



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Procédure N° 035

Rédacteurs	Dr Valérie Hamelin - SAU Clinique Chenôve
Date	Février 2011
Validation	Commission protocole

L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences

Bibliographie :

- Conférence de consensus de la SFMU 1992 : « L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences » et ses actualisations 2003 et 2006.
- Conférence de consensus de la Société Française d'Alcoologie 1999 : « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant ».
- Recommandations ANAES 2001 : « Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins »

Double objectif de l'urgentiste :

- 1) Prise en charge immédiate avec évaluation clinique, contrôle de l'agitation alcoolique, dépistage et traitement d'une complication.
- 2) Après la phase aiguë : analyse de la situation sociale, professionnelle et familiale avec en particulier évaluation de la consommation d'alcool, recherche de facteurs aggravants, sensibilisation du patient sur sa maladie et élaboration d'une stratégie thérapeutique.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 2 de 15

Quels sont les critères cliniques et paracliniques permettant de retenir le diagnostic d'Intoxication Ethylique Aigüe (IEA) ?

LES CRITERES CLINIQUES

Le diagnostic et la gravité de l'IEA sont le résultat d'un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques.

La corrélation entre l'alcoolémie, les signes cliniques et la gravité est médiocre et d'autant plus faible que le patient est un éthylique chronique.

Les manifestations cliniques liées à l'état alcoolique dépendent de nombreux facteurs :

- Congénitaux : susceptibilité génétique, sexe,
- Acquis : âge, poids, pathologies associées, chronicité de la consommation d'alcool, prise concomitante d'autres substances psychoactives,
- Caractéristiques de la prise d'alcool : type d'alcool, dose d'alcool ingérée, rapidité d'ingestion, température de la boisson, ingestion simultanée de nourriture.

L'examen clinique sera complet chez un patient déshabillé et relèvera en particulier les paramètres vitaux, l'absence de signes de localisation neurologique et de lésions traumatiques.

Les formes cliniques de l'IEA sont :

1) L' IEA simple avec 3 formes distinctes :

- L'excitation psychomotrice avec désinhibition et euphorie,
- L'incoordination avec trouble de la vigilance,
- Et l'ivresse comateuse : coma calme, hypotonique sans signes de localisation, non fébrile.

2) L' IEA pathologique regroupant :

- L'ivresse excito-motrice : ivresse agitée associant impulsions verbales et motrices avec décharges clastiques fréquentes,

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 3 de 15

- L'ivresse d'allure maniaque marquée par l'euphorie, les idées de grandeur, de toute puissance,
- L'ivresse dépressive,
- L'ivresse délirante avec thèmes de persécution, de jalousie, d'autodépréciation,
- L'ivresse hallucinatoire essentiellement visuelle et terrifiante.

Les diagnostics différentiels de l'IEA à évoquer devant des troubles de vigilance sont l'hypoglycémie, une lésion organique intracérébrale, une autre intoxication, une encéphalopathie, une infection,...

LES CRITERES PARACLINIQUES

Il existe deux méthodes de références pour quantifier l'imprégnation éthylique en pratique courante :

- La mesure de l'alcoolémie : gold standard (méthode enzymatique automatisée)
- La détermination de la concentration d'éthanol dans l'air expiré par un éthylomètre :
 - o Effectuée lors d'une expiration profonde pour obtenir dans l'air une quantité d'alcool en équilibre avec l'éthanolémie,
 - o Taux minoré en cas d'hypothermie et de pathologies affectant les échanges alvéolo-capillaires.

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 utilisés en pratique.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 4 de 15

Quels sont les critères de gravité d'une IEA ?

1) gravité secondaire à l'intoxication elle même :

- Les formes comateuses,
- Les formes avec manifestations excitomotrices, délirantes ou hallucinatoires.

2) les IEA compliquées :

- Inhalation,
- Crise convulsive généralisée,
- Hypothermie,
- Troubles cardiovasculaires (arythmies auriculaires ou ventriculaires ou tachycardie paroxystique ; allongements PR, QT),
- Hypoglycémie (rare et tardive chez l'adulte ; survenant surtout chez l'éthylique chronique dénutri ou chez le diabétique),
- Troubles hydro électrolytiques (hypernatrémie en rapport avec une déshydratation hyperosmolaire, hyperchlorémie, hyponatrémie avec la bière),
- Acidocétose alcoolique (chez l'éthylique chronique dénutri ; souvent réduit à une cétonurie),
- Gastrite, syndrome de Mallory Weiss, hépatite alcoolique aigüe,
- AVC ischémique (risque x 15 chez la femme, secondaire à une ACFA),
- Rhabdomyolyse.

3) les IEA associées à une autre affection dont en particulier :

- Le traumatisme crânien : il doit être systématiquement recherché et impose une surveillance étroite horaire. La présence de signes de localisation neurologique, d'une crise convulsive ou de troubles de la vigilance impose une TDM cérébral immédiat.
- Un polytraumatisme ou autre traumatisme isolé,
- Une intoxication associée,
- Une pathologie infectieuse,

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 5 de 15

4) les IEA de l'enfant :

- Coma de survenue brutale,
- Hypoglycémie (plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; non corrélée à la dose d'éthanol ingérée, peut également survenir en post ivresse),
- Acidose métabolique pouvant survenir de façon retardée.

5) L'intoxication de type « Binge drinking » ou alcoolo-défonce :

C'est une conduite addictive à haut risque (traumatologique, social) de plus en plus fréquente dans toutes les tranches d'âge. Elle est définie par 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.¹

A qui pratiquer des examens complémentaires ?

Lesquels ? Dans quels buts ?

- **Les examens complémentaires** sont dictés par les données de l'examen clinique.
- **La mesure du taux d'éthanol** n'est pas indispensable pour le diagnostic de l'IEA isolée, non compliquée.

En revanche, si l'anamnèse et l'examen clinique sont discordants, l'éthanolémie sera effectuée au moindre doute. Il en sera de même si l'évolution clinique (habituellement régression des signes en 3 à 6h) est inhabituelle. Dans ces circonstances, il faut rechercher un autre diagnostic, quel que soit le taux d'éthanolémie à fortiori s'il est bas ou nul.

- **L'hypoglycémie** sera systématiquement recherchée.
- **La réalisation des marqueurs biologiques de l'intoxication éthylique** n'est pas recommandée aux Urgences
- **Aspects propres à l'IEA de l'adolescent :**
 - o Rechercher des facteurs de risque de consommation pathologique d'alcool (abus ou dépendance), de suicide (ATCD de TS, de maltraitance, d'abus sexuel, ATCD familiaux de troubles psychiatriques et ou abus de substances psycho-actives).
 - o Recherche d'une intoxication associée avec autre substance psycho-active.

¹ Note de l'auteur : il n'existe pas de définition plus précise du *binge drinking* dans la littérature y compris concernant la notion « d'occasion ».

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 6 de 15

- o La consultation aux urgences est déjà à elle seule un facteur de gravité et doit inciter à proposer une prise en charge comparable à celles des tentatives de suicide de l'adolescent avec une hospitalisation d'au minimum 72 heures comprenant une évaluation psychiatrique et sociale systématique.

Quelle stratégie de surveillance des patients alcoolisés y compris infirmières et d'hospitalisation adaptée (en référence aux capacités du patient, au cadre médico-légal et aux structures d'accueil)

- lieu

- Au mieux en UHCD ou à défaut dans la structure d'accueil,
- En réanimation si signes de gravité avec détresse vitale.

- objectif

- Dépistage précoce de tout signe de gravité ou d'un signe inhabituel révélant une complication ou une pathologie associée,
- Prévention des sorties prématurées.

- mode de surveillance

- Surveillance médicale et paramédicale horaire, consignée par écrit jusqu'au rétablissement des fonctions supérieures,
- Contrôle glycémique toutes les 2 heures chez le patient diabétique ou dénutri,
- En cas d'agitation : contention chimique et/ou physique (Cf conférence de consensus sur l'agitation aux urgences) avec accentuation de la surveillance.

- sortie

- La sortie se fait sur prescription médicale, dans l'idéal avec l'entourage, après examen clinique et entretien psychiatrique. Elle sera envisagée après rétablissement des fonctions relationnelles et disparition des signes d'alcoolisation aiguë, après avoir contre indiqué la conduite automobile.
- La sortie contre avis médical n'est pas possible.

L'hospitalisation sous contrainte ne semble toutefois pas licite d'emblée et l'isolement du patient se fera jusqu'à l'amélioration des troubles.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 7 de 15

- cas des patients présentés par les Forces de l'Ordre pour certificat de non hospitalisation :

- Ce certificat doit se faire sur réquisition² et ne comporter aucune information d'ordre médical,
- Le patient sera remis aux Forces de l'Ordre si les fonctions relationnelles sont maintenues et le certificat devra comporter la mention suivante : « toutefois, la survenue de modifications inquiétantes de l'aspect de la personne et notamment d'une détérioration de l'état de conscience doit la faire soumettre immédiatement à un nouvel examen médical » (modèle de certificat 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.

Conduite à tenir thérapeutique par le médecin urgentiste et l'infirmière

1) Prise en charge immédiate :

- IEA isolée non compliquée

Régression spontanée des signes en 3 à 6h.

Toute thérapeutique est inutile y compris la pose d'une voie veineuse.

Soins infirmiers : hygiène, hydratation, confort, dialogue rassurant.

- IEA grave

Prise en charge symptomatique, oxygénation correcte.

Hydratation pendant la phase d'ivresse sans qu'une voie veineuse soit obligatoire.

Vit B1 PO systématique pour certains.

² Arrêt du Conseil d'Etat n°233551 du 02/10/02.

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".

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 8 de 15

- IEA avec agitation psychomotrice

Sédation verbale et en cas d'échec recours aux benzodiazépines IV (diazépam ou clorazébate) pouvant être associées avec prudence à l'halopéridol.

Si une contention physique a été nécessaire, elle doit être levée dès l'obtention de la sédation médicamenteuse.

- IEA de l'enfant

Apport glucidique parentéral avec G10% : débit total pour 24h de 100 ml/kg pour les 10 premiers kgs + 50 ml/kg pour les 10 kgs suivants + 20ml/kg pour chaque kg supplémentaire.

En présence d'une hypoglycémie avérée : IVD de 0,5 g/kg de glucose.

2) Evaluation de la consommation d'alcool :

Cette évaluation est essentielle et doit être réalisée au mieux à l'UHCD par le médecin urgentiste ou par tout personnel soignant formé.

Recherche des motivations du patient qui l'ont amené à consommer de l'alcool (la consommation d'alcool est un facteur de risque de suicide).

Recherche de mésusage de l'alcool ou d'alcoolisme dépendance :

-questionnaire *DETA* portant sur la vie entière du sujet en 4 questions (Cf *Annexe n°2*)

-questionnaire *AUDIT* explorant les 12 derniers mois (Cf *Annexe n°3*)

En cas de mésusage, réalisation d'un entretien sur le *mode intervention ultrabrève* de l'OMS :

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.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 9 de 15

Tout refus de prise en charge ou sortie prématurée doit s'accompagner de la remise d'un livret et/ou de l'envoi d'un courrier rappelant l'admission aux urgences avec les structures de proximité et proposition de contact avec le médecin traitant

En cas de facteurs aggravants ou de comorbidité, une intervention spécialisée sous forme d'entretien motivationnel sera réalisée par les équipes d'addictologie, d'alcoologie, psychiatrique ou des urgences formées en addictologie.

En cas d'usage nocif, un suivi sera proposé au patient soit dans un centre d'alcoologie soit chez le médecin traitant.

Les recommandations de l'ANAES concernant l'orientation diagnostique au décours d'une intoxication éthylique aigüe sont résumées dans l'*Annexe n°5*

3) prise en charge du sevrage

a. Diagnostic clinique

Le syndrome de sevrage ou predelirium, survenant chez l'alcoolique chronique, s'installe dans les 8h qui suivent la dernière ingestion.

Il associe de façon variable plusieurs types de manifestations :

- des troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars,
- des troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle,
- des troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements.

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut s'aggraver ou se compliquer :

- De signes confusionnels (troubles de la concentration, de la mémoire, du jugement),
- d'hallucinations,
- de delirium,
- de convulsions,
- d'hyperthermie.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 10 de 15

Avant de rattacher une crise comitiale au sevrage, il faudra éliminer d'autres étiologies comme :

- Un trouble métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie, hypoxie),
- Une pathologie secondaire à un traumatisme crânien,
- Une infection cérébro-méningée,
- Un AVC ischémique ou hémorragique,
- Une intoxication médicamenteuse,
- Une épilepsie alcoolique

b. Bilan paraclinique initial

Il doit être d'autant plus complet que le facteur déclenchant du délirium tremens est inconnu. Il comprend au minimum :

- Ionogramme sanguin avec glycémie et créatininémie, CPK, NFP, bilan d'hémostase,
- ECG,
- Radiographie pulmonaire.

c. Traitement

Le traitement médicamenteux a pour objectif de supprimer l'inconfort lié aux signes de sevrage, prévenir la survenue d'une crise convulsive généralisée et l'évolution vers le delirium tremens.

Le traitement étiologique sera conduit conjointement au traitement symptomatique.

- Traitements psychotropes,

Il fera appel à des doses de charge de BZD à longue demi vie jusqu'à disparition des tremblements et sera associé à une hydratation :

- soit PO : diazépam 10 à 20mg ou clorazéate 50 à 100 mg toutes les 1 à 3h,
- soit IV : diazépam 2,5 mg/mn ou clorazéate 10mg/mn sans dépasser une dose de charge de 60mg pour le diazépam et de 300mg pour le clorazéate.

L'administration intramusculaire n'est pas recommandée en raison de la mauvaise résorption.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 11 de 15

Dans le cas d'un syndrome hallucinatoire persistant, l'association à l'halopéridol (5 à 10 mg) est préconisée. Ce traitement est conduit en USI.

- Apports hydro-électrolytiques :
 - Apports importants, adaptés aux données cliniques et biologiques,
 - Parentéraux,
 - Préférentiellement de chlorure de sodium,
 - Si apport de glucosé isotonique, administration IV indispensable d'au moins 500mg de vitamine B1 par jour pendant 2-3 jours (prévention du Gayet Wernicke),
 - Pas de consensus sur un apport vitaminique systématique en dehors d'un apport de glucosé,
 - Le traitement d'une hypokaliémie fera appel à l'apport conjoint de potassium et de magnésium (Mg cofacteur de réabsorption du K),
 - Il peut être nécessaire de supplémenter les personnes âgées en magnésium.
- Traitement de la crise convulsive typique de sevrage :
 - Pas de traitement anticomitial si crise convulsive unique,
 - Si seconde crise : diazépam ou clonazépam IV.
- Les manifestations cardio-vasculaires (hypertension et tachycardie) peuvent être traitées par alpha et ou bêta-bloquants.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 12 de 15

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

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : Février 2011	Réf.: CMUB-035	Pagination : 13 de 15

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE DETA

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre **Entourage** vous a t il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?

2 réponses positives ou plus sont en faveur d'un mésusage d'alcool

La 4ième question introduit l'alcoolodépendance.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE AUDIT

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

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

	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					

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

