool est le produit psychoactif le plus consommé par cette classe d'âge. Chez ces jeunes, les niveaux d'expérimentation de l'alcool sont stabilisés à un niveau très élevé. Toutefois, l'usage régulier d'alcool est en hausse. En 2000, 16 % des garçons de 17 ans avaient consommé de l'alcool au moins dix fois au cours des 30 jours précédents l'enquête; en 2003, ce taux s'élève à 21,2 %. Cette tendance à la hausse est identique chez les filles (5,5 % en 2000 vs 7,5 % en 2003) [12].

L'association alcool et tentative de suicide est de l'ordre de 20 à 30%. Plus de 50% des alcoolisations chroniques débutent avant l'âge de 20 ans [13].

Dans une étude australienne de 2000 réalisée auprès de patients âgés de 10 à 18 ans qui se sont présentés avec une symptomatologie d'IEA dans 5 services d'urgences de

Sydney, 82% des consultations ont eu lieu le week-end ou entre 17h et 9h. 23% de ces patients avaient moins de 15 ans [14].

En 2000, le nombre de séjours hospitaliers pour IEA s'est élevé à 54233, parmi eux 681 séjours pour intoxication aiguë et 32 pour alcoolisme chronique ont concerné des adolescents de moins de 15 ans (source PMSI 2000); même si ces derniers chiffres ne représentent qu'un pourcentage infime (respectivement 1,26 et 0,08%) des séjours pour ces motifs, ils authentifient la précocité des conduites addictives à l'alcool [6].

5. ACTUALISATION DES QUESTIONS DE LA CONFÉRENCE DE CONSENSUS

5.1. Question 1 : Quels sont les critères cliniques et paracliniques permettant de retenir le diagnostic d'IEA ?

En 1992, le jury de la seconde conférence de consensus avait indiqué que le diagnostic d'IEA est le plus souvent le résultat d'un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques, qui permettent aussi d'en apprécier la gravité. La corrélation entre l'alcoolémie, les signes cliniques et la gravité est médiocre.

Des précisions plus récentes confirment ces données. Les manifestations liées à l'état alcoolique sont dépendantes de nombreux facteurs : congénitaux (susceptibilité génétique, sexe), acquis (âge, poids et composition corporelle, pathologies associées, chronicité de la consommation d'alcool, prise concomitante d'autres substances psychoactives) et caractéristiques de la prise d'alcool (type d'alcool, dose d'alcool ingérée, rapidité d'ingestion, température de la boisson, ingestion simultanée de nourriture) [15]. C'est la raison pour laquelle il n'existe pas de corrélation fiable entre les signes cliniques observés et les taux d'alcool [16,17,18,19]. Les nombreux tableaux de correspondance entre état clinique et alcoolémie proposés dans la littérature ne sont donc pas fiables en pratique clinique courante.

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.

Ces recommandations restent valables et les diagnostics différentiels de l'IEA à évoquer systématiquement devant des troubles de vigilance restent les mêmes qu'en 1992 et 2003.

En 1992, 3 formes cliniques avaient été définies : IEA isolée, non compliquée (logorrhée, incoordination motrice, conjonctives injectées et odeur caractéristique de l'haléine) IEA avec agitation psychomotrice et IEA avec troubles de la vigilance. En 2003, une classification de psychiatres alcoolologues est venue compléter la précédente : IEA simple

Commission de veille scientifique - Société Française de Médecine d'Urgence.

avec 3 phases distinctes (excitation psychomotrice avec désinhibition et euphorie, incoordination avec trouble de la vigilance, coma) et IEA pathologique (tableau clinique prolongé marqué par une dangerosité potentiellement majeure).

La classification binaire IEA simple et pathologique est toujours retrouvée dans la littérature mais certains auteurs complètent la définition des IEA simples en précisant que l'ivresse comateuse se entend par un état léthargique plus ou moins profond assurant une hypo-réflexie tendineuse, une hypoesthésie et une incontinence urinaire [11]. Ces mêmes auteurs différencient plusieurs types d'ivresses pathologiques [11] :

- Les ivresses excito-motrices sont 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.
- Les ivresses délirantes maniaques sont marquées par l'euphorie, les idées de grandeur, de toute puissance. Le discours est familier.
- Les ivresses dépressives : parmi les causes de décès chez les patients alcooliques, le suicide est retrouvé dans 5 à 25% des cas.
- Les ivresses délirantes avec des thèmes de persécution, de jalousie et d'autodépréciation.
- L'ivresse hallucinatoire est essentiellement visuelle, avec principalement des hallucinations visuelles terrifiantes, allant de distorsions cauchemardesques de la réalité à un véritable état hallucinatoire. Le diagnostic différentiel est le delirium tremens.

En 1992, les méthodes de références pour quantifier directement l'imprégnation éthylique étaient l'éthanolémie (mesure de l'éthanol sanguin) et l'éthylométrie (mesure de l'éthanol expiré). Le jury ne considérait pas indispensable la mesure de taux d'éthanol pour le diagnostic d'IEA isolée et non compliquée. Elle était recommandée dans les autres cas. A défaut de ces mesures directes, le jury soulignait l'intérêt d'une mesure indirecte : calcul de la différence entre osmolarité mesurée et osmolarité calculée. Les autres mesures directes n'étaient pas présentées dans la conférence de consensus.

La mesure de l'alcoolémie reste le "gold standard" pour estimer l'imprégnation éthylique au niveau cérébral chez un patient vivant. Yersin recommande de la doser systématiquement pour affirmer le diagnostic d'IEA [9]. En 2001, l'ANAES encourageait la mesure de la concentration d'éthanol dans le sang ou dans l'air expiré pour objectiver l'IEA. Compte tenu des difficultés d'une mesure systématique en pratique, les auteurs recommandaient une mesure en cas de doute diagnostique [20]. Même si les concentrations d'alcool artérielles sont supérieures aux

concentrations veineuses lors de la phase d'absorption et qu'elles correspondent mieux aux effets sur le système nerveux central, en pratique quotidienne, la ponction veineuse est plus accessible et moins douloureuse. Pour des raisons de coût, la détermination de l'éthanolémie en milieu hospitalier est réalisée par des méthodes enzymatiques automatisées. La méthode de référence reste la chromatographie en phase gazeuse, elle est classiquement utilisée en médecine légale. Cette méthode est plus spécifique, son pouvoir discriminant permet d'identifier et de doser simultanément le méthanol, l'éthanol, l'acétone, le 2-propanol, l'éthylène glycol [19]. Pour être fiable, la mesure de l'éthylométrie doit être réalisée pendant une expiration profonde pour obtenir dans l'air une quantité d'alcool en équilibre avec l'éthanolémie. Dans le cas contraire, l'éthylométrie minore l'éthanolémie. L'hypothermie et les pathologies affectant les échanges alvéolocapillaires (asthme, emphysème,...) mésestiment les taux d'alcool mesurés dans l'air expiré. Malgré ces réserves, l'éthylométrie associe rapidité et fiabilité.

La concentration en alcool dans les urines n'est pas corrélée de façon régulière à l'alcoolémie. Sa mesure n'est pas recommandée dans les IEA. Les techniques de mesure de l'alcool dans la salive ont donné des résultats encourageants (coût/fiabilité), mais des travaux doivent être menés avant de les utiliser en pratique courante. Les tests transcutanés n'ont pas d'intérêt en l'état actuel des connaissances dans les états d'alcoolisation aiguë. Les nombreuses équations existantes pour estimer de façon prospective ou rétrospective le taux d'alcool dans le sang donnent des résultats trop approximatifs pour être utilisées en pratique [21,22]. Une étude française sur des volontaires sains a retrouvé que l'ingestion d'une solution aqueuse concentrée de citrate et de fructose commercialisée entraîne une baisse significative de l'alcool dans l'air expiré et diminue la concentration maximale (Cmax) [23]. Le dosage des métabolites de l'éthanol n'a pas d'intérêt en l'état actuel des connaissances dans le diagnostic des états d'alcoolisations aiguës [22,24].

5.2.Question 2 : Quels sont les critères de gravité d'une IEA ? A qui pratiquer des examens complémentaires ? Lesquels ? Dans quels buts ?

En 1992, le jury de la conférence de consensus présentait 4 facteurs de gravité potentielle à l'IEA :

- *Gravité secondaire à l'intoxication : coma, manifestations excitomotrices, délires, hallucinations.*
- *IEA compliquée : inhalation, crise convulsive, hypothermie, troubles du rythme supraventriculaires, hypoglycémie, acidocétose, gastrite, syndrome de Mallory-Weiss, hépatite alcoolique aiguë.*

Commission de veille scientifique - Société Française de Médecine d'Urgence.

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

La réactualisation de 2003 rapportait 2 autres complications potentielles que sont l'accident vasculaire cérébral ischémique et la rhabdomyolyse.

Dans la littérature, la consommation d'alcool est un facteur de risque de suicide. Devant toute IEA, le praticien doit rechercher les "motivations" du patient qui l'ont amenées à consommer de l'alcool. En présence d'une IEA, il est impératif de reconnaître sa gravité, actuelle ou potentielle [20]. Plusieurs publications récentes confirment que la gravité est liée à l'intoxication elle-même, aux complications (inhalation, crise convulsive, hypoglycémie, acidocétose, hépatite aiguë, rhabdomyolyse) et à un état pathologique associé (traumatisme crânien, intoxication associée, infection,...) [11,19,25]. D'autres publications font mention de précisions qui n'étaient pas citées en 1992 et 2003 et qui nous semblent nécessaire d'intégrer. L'hypoglycémie induite par une intoxication aiguë à l'éthanol est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Elle n'est pas corrélée avec la dose d'éthanol ingérée. Elle peut également survenir en situation de "post-ivresse" et justifie sa recherche systématique dans tous les cas d'IEA [19]. Une consommation aiguë d'éthanol provoque une diminution de la contractibilité du myocarde et engendre une vasodilatation périphérique responsable d'une baisse modérée de la pression sanguine, compensée par une augmentation de la fréquence et du débit cardiaque. Ces effets ont classiquement peu de répercussions cliniques mais les patients avec pathologies cardiaques peuvent être symptomatiques. Des allongements des espaces PR et QTc à l'électrocardiogramme sont également possibles [26]. Ils peuvent se compliquer en arythmies auriculaires, ventriculaires ou tachycardie paroxystique, même chez les patients indemnes de toute pathologie cardiaque, ce syndrome est appelé "holiday heart" [19,27,28]. Une équipe autrichienne a réalisé une étude prospective pour évaluer les troubles hydro-électrolytiques retrouvés lors d'IEA. Dans 41% des cas, les patients présentaient une hypernatrémie modérée, en rapport avec une déshydratation hyperosmolaire, et dans 21% des cas une hyperchlorémie [29]. Une hyponatrémie peut être observée lors d'intoxication éthylique aiguë à la bière [19].

Pendant les 2 dernières décennies, la typologie de la consommation aiguë d'alcool a évolué. L'intoxication type "binge drinking" qui peut être traduit par "alcoolo-défonce" est devenue de plus en plus fréquente dans toutes les tranches d'âge. Elle 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. Cette entité est devenue très étudiée dans la littérature récente. Nous pensons que cette réactualisation devait intégrer cette évolution. Le "binge

Commission de veille scientifique - Société Française de Médecine d'Urgence.

drinking" est clairement une conduite addictive à haut risque, notamment sur le plan traumatologique (accident de la voie publique, rixe,..) et sur le plan social (désinhibition avec majoration de l'agressivité et des comportements violents) [30].

Depuis longtemps, la prise d'alcool est connue comme modifiant les capacités de jugement et le comportement des conducteurs (casque, ceinture de sécurité). Une étude prospective italienne portant sur des patients de plus de 14 ans consultant après un accident de la voie publique rappelle qu'une alcoolémie supérieure ou égale à 0,5 g/l est un facteur de risque de traumatisme, mais également de gravité du traumatisme. Une alcoolémie positive serait aussi un facteur de risque de méconnaître certains traumatismes lors de l'examen initial [31,32]. Une étude slovène a retrouvé une alcoolémie positive dans 69% des suicides par armes à feu et dans 56% des suicides par intoxications [33].

Aucun examen complémentaire systématique ou obligatoire n'était mentionné dans le cadre d'une IEA. Leur prescription est guidée par le contexte et les données cliniques.

Les examens complémentaires sont dictés par les données de l'examen clinique. La réalisation des marqueurs biologiques de l'intoxication éthylique n'est pas recommandée aux urgences. Lorsqu'une prise en charge alcoolologique est effectivement débutée ou envisagée, ils peuvent aider le médecin à objectiver les difficultés du patient avec l'alcool et ses conséquences [13,20].

Dans cette nouvelle actualisation, il nous a paru nécessaire de mettre en exergue les aspects propres à l'adolescent qui n'étaient pas traités spécifiquement dans la conférence de consensus de 1992 et dans l'actualisation de 2003. Le diagnostic et les risques somatiques de l'IEA chez l'adolescent sont identiques à ceux de l'adulte [13]. Pour Woolfenden et al, les enfants et adolescents qui se présentent aux urgences pour l'IEA ne sont que la "partie visible de l'iceberg" schématisant la consommation d'alcool chez les jeunes. Autrement dit, nombreux sont les adolescents qui consomment l'alcool de façon festive et "initiatique". Dans leur étude, lors du triage, 6% des adolescents étaient jugés en urgence absolue, 16% étaient à examiner dans les 15 minutes et 43% dans la demi-heure suivant l'arrivée, 13% des patients avaient subi une agression verbale ou physique [14]. Chez les enfants et adolescents se présentant avec une IEA, les facteurs de risque de consommation pathologique d'alcool (abus ou dépendance) et de suicide doivent être recherchés : tentative de suicide, maltraitance et abus sexuel, antécédents familiaux de troubles psychiatriques et/ou abus de substances psychoactives [14]. L'association IEA et intoxication par d'autres substances psychoactives doit être systématiquement recherchée. Une étude prospective multicentrique française réalisée entre avril 2001 et avril 2002 a porté sur l'IEA comme

motif de consultation aux urgences associée avec une alcoolémie positive chez 67 patients mineurs de plus de 12 ans. Une conduite à risque était retrouvée chez 65% des patients toutes causes confondues : 9,5% dans les tentatives de suicide, 17,5% dans les fugues 12,7% dans les accidents de la voie publique et 44% associaient un tabagisme actif. La notion d'alcoolisme parental était retrouvée dans 25% des cas. Les problèmes sociaux et les violences familiales étaient mis en évidence dans respectivement 23,8% et 17,5% des adolescents concernés. L'adolescent était seul lors de la consommation d'alcool dans près d'un tiers des cas. Le but de la gestion d'alcool était initiatique chez 49,2% des adolescents, récréatif dans 28% des cas, réactionnel pour 24%, habituel pour 8% et suicidaire dans 8% des situations rencontrées. L'IEA était associée à la prise de cannabis dans 11% des cas ou à une intoxication médicamenteuse pour 4,8%. L'alcoolémie moyenne était de 1,68 g/l. La symptomatologie clinique était dominée par des troubles neurologiques : 39,7% (sommolence : 15,9% ; agitation : 14,3% ; coma : 9,5%) et métaboliques : 17,5% (hypoglycémie : 4,8% ; hypothermie : 16%). Des lésions traumatiques secondaires étaient retrouvées dans 9,5% des cas dont un cas de pneumothorax. Deux cas soit 3,2% de sévices sexuels au décours de l'IEA ont été rapportés. Les adolescents ont également répondu à une adaptation française de l'Adolescent Alcohol Involvement Scale. Trente six pour cent des adolescents étaient classés "abuseurs d'alcool" et 4% d'entre-eux "dépendants de l'alcool". Les auteurs concluent que l'incidence de l'IEA chez l'adolescent aux urgences est faible mais l'IEA est associée à une morbidité élevée [34]. La consultation aux urgences est déjà à elle seule un facteur de gravité et doit inciter à proposer une prise en charge systématique comparable à celles des tentatives de suicide de l'adolescent [20]. Une étude américaine a été menée auprès des 12-20 ans consultant dans 2 services d'urgences. Les auteurs rapportent que les adolescents admis pour agression et actes autoagressifs avaient plus souvent une éthylométrie positive comparativement aux adolescents consultants pour une pathologie médicale ou d'autres traumatismes (35, 29, 2, 16% respectivement). Les patients qui étaient admis pour agression ou IEA étaient préférentiellement ceux identifiés comme ayant une alcoolisation problématique d'après les résultats au questionnaire AUDIT (71 et 58%) [35].

5.3.Question 3 : Quelle stratégie de surveillance y compris infirmières et d'hospitalisation adaptée (en référence aux capacités du patient, au cadre médico-légal, aux structures d'accueil)

La conférence de 1992 précisait : doivent être hospitalisées en milieu spécialisé, les IEA comateuses, avec pneumopathies d'inhalation, crises convulsives itératives (ou état de mal épileptique), le traumatisé crânien et l'enfant.

Commission de veille scientifique - Société Française de Médecine d'Urgence.

Pour toutes les autres IEA, la structure d'hospitalisation la plus adaptée est l'unité d'hospitalisation de courte durée de la structure d'accueil des urgences et, à défaut la structure d'Accueil.

La surveillance des patients alcoolisés a peu évolué depuis la révision de la conférence de consensus. Elle se fera au mieux dans l'unité d'hospitalisation de courte durée. Des signes de gravité avec détresse vitale orientent le patient vers une structure de surveillance type réanimation [9].

La surveillance aura pour objectif le dépistage précoce de tout signe de gravité et la prévention des sorties prématurées. Elle sera horaire jusqu'au rétablissement des fonctions relationnelles.

Des auteurs insistent sur la nécessité d'un examen complet et une surveillance attentive d'autant que le patient a été victime d'un accident de la voie publique. Les lésions retrouvées chez les patients accidentés alcoolisés sont souvent plus graves et méconnues [32]. La surveillance doit être horaire, médicale et paramédicale, consignée par écrit jusqu'au rétablissement des fonctions supérieures. Cette surveillance sera particulièrement attentive chez le patient diabétique ou dénutri où un contrôle glycémique sera réalisé toutes les 2 heures [13]. Il en est de même chez les patients ayant consommé des substances psychoactives, l'alcool pouvant majorer l'effet individuel de chaque substance.

La surveillance sera également accrue chez les patients gastrectomisés, les alcooliques chroniques et les alcooliques en cours de sevrage [36].

Un état d'agitation peut nécessiter une contention physique qui sera réalisée suivant les règles préconisées par la conférence de consensus sur l'agitation en urgences [37]. L'utilisation d'une contention chimique et l'utilisation de médicaments sédatifs doit accroître la surveillance du fait du risque de potentialisation de l'effet sédatif [9].

Le refus de soins et les conséquences médico-légales ont été largement décrits dans la révision de la conférence de consensus de 2003. Elle précisait que : *la notion de "mise en observation sans consentement" considérant que toute intoxication éthylique peut se compliquer et présenter un risque non négligeable d'évolution péjorative pour le patient et que, d'autre part, l'état d'imprégnation alcoolique ôte au sujet son libre arbitre, sa capacité à consentir ou à ne pas consentir, alors on se doit d'agir. Il y a nécessité thérapeutique en référence à l'article 16-3 du Code Civil et l'état du patient rend "nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir".*

Commission de veille scientifique - Société Française de Médecine d'Urgence.

La sortie contre avis médicale n'est donc pas possible [38]. L'hospitalisation sous contrainte ne semble toutefois pas licite d'emblée et l'isolement du patient se fera jusqu'à l'amélioration des troubles [39]

En 1992, la conférence de consensus précise que, la sortie du patient se fait sur prescription médicale, dans l'idéal, avec l'entourage, après examen clinique et entretien psychiatrique et après avoir contre-indiqué la conduite automobile. Pour toute demande de sortie prématurée ou pour tout patient amené par la police, la sortie ne sera prononcée que si le maintien de la permanence des fonctions relationnelles est assurée, condition nécessaire pour le confier à un tiers non médical. Si le patient apparaît dangereux pour lui-même ou son entourage, l'obtention du consentement n'est pas valide et sera assimilée à une fugue, si le maintien à l'hôpital ne peut être obtenu.

La sortie du patient sera envisagée après rétablissement des fonctions relationnelles et disparition des signes d'alcoolisation aiguë. Parfois une alcoolémie peut être nécessaire essentiellement dans un but médicolegal ou dans le cadre de la prise en charge alcoolologique ultérieure [9].

Pour les patients amenés par la police, la conférence de 1992 faisait la distinction entre plusieurs cas :

- *le patient est prévenu, examiné sur réquisition. S'il n'existe pas de signe de gravité et que la surveillance par un tiers non médical paraît possible, il sera rendu aux forces de police. Le critère minimal de surveillance est le maintien de la permanence des fonctions relationnelles.*
- *Le patient est adressé pour un certificat de non admission ; il ne pourra quitter le service qu'après s'être assuré de la permanence des fonctions relationnelles et dans la mesure où aucune thérapeutique sédatrice n'aura été administrée. Dans tous les autres cas, le patient doit être gardé sous surveillance médicale et paramédicale.*

La révision de 2003 reprenait la problématique de la rédaction du certificat pour "ivresse publique manifeste".

Les Forces de l'Ordre peuvent demander un certificat de non hospitalisation ou requérir l'urgentiste pour une alcoolémie. 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 ou dans un lieu public doit être conduit dans les locaux de la police ou des brigades de gendarmerie (code des débits de boisson et des mesures contre l'alcoolisme – article L.76), mais après avoir bénéficié d'un examen médical à

l'hôpital. Le médecin doit remettre un "bulletin ou certificat de non-admission". Ce certificat ne délie pas du secret médical. Il ne doit comporter aucune information d'ordre médicale. Cette circulaire s'oppose à l'article L.1111-4 de la Loi du 4 Mars 2002 qui stipule que : "Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment [40]. Par ailleurs, "Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté". Enfin, "le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables". L'examen médical d'une personne présumée en état d'ivresse doit donc se faire sur réquisition, car il est pratiqué à la demande de la police et non de l'intéressé. Cet examen se fera selon les dispositions des articles 60 ou 64 du code de procédure pénale : "S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, l'officier de police judiciaire a recours à toute personne qualifiée". Le recours systématique à une réquisition pour l'examen des personnes en IPM est conforté par un arrêt du Conseil d'Etat dans sa séance du 2 octobre 2002 [41]. Cet arrêt précise que : "Considérant qu'aux termes de l'article L. 76 dudit code : une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de sûreté, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle y ait recouvré raison; que lorsque l'autorité administrative décide, à l'occasion de l'application de ces dispositions, de requérir un médecin aux fins d'examiner l'intéressé, l'intervention du praticien se rattache à la mission de préservation de l'ordre public en vue de laquelle elles ont été prises; que, par suite, le règlement des honoraires du médecin ainsi appelé incombe à l'administration". Le certificat de non hospitalisation de l'IPM doit être parfaitement libellé un modèle est proposé en Annexe n°1. Il est impératif de rédiger aussi une observation médicale consignant l'examen clinique en particulier les lésions traumatiques et les éventuels examens complémentaires réalisés.

5.4.Question 4 Conduite à tenir thérapeutique par le médecin urgentiste et l'infirmière

La conférence de 1992 spécifiait que pour l'IEA isolée non compliquée, son évolution est marquée par la régression spontanée des signes en 3 à 6 heures. Aucune thérapeutique

Commission de veille scientifique - Société Française de Médecine d'Urgence.

n'est utile. Les soins infirmiers sont essentiels : hygiène, hydratation, confort, dialogue rassurant.

Il n'y a pas de modification de la conférence de 1992 quant à l'IEA grave pour laquelle la prise en charge est d'abord symptomatique, en particulier pour assurer une oxygénation adéquate. Pendant la phase divresse, une hydratation doit être réalisée sans qu'une voie veineuse soit obligatoire [9,13]. L'administration de thiamine (vitamine B1) est systématique par voie orale pour certains auteurs pour prévenir le Gayet Wernicke [9].

Pour l'IEA avec agitation psychomotrice, il était conseillé une sédation verbale et en cas d'échec un recours aux benzodiazépines (Clorazépate per os : 50 à 100 mg) et à un neuroleptique le Dropréridol. Si une contention physique a été nécessaire, elle doit être levée dès l'obtention de la sédation médicamenteuse. La révision de la conférence de 2003 ne recommande plus le Dropréridol et précise la place prépondérante des benzodiazépines pouvant être associées à l'Halopéridol.

En cas d'agitation, la littérature préconise comme médicament de la sédation, une benzodiazépine comme le Diazepam ou le Clorazépate par voie intra veineuse. Récemment l'administration intranasale de Midazolam a été décrite [42]. Les neuroleptiques de type halopéridol peuvent être utilisés en dernier recours en cas d'agitation majeure mais doivent être utilisés avec prudence en raison d'un risque de iatrogénie majorée par l'alcoolisation [13].

L'ivresse aiguë prise en charge dans un service d'urgences ne doit pas être banalisée car elle témoigne d'un mésusage voire d'une alcoolodépendance [13,20]. Après dégrisement, une évaluation de la consommation d'alcool doit être réalisée. L'équipe soignante doit avoir reçu une formation au préalable afin de diagnostiquer un mésusage, de rechercher des éventuelles complications ainsi qu'une alcoolodépendance [20]. La prise en charge alcoolologique aux urgences permet d'améliorer la connaissance et les pratiques de l'équipe soignante [43,44] et semble diminuer les ré-hospitalisations [45,46]. Cette évaluation est essentielle et doit être réalisée au mieux à l'UHCD par le médecin urgentiste ou par tout personnel soignant formé.

Dans la conférence de 1992, l'utilisation de questionnaires étaient déjà évoquée avec nécessité d'une évaluation. La prise en charge doit être définie préalablement avec les psychiatres. Son objectif est de proposer au patient s'inscrire dans une filière de soins, reposant sur le médecin responsable du centre d'alcoolologie le plus proche de son domicile. La révision de la conférence de 2003 reprenait sans les décrire la nécessité de l'intervention ultrabrève et l'utilisation des questionnaires DETA ou CAGE.

Outre la détection du mésusage de l'alcool ou l'alcoolodépendance, l'évaluation permet d'éclairer le patient sur sa consommation, de l'informer sur les risques éventuels et enfin de l'orienter. Il sera recherché des facteurs aggravants, de morbidité. Une évaluation sociale sera proposée au patient. La recommandation pour la pratique clinique (RPC) de 2003 concernant les orientations diagnostiques et la prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë des patients admis aux urgences des établissements de soins a permis de synthétiser ces différentes étapes [20]. La détection et le diagnostic d'un mésusage doit se faire par l'appréciation de la consommation d'alcool selon les critères définis par l'IOMS et d'éventuelles substances associées. Seul le questionnaire DETA a été validé aux urgences pour détecter un mésusage [47]. Il s'agit d'un questionnaire de dépistage en 4 questions portant sur la vie entière du sujet. Deux réponses positives ou plus sont en faveur d'un mésusage d'alcool. La quatrième question introduit la notion d'alcoolodépendance. Il peut être utilisé comme auto-questionnaire ou être posé lors de l'entretien (annexe n°2). Le questionnaire AUDIT (annexe n°3), quant à lui, permet d'explorer les 12 derniers mois et permet de repérer l'alcoolodépendance. Il peut également être utilisé par les équipes soignantes [48]. En cas de mésusage, un entretien par l'équipe soignante des urgences est réalisé sur le mode intervention ultra brève de l'IOMS. [13-20]. Cette intervention de 5 minutes se décompose en 5 étapes :

- "feedback" donné au patient sur sa consommation d'alcool
- une explication au patient de la notion "un verre d'alcool"
- une explication sur les limites d'une consommation modérée d'alcool
- l'encouragement du patient à rester en dessous de ces limites
- la remise au patient d'un livret d'aide ou "livret ressource"

L'information du médecin traitant doit être systématique en respectant toutefois la volonté du patient sous la forme d'un courrier avec rappel des structures de proximité.

En cas de facteurs aggravants ou de comorbidité une intervention spécialisée sera réalisée par les équipes d'addictologie, d'alcoologie, psychiatrique ou des urgences formées en addictologie. Cette intervention se fait sous forme d'entretiens de motivation selon des recommandations synthétisés par l'acronyme FRAMES [9,13,49] (annexe n°4). En cas d'usage nocif un suivi sera proposé au patient soit dans un centre d'alcoologie ou par le médecin traitant avec prise d'un premier rendez vous [20]. Des troubles psychiatriques doivent conduire à une évaluation et une prise en charge par le psychiatre [9]. Les recommandations de l'ANAES concernant l'orientation diagnostique au décours d'une intoxication éthylique aiguë sont résumées dans l'annexe n°5.

Commission de veille scientifique - Société Française de Médecine d'Urgence.

Le syndrome de sevrage se installe dans les 8 heures qui suivent la dernière ingestion. Les benzodiazépines à longue vie seront choisies en utilisant une dose de charge jusqu'à disparition des tremblements. La révision de 2003 précisait de se rapporter à la conférence de consensus sur le sevrage avec un traitement par les benzodiazépines à demi vie courtes ou longues per os ou intraveineux, l'utilisation d' α ou de β bloquants en cas de manifestations adrénérgiques, la supplémentation par la vitamine B1 et pour les personnes âgées une supplémentation en magnésium.

La prise en charge du sevrage en cas d'alcoolodépendance n'a pas été modifiée depuis la dernière conférence de consensus avec les benzodiazépines comme molécule de référence [50].

Les adolescents constituent une population particulièrement à risque et ont été individualisés par la RPC de 2003 du fait de perturbations psychosociales importantes [10]. De même que pour les tentatives de suicides, une hospitalisation d'au minimum 72 heures est recommandée avec une évaluation psychiatrique et sociale systématique. Un suivi en centre médico-psychologique est en général proposé [35].

Tout refus de prise en charge ou sortie prématurée doit s'accompagner d'une remise de livret et/ou de l'enveloppe du courrier rappelant la admission aux urgences avec les structures de proximité et proposition de contact avec le médecin traitant [20].

6. CONCLUSION

Aucun bouleversement majeur ne vient contredire les recommandations du consensus de 1992. L'actualisation de 2003 avait apporté des éléments sur les aspects médico-légaux de l'ivresse éthylique aiguë. L'actualisation de 2006 aborde le problème de l'ivresse publique manifeste, la problématique de l'alcoolisation de l'adolescent et la prise en charge à l'issue de la phase aiguë de l'ivresse.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Conférence de consensus : L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences. Société Française de Médecine d'Urgence. Saint Etienne 1992. http://www.sfm.org/documents/consensus/cc_intox_ethyl.pdf consulté le 15 mai 2006.
- [2] Actualisation de la conférence de consensus : L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences. Société Française de Médecine d'Urgence – Commission de veille scientifique. JEUR 2003;16:48-57.
- [3] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandation pour la pratique clinique : Les conduites à l'coolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Alcoologie Addictologie. 2001;23(4suppl):1S-76S.
- [4] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et dépendances, données essentielles. Guides "La découverte". Paris, 2005.
- [5] Legleye S. Données déclaratives, sanitaires et économiques sur l'alcool : aperçu des désaccords régionaux. ;2004:13.
- [6] Direction Générale de la santé en collaboration avec l'INSERM. Rapport du GTNDO. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Paris. Mise à jour 13 novembre 2003.
- [7] Laakso O, Haapala M, Kuitunen T, Himberg JJ. Screening of exhaled breath by low-resolution multicomponent FT-IR spectrometry in patients attending emergency departments. Journal of Analytical Toxicology. 2004;28:1-7.
- [8] Malone D, Friedman T. Drunken patients in the general hospital : their care and management. Postgrad Med J. 2005;81:166-1.
- [9] Yersin B. Conduite à tenir en urgence : de l'ivresse alcoolique au sevrage. In Urgences 2003. Paris : éditions scientifiques L&C Brain Storming SAS. 2003:189-98.
- [10] Burillo-Putze G, Mune P, Duenas A, et al. National multicentre study of acute intoxication in emergency departments of Spain. European Journal of Emergency Medicine. 2003;10:101-4.
- [11] Benyamina A, Bouchez J, Rahioui H, Reynaud M. Urgences psychiatriques en addictologie. Rev Prat. 2003;53:1201-8.
- [12] Ministère de la Santé et des Solidarités. Rapport sur la perspective d'organisation d'États généraux de la lutte contre l'alcoolisme. Tome I. Paris 2005.
- [13] David C, Négaret G, Dezé F, Galle E, Bouget J. Les nouveaux aspects de la prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'urgence. MT. 2005;11(1):56-63.

- [14] Woolfenden S, Dossetor D, Williams K. Children and adolescents with acute alcohol intoxication/self poisoning presenting to the emergency department. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156:345-8.
- [15] Philippe JM. Physiopathologie des états d'alc oolisation. In Urgences 2003. Paris : éditions scientifiques L&C Brain Storming SAS. 2003.
- [16] Carey K B, Hustad J T P. Methods for determining blood alcohol concentration: current and retrospective. Comprehensive Handbook of alcohol related pathology. Elsevier Ltd. 2005 ; Vol 3:1429-44.
- [17] Roldan J, Frauca C, Duenas A. Intoxicacion por alcoholes. Anales sis san navarra. 2003;26(Suppl 1):129-39.
- [18] Paton A. Alcohol in the body. BMJ. 2005;330:85-7.
- [19] Lamiable D, Hoisey G, Marty H, Vistelle R. Intoxication aiguë à l'éthano l. EMC. 2004; 16-025-A-10.
- [20] Agence nationale d'accréditation et déval uation en santé. Recommandation pour la pratique clinique : Orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'un e intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Paris : ANAES 2001.
- [21] Carey KB, Hustad JTP. Methods for determining blood alcohol concentration: current and retrospective. Comprehensive Handbook of alcohol related pathology. Elsevier[©] Ltd. 2005;Vol 3:1429-44.
- [22] Swift R. Direct measurement of alcohol and its metabolites. Addiction. 2003;98(Suppl. 2):73-80.
- [23] Ernouf D, Lejeune B. Modifications de la cinétique de l'alc ool dans l'air expiré par l'assoc iation acide citrique-fructose. Annales de Biologie Clinique. 2002;60(3):299-306.
- [24] Javors M A, Bean P, King T S, Anton R F. Biochemical markers for alcohol consumption. Handbook of clinical alcoholism treatment. LW&W. 2004;II:62-79.
- [25] Daher EDF, Da Silva Jr GB, Brunetta DM, Pontes LB, Bezerra GP. Rhabdomyolosis and acute renal failure after strenuous exercise and alcohol abuse : case report and literature review. Sao Paulo Med J. 2005;123(1):33-7
- [26] Lorscheid A, de Lange D W, Cramer M J M, van de Wiel A. PR et QTc interval prolongation on the electrocardiogram after binge drinking in healthy individuals. Netherlands J Med. 2005;63(2):59-63.
- [27] Schukit M A. Alcohol and alcoholism. In. Harrison's principles of internal medicine 16th edition. 2005;Vol II:section 6:2562-6.
- [28] Yost D A. Acute care for alcohol intoxication. Postgrad Med. 2002;112(6):14-26.
- [29] Rauchenzauner M, Kountchev J, Ulmer H, Pechlaner C, Bellmann R, Wiedermann, et al. Disturbances of electrolytes and blood chemistry in acute alcohol intoxication. Wien Klin Wochenschr. 2005;117(3):83-91.

- [30] Brewer R D, Swahn M H. Binge drinking and violence. *JAMA*. 2005;294(5):616-8.
- [31] Fabbri A, Marchesini G, Morselli-Labate AM, Rossi F, Cicognani A, Dente M, et al. Positive blood alcohol concentration and road accidents. A prospective study in an Italian emergency department. *Emerg Med J*. 2002;19:210-4.
- [32] Fabbri A, Marchesini G, Morselli-Labate AM, Rossi F, Cicognani A, Dente M, et al. Blood alcohol concentration and management of road trauma patients in the emergency department. *J Trauma*. 2001;50:521-8.
- [33] Bilban M, Skibin L. Presence of alcohol in suicides victims. *Forensic Science International*. 2005;147S:9-12.
- [34] Muszlak M, Picherot G. Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences. *Alcoologie et Addictologie*. 2005;27(1):5-12.
- [35] Kelly TM, Donovan JE, Cornelius JR, Delbridge TR. Predictors of problem drinking among older adolescent emergency department patients. *J Emerg Med*. 2004;27(3):209-18.
- [36] Zhao Y, Riou B. Urgences alcooliques. In. *Urgences Médico chirurgicale*, Arnette. 896-90
- [37] Conférence de consensus : l'agitation en urgences. *JEUR* 2003,16,58-64
- [38] Circulaire DHO/EO2-DGS/SD6B 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. *Bulletin officiel* 2000:1-14.
- [39] Circulaire DGS/SP3 n°48 du 19 juillet 1993
- [40] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : JO numéro 54 du 5 mars 2002. <http://www.admi.net/jo/20020305>. Consulté le 12 avril 2006.
- [41] Arrêt du Conseil d'Etat n° 233551. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/LeRtf?cid=171822&table=JADE> Consulté le 12 avril 2006.
- [42] Hervé J, Renaud B et al. Sédatation vigile des patients agités aux urgences (SAU) : utilisation du midazolam par voie intranasale. *JEUR* 2002;suppl.1:1S27.
- [43] D'Onofrio G, Nadel E. Improving emergency medicine resident's approach to patients with alcohol problems: a controlled educational trial. *Ann Emerg Med*. 2002 Jul;40(1):50-62.
- [44] D'Onofrio G, Pantaloni M. Development and implementation of an emergency practitioner-performed brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2004;12: 249-256.
- [45] Michaud P, Gache P et al. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *Rev Prat Med Gen* 2003; 17 :281-9.

- [46] Crawford M, Patton R. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Oct 9-15;364(9442):1334-9.
- [47] Solderstrom CA, Smith GS, Kufera JA et al. The accuracy of the CAGE, the brief michigan alcoholism screening test and the alcohol use disorders identification test in screening trauma center patients for alcoholism. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 1997; 43:962-9.
- [48] Reinert DF, Allen JP. The Alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:272-9.
- [49] US Department of Health and Human Services. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. The physician's guide to helping patients with alcohol problems. NIH Publication 1995; 95: 3769.
- [50] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé. Conférence de consensus : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Société Française d'Alcoologie. Paris 1999. www.anaes.fr

ANNEXE N°1

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 ⁽¹⁾
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⁽¹⁾.
3. Ne peut être évalué en raison du refus d'examen médical exprimé par celle-ci, malgré une information claire et objective⁽¹⁾.

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 N°2

QUESTIONNAIRE DETA

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

ANNEXE N°3

QUESTIONNAIRE AUDIT

	0	1	2	3	4
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool?	jamais	une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours 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	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours 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	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque
9. Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre, ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui au cours de l'année
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui au cours de l'année
total					

Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool

Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool

ANNEXE N°4

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

- F : feedback on risk (risque accidentel, problème de santé)
- R : responsibility (responsabilité du choix de changement appartenant au patient)
- A : advice to change (conseil de moderation)
- M : menu of strategies (options relatives à la quantité, délai, rythme de la consommation d'alcool)
- E : empathy
- S : self-efficacy (stratégies motivationnelles)

ANNEXE N°5

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

