

Dr Pascal Menecier*, Dr David Clair, Mme Carole Collovray***, Mme Loetitia Rotheval***, Mme Delphine Lefranc****, Mme Andrée Duhay-Vialle***, Dr Laure Menecier-Ossia*******

* Praticien hospitalier, Unité d'alcoologie et addictologie, Hôpital des Chanaux, F-71018 Mâcon Cedex

Courriel : pamenecier@ch-macon.fr

** Assistant, *** Psychologue clinicienne, **** Infirmière, Unité d'alcoologie et addictologie, Hôpital des Chanaux, Mâcon, France

***** Praticien hospitalier, Hôpital Bouchacourt, Saint-Laurent-sur-Saône, France

Reçu septembre 2007, accepté février 2008

Intoxications éthyliques aiguës hospitalisées

Analyse d'une procédure de rencontre systématique

Résumé

Les intoxications éthyliques aiguës (IEA) représentent 2 à 4 % des admissions à l'hôpital et 5 à 10 % des consultations en service d'urgence. L'hôpital est souvent sollicité pour ce motif et doit développer une réponse de soin adaptée. À l'hôpital général de Mâcon (477 lits médico-chirurgicaux), 973 dosages d'alcoolémie ont été réalisés en un an, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006. Ils sont effectués à plus de 99 % en service d'urgence. La médiane d'alcoolémie est à 2,07 g/l, avec des valeurs variant significativement selon les tranches d'âge. 85 % des épisodes ont conduit à une hospitalisation. Une procédure de rencontre systématique de ces malades a été mise en place depuis 1997. Elle permet d'aborder un peu plus d'un malade sur deux, dans le cadre d'un entretien addictologique. Un mésusage d'alcool est objectivé chez 92 % des sujets, et 69 % présentent des dommages identifiés comme dus à l'alcool. La rencontre clinique des IEA participe à la médicalisation de l'ivresse hospitalisée, dans le sens d'une prise en compte clinique de la souffrance alcoolique très fréquemment associée. Aller au-devant de demandes d'aide explicites, rares chez ces patients, permet de proposer une approche empathique et de développer des soins adaptés.

Mots-clés

Intoxication éthylique aiguë – Hôpital – Alcool – Alcoologie – Addictologie – Abus – Dépendance – Soins.

Summary

Hospitalisation for acute alcohol intoxication. Analysis of a systematic interview procedure.

Acute alcoholic intoxication represents 2 to 4 % of all hospital admissions and 5 to 10 % of emergency room visits. This a frequent hospital presenting complaint and appropriate management must be developed. At Mâcon general hospital (477 medical and surgical beds), 973 blood alcohol assays were performed over a one-year period from 1st January to 31st December 2006. More than 99 % of these assays were performed in the emergency room. The median blood alcohol level was 2.07 g/l, with a significant variation according to age group. 85 % of episodes led to hospitalisation. A systematic interview procedure for these patients was set up in 1997, allowing an addiction interview in slightly more than one half of patients. Alcohol abuse was demonstrated in 92 % of subjects, and 69 % presented alcohol-related organ damage. Clinical interview of patients admitted for acute alcoholic intoxication participates in the medicalization of hospitalised drunkenness, by taking into account the very frequently associated alcohol-related organ damage. Anticipating an explicit call for help, which is rare in these patients, allows an approach based on empathy and the development of appropriate care.

Key words

Acute alcoholic intoxication – Hospital – Alcohol – Alcohol treatment – Addiction medicine – Abuse – Dependence – Care.

L'intoxication éthylique aiguë (IEA) ne génère généralement que peu d'attentions en milieu hospitalier et en service d'urgence. Du malade qui dérange dans un service

d'urgence, auquel on propose un séjour dans une salle de dégrisement (sic), à la médicalisation d'une intoxication avant une sortie quelques heures plus tard, avec une alcoo-

lémie abaissée de 0,5 à 1 g/l, il n'y a que peu de place pour une approche relationnelle et un temps de parole avec un sujet en souffrance qui sollicite l'hôpital après une intoxication volontaire. À partir d'une notion évoquée depuis plusieurs décennies, rappelant que le nombre d'intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) équivaut au nombre d'intoxications éthyliques aiguës se présentant dans un service d'urgence (1, 2), nous avons voulu valoriser et développer le temps relationnel après le temps toxicologique.

Historique, matériels et méthodes

Depuis 1997, une procédure de rencontre systématique des IEA admises au Centre hospitalier de Mâcon a été mise en place. Cet hôpital général dispose de 477 lits de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique, dont dix lits d'unité d'hospitalisation de courte durée, et d'une structure de médecine d'urgence (33 000 passages par an). Il existe une équipe pluridisciplinaire d'alcoologie et addictologie depuis 1991 (un médecin, deux psychologues, une infirmière et une assistante sociale), avec trois axes d'intervention : hospitalisation spécifique, consultations externes et activité de liaison. Le travail présenté est une description d'activité avec analyse prospective des données. Il ne se veut pas être une évaluation de l'impact de l'activité d'une unité d'addictologie de liaison à dix ans. Il s'appuie sur plusieurs études rétrospectives conduites sur le sujet au sein de l'établissement (3-6).

La procédure considère l'ensemble des dosages d'alcoolémie réalisés par le laboratoire de biologie de l'hôpital. Chaque matin de jour ouvré, les dosages non nuls des dernières 24 heures sont colligés. Nous recherchons si les patients concernés ont été hospitalisés. Alors, l'un des membres de l'équipe d'addictologie (psychologue en première ligne, infirmière ou médecin pour la continuité) passe dans le service concerné et s'entretient avec l'équipe soignante ou le médecin référent. Les patients non inclus dans la procédure sont : les tentatives de suicide médicamenteuses qui génèrent systématiquement la rencontre avec un psychiatre (psychiatrie de liaison) afin de ne pas cumuler dans un temps bref plusieurs entretiens d'évaluation connexe ; de même, nous écartons les circonstances où un tel entretien serait malvenu ou non conciliable avec le contexte (accidentologie routière avec mort dans le même véhicule, ou évaluation opposée de l'équipe soignante du service d'accueil ou du médecin, quelles qu'en soient les raisons et en les respectant). Cette procédure ne fait qu'exploiter des données existantes et n'induit pas de mesure d'alcoolémie supplémentaire, ni systématique.

Les entretiens réalisés ont plusieurs objectifs : informer parfois le patient du dosage réalisé (ce qui aurait dû être fait avant le prélèvement) et de son résultat (si cela n'a pas déjà été fait) ; verbaliser la présence de l'alcool ; échanger autour de l'alcool dans un moment-clé qu'est une hospitalisation associée à une mesure d'alcoolémie ; évaluer la relation du patient avec l'alcool et aux autres substances psychoactives, en l'amenant à s'interroger sur sa consommation et ses conséquences possibles ; proposer d'éventuelles interventions ou modifications de comportement avec l'alcool dans le cadre d'interventions brèves ou d'orientation vers une structure de soin locale (en addictologie ou plus générale).

Résultats

Durant l'année 2006, 1 820 dosages d'alcoolémie ont été réalisés, 849 étaient nuls et 973 au-dessus de zéro : soit 53 %. Les dosages d'alcoolémie positifs correspondent à 2,95 % des passages aux urgences et ont généré 823 séjours hospitaliers (soit 4,76 % des entrées en hospitalisation de court séjour médico-chirurgical). La quasi-totalité des dosages est réalisée par le service d'accueil et d'urgences : 99,4 %.

Les valeurs des alcoolémies vont de 0,10 à 6,26 g/l. La moyenne est de 2,06 g/l (médiane = 2,07 g/l, écart type (ET) = 1,18) (figure 1), significativement plus élevée chez les hommes que les femmes (moyenne hommes = 2,15 g/l, médiane = 2,15 g/l, ET = 1,21 ; moyenne femmes = 1,81 g/l, médiane = 1,72 g/l, ET = 1,18 ; $p < 0,001$).

Les 973 mesures d'alcoolémie ont été effectuées chez 758 personnes, 16 % de malades ayant eu plus d'un dosage positif dans l'année. Les dosages d'alcoolémie sont essentiellement effectués la nuit : 68 % entre 18 h et 6 h. La répartition selon les jours de la semaine n'est pas uniforme ($p < 0,05$), avec une moitié des dosages les vendredi, samedi et dimanche. Les taux d'alcoolémie ne varient pas significativement selon les jours de la semaine, par contre les âges diffèrent significativement, avec des moyennes abaissées le week-end (tableau I). Les malades concernés sont pour 78 % des hommes et 22 % des femmes. L'âge moyen est de 45,3 ans (médiane = 46 ans, ET = 16,2), sans différence significative selon le sexe.

Les valeurs moyennes d'alcoolémie diffèrent selon les âges, avec un maximum entre 40 et 60 ans et des minima aux âges extrêmes de la vie (figure 2). Les moins de 18 ans sont 4 % (34), avec une alcoolémie moyenne de 1,57 g/l (médiane = 1,64 g/l, ET = 0,75), différence très significative avec les plus

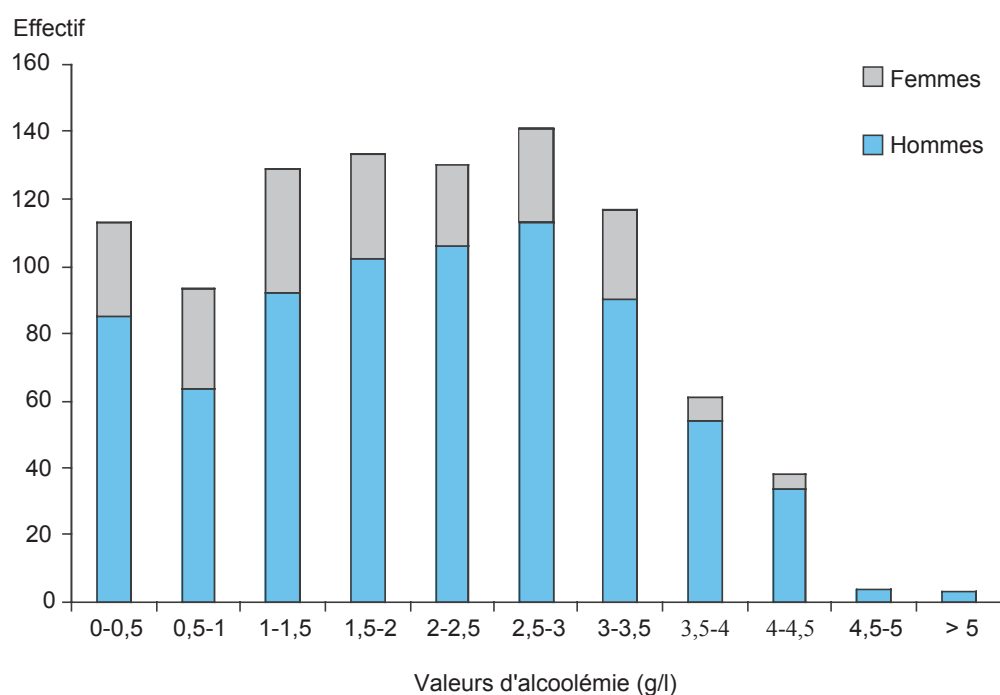


Figure 1. – Répartition des valeurs d'alcoolémie mesurées.

Tableau I : Variation des âges et valeurs d'alcoolémie selon les jours de la semaine

	Âge (années) p < 0,05		Alcoolémie (g/l) NS (p = 0,10)		N
	Moyenne (écart type)	Médiane	Moyenne (écart type)	Médiane	
Lundi	47,2 (14,4)	49	2,00 (1,23)	1,93	118
Mardi	46,1 (14,3)	47	2,15 (1,15)	2,00	115
Mercredi	47,0 (15,7)	48,5	2,19 (1,22)	2,21	136
Jeudi	48,3 (14,9)	46	2,27 (1,20)	2,26	125
Vendredi	43,6 (18,3)	44	2,14 (1,565)	2,06	130
Samedi et veille de jours fériés	42,9 (14,9)	44	1,92 (1,08)	1,98	162
Dimanche et jours fériés	43,5 (17,8)	43	1,96 (1,11)	2,03	187

de 18 ans : 2,07 g/l (médiane = 2,07 g/l, ET = 1,20 ; $p < 0,001$). Les plus de 75 ans sont 5 % (41). Les valeurs d'alcoolémie rencontrées diffèrent là aussi : 1,34 g/l (médiane = 1,08 g/l, ET = 1,1) après 75 ans, et 2,11 g/l (médiane = 2,10 g/l, ET = 2,1 ; $p < 0,001$) avant.

Parmi les 973 contacts hospitaliers avec une alcoolémie positive, 823 ont été hospitalisés (85 %), dont 52 % (426) rencontrés dans le cadre de la procédure décrite. La rencontre a été faite par un psychologue dans 73 % des cas, une infirmière en addictologie (22 %), ou le médecin de

l'unité (5 %). Le délai de rencontre est en moyenne de 1,5 jours (médiane = 1,0 j, ET = 2,2 j). Quatre malades sur cinq sont rencontrés dans un délai inférieur à 24 heures. L'entretien s'est déroulé avec participation du patient dans 96 % des cas, pour seulement 2 % l'échange a été considéré comme passif et 2 % (soit six personnes sur 429) ont refusé ce temps de parole.

Il a été possible de repérer, durant ce seul entretien, des dommages dus à une consommation d'alcool chez 69 % des patients (dommages physiques : 54 %, dommages psy-

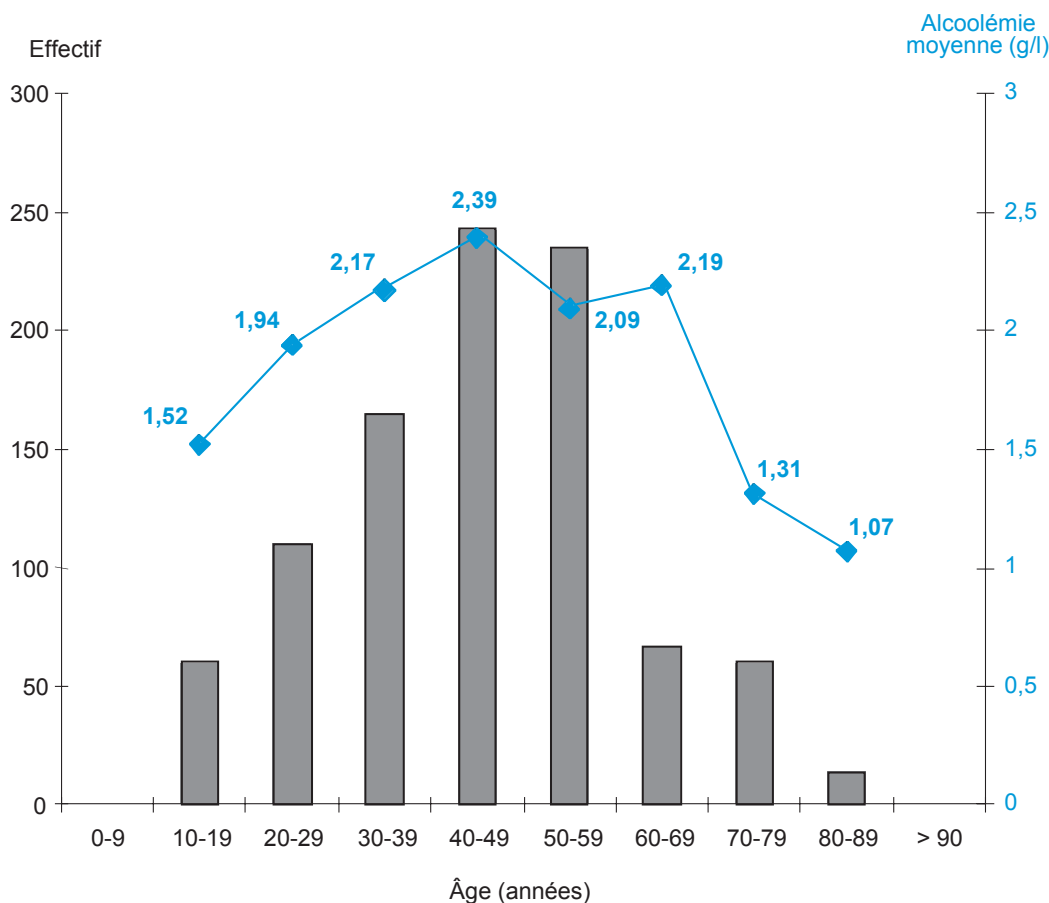


Figure 2. – Répartition des âges et valeurs d'alcoolémie moyenne par classe.

chiques : 47 %, dommages sociaux : 62 %, dommages professionnels : 38 %, dommages avec la justice : 18 %). Le diagnostic alcoologique (selon les critères du DSM-IV) relève pour 92 % d'un abus ou une dépendance alcoolique (méusage d'alcool en d'autres termes) (figure 3). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, mais une tendance avec 85 % de dépendants et 10 % d'abuseurs identifiés chez les hommes contre respectivement 76 % et 19 % chez les femmes ($p = 0,10$).

Les motifs d'admission sont variables, mais par regroupement on dénombre un tiers en lien direct avec l'alcoolisation et un tiers en lien avec un traumatisme, chute, ou malaise (tableau II).

Quatre patients sont décédés au terme du séjour hospitalier : soit 0,4 % de tous les dosages ou plus particulièrement 0,5 % des hospitalisés. Ce sont quatre hommes de 26 à 72 ans, avec des alcoolémies entre 1 et 3,4 g/l. Trois sont décédés d'hémorragies intracrâniennes (un post-traumatique dans le cadre d'un polytraumatisme de la route, et deux sans traumatisme repéré...), et un dans les suites d'une cirrhose évoluée avec hémorragie digestive.

Discussion

Épidémiologie

Les problèmes liés à l'alcool pèsent lourdement sur les hôpitaux généraux (7, 8) et les services d'urgence (9). Leur prévalence est située entre 12 et 21 % (7, 10-12) et les IEA en sont l'expression la plus fréquente (7, 9, 13), représentant 10 à 15 % des patients admis aux urgences en France (13). La répartition entre dépendance ou abus d'alcool à l'hôpital (selon le DSM-IV) est variablement appréciée : 12,6 % de dépendance et 3,9 % d'abus pour certains (7) ou, à l'inverse, 6,8 % de dépendance et 12,9 % d'abus (14).

À l'échelle de l'établissement, et dans la procédure décrite, les IEA représentent 3 % des passages aux urgences et 4,8 % des entrées en hospitalisation de court séjour médico-chirurgical. Si un dosage d'alcoolémie systématique est réalisé lors de l'entrée à l'hôpital, 17,4 % de valeurs positives sont trouvées (22 % chez les hommes et 8 % chez les femmes) ou 14,5 % au-dessus de 0,8 g/l (15). Leur incidence

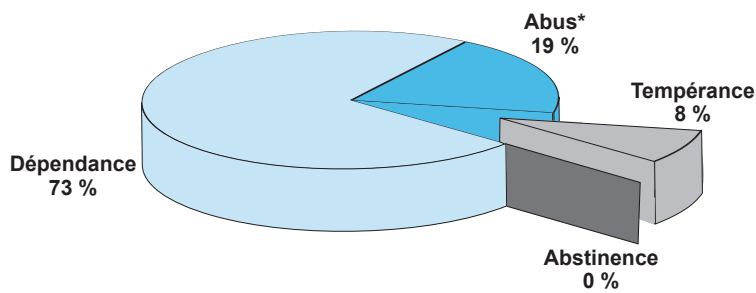


Figure 3. – Répartition des relations à l'alcool (par définition, il n'y a pas d'abstinents).

* Selon le DSM-IV, abus = usage à risque et usage nocif.

Tableau II : Motifs d'arrivée à l'hôpital des patients rencontrés dans la procédure (motifs recueillis pour 373 des 426 personnes rencontrées)

Motif	Pourcentage	N
Alcoolisation	24 %	90
Agitation	2 %	7
Sevrage en alcool (demande de)	10 %	38
Sous-total	36 %	135
Accidentologie routière, traumatismes, rixes	18 %	69
Chutes	12 %	44
Malaise	8 %	28
Sous-total	38 %	141
Affection médicale de toute nature indépendante d'une alcoolisation	18 %	66
Affection psychiatrique (dépression, anxiété, tentative de suicide*)	8 %	31

* Les tentatives de suicide sont a priori exclues de la procédure (cf. matériels et méthodes).

a été estimée cliniquement à 4,17 % (16) et mesurée entre 5 à 10 % des consultations en service d'urgence (9, 12, 14). Mais 72 % des IEA arrivant aux urgences ne seraient pas hospitalisés et repartent sans proposition d'aide ou de suivi (11, 13).

Aussi fréquente que soit cette question, la méconnaissance de la souffrance alcoolique par les soignants est notable (8, 13, 17). Seulement 25,4 % de malades relevant de mésusage d'alcool ne sont identifiés par les médecins dans une étude à Taiwan (10) : 30 % si dépendance alcoolique, mais 0 % si abus d'alcool. Cette méconnaissance est d'autant plus marquée que les sujets sont âgés (18, 19). Le patient alcoolisé arrivant aux urgences n'est que rarement considéré comme souffrant ou comme relevant d'un abord médical (13). Plus qu'en difficulté à le reconnaître, les soignants semblent surtout en difficulté à le considérer. Que faire face à cet homme ou cette femme qui se montre sous un jour particulier : endormi ou violent, désorienté ou incohérent, dérangent. Cette question pèse lourdement sur les soignants, confrontés à la répétition (1, 2) ou à une hypothétique mise en échec de leurs actions de soin face à la succession des épisodes.

Résultats présentés

L'incidence des IEA arrivant à l'hôpital dans cette procédure est inférieure aux données des recherches systématiques (10 à 15 %), mais correspond aux diagnostics cliniques (3 à 5 %) (16). Le point essentiel de cette procédure est l'indication médicale du dosage et non pas la systématisation de la mesure. La subjectivité dans l'indication du dosage d'alcoolémie cible une population en difficulté avec l'alcool : mésusage plus de neuf fois sur dix. Cette subjectivité est un élément important de ce travail. L'objectif de la procédure n'est pas l'exhaustivité, mais l'approche d'une population identifiée comme en difficulté avec l'alcool, tout en utilisant une donnée existante, en informant le malade et en promouvant les soins addictologiques.

Les caractéristiques sociodémographiques sont identiques à celles que nous avons notées dix ans auparavant (4). Les valeurs d'alcoolémie appellent peu de commentaires, même si un niveau plus bas que lors d'autres études peut être noté (1, 16). Les IEA itératives dans l'année sont minoritaires : 16 % dans notre travail et 13 % dans l'étude princeps de Léry (1) similaire aux données publiées (4, 16). Malgré

cela, la répétition des IEA pèse lourd psychologiquement (1, 2). Les allées et venues du patient amènent une certaine familiarité, on le connaît bien... Au fil du temps et des médecins, on se pose même la question de la contrainte aux soins. 15 % d'IEA non hospitalisées sont dans ce travail une très faible proportion face aux données de la littérature (72 %) lors de recherche systématiques (11, 13).

Les répartitions horaires et hebdomadaires sont aussi concordantes à la littérature (4, 16), avec une surreprésentation de 18 h à 4 h et sur les trois jours de fin de semaine. Sur ces jours, une tendance se dessine avec des valeurs d'alcoolémie plus basses et des âges plus jeunes. Nous supposons que cette période recouvre des alcoolisations plus occasionnelles de personnes moins tolérantes.

La variation selon les âges des valeurs moyennes d'alcoolémie nous semble remarquable (4, 18), avec un maximum dans la quatrième décade de la vie. Nous suggérons qu'il y aurait une plus grande tolérance aux effets psychoactifs de l'alcool à ces âges. Cette hypothèse souligne la vulnérabilité des plus jeunes et des plus âgés, avec en corollaire la nécessité de considérer la fragilité physiologique qu'amène le vieillissement (18), renforcée par les pathologies coexistantes et les prises associées de médicaments psychoactifs.

Un résultat majeur de ce travail est la prévalence élevée des dommages de l'alcool repérés (69 %, sur un seul entretien) et la rareté des usagers simples (8 %). Une valeur d'alcoolémie basse (au-dessus de 0,5 g/l) n'amoindrit que peu ce constat, avec autant de dommages dus à l'alcool identifiés, et surtout 70 % de mésusage d'alcool. Le taux de l'alcoolémie n'a aucune valeur pronostique, et surtout pas de valeur de réassurance si le taux est peu élevé.

On retrouve de manière attendue un accroissement des dommages identifiés en cas d'abus puis de dépendance à l'alcool. Par contre, les variations de répartition entre statuts vis-à-vis de l'alcool et l'âge sont mal expliqués. Y a-t-il réellement moins de dépendances en dehors des quatrième et cinquième décades, ou a-t-on plus de réticences à poser ce diagnostic en dehors de ces âges ? Selon le sexe, la tendance non significative à identifier moins d'alcoolodépendants chez les femmes que chez les hommes relève-t-elle aussi d'une réalité épidémiologique, ou de réticences des soignants (même d'une équipe spécialisée en addictologie...) ? Les représentations sociales de l'alcool et de ses dommages sont variables selon le sexe et les âges de la vie, et peuvent aussi expliquer ces variations.

La mortalité des IEA est réputée rare (20). Les décès directement liés à l'intoxication sont en effet peu fréquents

(aucun dans ce travail). En revanche, ce sont les circonstances pathologiques ou traumatiques associées qui peuvent engager le pronostic vital. La majorité des décès est due à une mort violente (20), comme nous le constatons. La part importante d'hémorragies intracrâniennes nous semble devoir être notée, même si les circonstances traumatiques ne sont pas toujours évidentes.

Une procédure clinique

L'idée de prendre en compte les ivresses à l'hôpital n'est pas nouvelle. Dès les années 1980, à Lyon, cette question a amené un groupe de travail en alcoologie à réfléchir sur le sujet (1, 2). À partir d'études rétrospectives menées il y a dix ans (4, 18) et des données cliniques prospectives de l'activité d'alcoologie de liaison dans l'établissement, nous avons considéré l'ensemble des IEA arrivant dans un hôpital de moyenne importance. "*L'hôpital général : un lieu privilégié d'accueil de l'ivresse*" disait Léry (2). Certes, mais la qualité de l'accueil peut grandement varier. Entre rejet ou maltraitance (3, 21), voire erreurs diagnostiques (6), assez peu de ces situations bénéficient d'une offre de soin adaptée.

L'ivresse alcoolique, point de départ de toute alcoolisation pathologique suggérait Adès (22). L'IEA arrivant à l'hôpital est l'une des manifestations les plus visibles du mésusage d'alcool. C'est aussi une opportunité pour que malades et soignants se rencontrent. Mais combien de patients affirment ne jamais être ivres, tout en s'alcoolisant régulièrement et notablement ? Peut-on s'alcooliser sans s'enivrer ? N'existerait-il pas plutôt une tolérance et une habitude aux effets enivrants qui font considérer cet état comme "normal" ? La répétition des ivresses n'étant plus que la poursuite de la "*chimère de l'ivresse sans l'atteindre*" (22).

Nous souhaitons défendre une approche clinique rigoureuse des IEA, avec une qualité de soin optimale, en correspondance avec l'offre générale d'un centre hospitalier, et dans un second temps, promouvoir un temps de parole. Tenter de mettre des mots sur un acte, proposer de réfléchir à deux, entendre une souffrance et aller au-devant d'une demande d'aide (23) nous semblent autant de projets utiles. Cette approche a toute sa place dans les soins hospitaliers en addictologie et parmi les missions des équipes de liaison (14, 24). Elle demeure toujours d'actualité dans le dernier plan de prise en charge des addictions (25).

L'intérêt du dosage de l'alcoolémie

Évaluer le mode de relation à l'alcool est un acte clinique, et ne repose pas sur un quelconque examen complémen-

taire. Le dosage de l'alcoolémie ne sert pas non plus dans cette perspective, pas plus que tout autre dosage (26). Cependant, l'alcoolémie est le meilleur indicateur biologique de mésusage d'alcool lors de traumatismes (27). Le constat d'une alcoolémie positive (et sans aucun seuil de valeur) a une meilleure sensibilité (68 %), spécificité (94 %), valeur prédictive positive et négative que tout autre dosage biologique dans l'étude de Savola et al. (27) ; supérieures au gamma-glutamyl-transpeptidases, au volume globulaire moyen, aux transaminases ou à la transferrine désyalisée (CDT) (27). Nous faisons le même constat avec 92 % de mésusages d'alcool repérés par le seul dosage de l'alcoolémie (non systématique) dans le cadre de l'activité normale du service d'urgence.

Une alcoolémie positive à l'admission à l'hôpital est un indicateur de mésusage d'alcool et sélectionne une population redevable d'interventions en alcoologie (27). Nous valorisons les projets de travail de liaison à partir de ce dosage, plutôt que d'attendre une demande des soignants. En cela, nous allons au-devant de la demande de soin, nous agissons dans le respect du soigné, mais en référence à une avance de la parole (23) : aller parler d'alcool avant que la demande de soin explicite n'arrive.

L'entretien peut être déculpabilisant ou tout du moins soulageant. Ce propos est conforme aux Recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES de 2001 (26) qui propose pour toute IEA *"d'effectuer systématiquement le dépistage d'un problème avec l'alcool grâce à l'entretien clinique"*. Le délai d'intervention semble important. Plus il est court entre le repérage et l'intervention en alcoologie, plus celle-ci semble efficiente (28). La durée du moment privilégié entre l'arrivée à l'hôpital et l'intervention en alcoologie – *teachable moment* selon Friedman ou Williams (28, 29) – est brève, ainsi que le temps propice à une action de soin. Pour cela, une intervention clinique immédiate plutôt qu'un courrier d'orientation vers une consultation future a été préférée (30-32).

L'IEA ou l'ivresse ?

Les ivresses n'ont longtemps suscité que peu d'intérêt dans le monde médical. En 1992, la Conférence de consensus en médecine d'urgence – *"L'intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence"* (33, 34) – a officialisé un début de reconnaissance clinique. L'identification de l'activité d'alcoologie (35) puis d'addictologie (24, 36) de liaison a ensuite permis de considérer cela, et parfois d'offrir une réponse hospitalière. En 2001, l'ANAES a

publié des Recommandations pour la pratique clinique sur les *"Orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins"* (26).

C'est surtout la clinique de l'IEA, ses complications, sa prise en charge toxicologique qui a été décrite (20, 37-40). Le dernier paragraphe de la Conférence de consensus en médecine d'urgence de 1992 (33, 34) proposait que *"comme pour toute intoxication, l'approche par la parole doit être effectuée au sortir de la phase aiguë de l'IEA"* (33). L'actualisation de cette Conférence de consensus en 2003 (34) propose *"qu'une fois la phase aiguë passée, il existe une prise en compte du devenir avec analyse de la situation sociale, professionnelles et familiale, sensibilisation du patient sur sa maladie et élaboration d'une stratégie thérapeutique"* ; par ailleurs, *"l'intérêt d'un entretien bref, au décours immédiat de l'IEA, par une personne formée à ce type de prise en charge a montré son efficacité"* (34). Ces propos répondent en écho à la mise en place des équipes de liaison (24) et leurs missions.

Stratégies de prise en charge de l'IEA

D'abord dans la région lyonnaise dans les années 1980 (1, 2), puis à l'hôpital Beaujon (Clichy) dans les années 1990 (31, 32) et surtout dans la Conférence de consensus de 1992 (33, 34), apparaît l'idée d'un entretien avec le malade hospitalisé pour IEA, après la phase aiguë. La référence est celle des interventions brèves ou ultra-brèves (34, 41).

En service d'urgence, moins de la moitié des sujets expriment une relation entre alcool et situation de soin actuelle (42), et cela d'autant plus souvent que les quantités bues sont perçues comme importantes ou qu'il existe une perception de l'ivresse : *feeling drunk* (42). Relier un événement aux effets d'une alcoolisation, qui plus est en cas d'IEA, a un intérêt dans l'objectif d'interventions brèves. Cet intérêt se situe dans l'hypothèse où la motivation au changement sera plus grande si le lien entre la consommation d'alcool et le dommage présenté est fait (42, 43).

Toute ivresse arrivant aux urgences doit être considérée comme une consommation d'alcool pathologique et doit impliquer une prise en charge alcoologique avec au moins une proposition de soin, rappelle l'équipe de Reynaud (9). Cette notion déjà valorisée par d'autres auteurs (44, 45) rappelle la possible existence d'un état pathologique derrière l'ivresse. L'IEA est un symptôme à analyser et prendre en compte (45). L'IEA aux urgences est une urgence médi-

cale ou psychiatrique à part entière. Elle n'est ni banale (11), ni conjoncturelle, et il faut se méfier d'attitudes permissives ou complaisantes vis-à-vis de l'ivresse (11), comme des tentatives de minimisation par l'ironie ou la polarisation sur le seul plaisir de l'ivresse (1). Elle est la partie visible d'une situation de mésusage d'alcool qui arrive devant une équipe soignante ; elle émaille souvent une alcoolisation chronique (46), sans pouvoir être seulement assimilée à une forme paroxystique et sporadique d'alcoolisation (47). L'ivresse d'un sujet alcoolodépendant n'est ni fortuite ni inopinée rappelle Gonnet (48). C'est une opportunité d'échange, d'information ou d'éducation pour la santé (29).

L'intérêt des interventions brèves est maintenant bien établi (29, 41, 49, 50), y compris en milieu hospitalier (29, 49). Simples à mettre en place, elles font partie des compétences possibles de tout soignant dans une relation d'aide, ce que les personnels infirmiers en France connaissent bien. L'équipe de Clermont-Ferrand a parfaitement résumé tout ces enjeux dans le titre de deux articles : "Le patient alcoolisé, un client si présent et si oublié des urgences" (13) et "Transformer la cuite dans un coin des urgences en prise en charge de l'IEA" (11).

Coïncidence, opportunité... ou mieux ?

Se retrouver hospitalisé autour d'une IEA relève-t-il simplement de la péripétie survenant dans un parcours d'usage ou de mésusage d'alcool ? Arrivant souvent tard dans une longue histoire entre une personne et l'alcool (2), cet épisode ne serait-il qu'un avatar de plus ? Nous suggérons une hypothèse différente, considérant le nombre d'alcoolisations qui se "terminent" à domicile, pourquoi certaines arrivent-elles à l'hôpital ? Bien entendu, les dommages immédiats, les accidents, les crises peuvent l'expliquer, mais cela ne correspond pas à toutes les situations. Si le malade en difficulté avec l'alcool est souvent aussi en difficulté avec la parole, la verbalisation de sa souffrance ou ses demandes d'aides, l'IEA hospitalisée n'est-elle pas simplement l'expression d'une demande non verbalisée ? Osterman rappelait que *"l'alcoolique vient témoigner d'un état, et se contente souvent de se montrer ; il ne demande rien"* (23). Alors plutôt que des mots, c'est l'acte qui signifie les difficultés et la demande d'aide. Cette hypothèse veut présupposer l'existence "d'ivresses appel", que les soignants devraient entendre et prendre en compte. La notion d'appel recouvre l'acte de celui qui ne peut mettre des mots. Cet acte est montré au soignant. L'IEA est une manifestation clinique suffisamment bruyante. Au soignant de ne pas détourner

son regard clinique de celui qui plus ou moins volontairement mais maladroitement l'interpelle. Comment *"parler d'alcool à des patients qui ne demandent rien ?"* (14). Mais ne demandent-ils vraiment rien ? Nous ne le pensons pas. Par contre, nous pensons devoir porter toute notre attention à cette personne qui maladroitement ne peut parler de sa souffrance et de l'alcool, et qui faute de mieux en est réduite à le montrer. Alors, aux soignants de mettre des mots sur les actes, de proposer une alternative à la répétition...

Gonnet, différenciant la notion d'ivresse et d'ivreté (48), propose de médicaliser l'ivresse, comme une situation clinique relevant de soins. Il conseille d'organiser un discours du lendemain. Dans ce cadre, l'avance de la parole nous semble une référence tout à fait opportune (23). Cette notion propose de "faire crédit au patient", en lui parlant de *"la souffrance qu'on lui suppose"*, en indiquant *"au buveur la valeur que l'on est prêt à accorder à son dire"*. En cela, l'abord d'une personne alcoolisée en parole est l'occasion de reconnaître son humanité malgré le jour présenté, sous le masque de l'alcool, des troubles du comportement, de la violence...

Lors d'une intervention en alcoologie à l'hôpital, le résultat n'est que rarement visible (14). Ce point doit être connu, et il ne remet pas en cause l'intérêt du soin. Le temps accordé au malade pour faire un travail d'acceptation des soins, de maturation de sa demande est utile, en ne le cantonnant pas au rôle de patient.

Conclusion

Être hospitalisé avec une alcoolémie mesurée positive à l'admission cible une population en difficulté avec l'alcool plus de neuf fois sur dix. L'approche de soin ne peut se limiter à un abord toxicologique. La rencontre de ces malades par un professionnel en addictologie, dans le cadre d'une procédure systématique, est possible et répond au cadre de l'addictologie hospitalière de liaison, en organisant un discours du lendemain de l'ivresse. Ce travail s'intègre aux missions de l'hôpital en accueillant et prenant en soin des sujets en souffrance, y compris en lien avec un mésusage d'alcool. ■

Remerciements. – Aux Drs D. Settelen et P. Batel pour leur soutien dans la mise en place de cette procédure, à Mme C. Ducoté pour l'important travail de saisie des données.

P. Menecier, D. Clair, C. Collovray et al.
Intoxications éthyliques aiguës hospitalisées. Analyse d'une
procédure de rencontre systématique

Alcoologie et Addictologie 2008 ; 30 (3) : 251-259

Références bibliographiques

- 1 - Léry N, Zemni M, Catix G, Bonvoisin S. Ivresses aiguës en urgence hospitalière. Étude des rechutes. *J Méd Légale – Droit Méd* 1985 ; 28 (5) : 645-652.
- 2 - Léry N. Responsabilité du médecin et stratégies de prise en charge de l'ivresse aiguë. *Réan Urg* 1992 ; 1 (4 bis) : 698-704.
- 3 - Menecier P, Menecier-Ossia L, Fein F, Naouri C. Durée de séjour hospitalier des patients admis pour ivresse et alcoolémie d'entrée : une relation inverse. *Presse Méd* 1997 ; 26 (27) : 1292-1293.
- 4 - Menecier P, Menecier-Ossia L, Piroth L, Naouri C, Vialle A, Simonin C. Place du dosage de l'alcoolémie dans une activité d'alcoologie hospitalière. *Alcoologie* 1998 ; 20 (3) : 239-244.
- 5 - Menecier P, Menecier-Ossia L, Piroth L, Simonin C. L'hypoglycémie alcoolique existe-t-elle ? *Réan Urg* 1998 ; 7 (6) : 637-642.
- 6 - Menecier P, Menecier-Ossia L, Rotheval L, Vialle A. L'ivresse alcoolique : une situation à ne pas négliger. *Concours Médical* 1999 ; 121 (38) : 2959-2962.
- 7 - Pirmohamed M, Brown C, Owens L, Luke C, Gilmore IT, Beckenbridge AM et al. The burden of alcohol misuse on an inner-city general hospital. *Q J Med* 2000 ; 93 : 291-295.
- 8 - Gaudin C, Niquille M, Burnand B, Yersin B. Identification de l'alcoolisme et propositions thérapeutiques : une étude en hôpital général. *Schweiz med Wschr* 1992 ; 122 (31/32) : 1159-1167.
- 9 - Benyamina A, Bouchez J, Rahioui H, Reynaud M. Urgences psychiatriques en addictologie. *Rev Praticien* 2003 ; 53 : 1201-1208.
- 10 - Chen CH, Chen WJ, Cheng AT. Prevalence and identification of alcohol use disorders among nonpsychiatric inpatients in one general hospital. *Gen Hosp Psychiat* 2004 ; 26 (3) : 219-225.
- 11 - Plane M, Poncet F, Boussiron D, Reynaud M. Transformer "la cuite" dans un coin des urgences en une prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë. *Dépendances* 1997 ; 9 (1) : 25-30.
- 12 - Balmès JL, Daurès JP, Paray-Fabbro P, Possoz P, Trétarre B. Estimation de la prévalence de l'alcoolisation excessive dans la population hospitalisée au CHU de Nîmes sur une période de trois mois. *Alcoologie* 1995 ; 17 (4) : 307-313.
- 13 - Poncet F, Feral A. le patient alcoolisé : un "client" si présent et si oublié des urgences. *Courrier des addictions* 2002 ; 4 : 137-141.
- 14 - Guillo F. Parler d'alcool à des patients qui ne demandent rien. *Rev Méd Suisse* 2005 ; 1 : 1712-1716.
- 15 - Allemand H, Villamie M, Deudin P, Monnet E. Étude épidémiologique de l'alcoolisation chez 3 079 sujets admis consécutivement dans un service d'accueil-urgence. *Alcoologie* 1990 ; 1 : 6-11.
- 16 - Tempelhoff G, Tempelhoff C. L'ivresse alcoolique aiguë au service d'accueil des urgences. Étude multicentrique. *Réan Urg* 1992 ; 1 (bis) : 640-644.
- 17 - Gache P. Assessment and diagnosis of alcohol problems in general practice. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1999 ; 88 (42) : 1693-1698.
- 18 - Menecier P, Simonin C, Menecier-Ossia L, Debatty D. Ivresse et alcoolopathies à l'hôpital après 75 ans. Étude rétrospective sur trois ans dans un centre hospitalier général. *Alcoologie* 1997 ; 19 (4) : 199-205.
- 19 - Menecier P, Menecier-Ossia L, Collovray C. Les difficultés à parler d'alcool avec des personnes âgées. *Soins Gériatrie* 2006 ; 60 : 40-42.
- 20 - Bourrier P, Gouello JP. Complications des ivresses éthyliques aiguës (en dehors des complications traumatiques et psychiques). *Réan Urg* 1992 ; 1 : 665-672.
- 21 - Menecier P, Levêque L, Gasquez C, Sauvage PJ. L'ivresse était presque parfaite. *Le Concours Médical* 1997 ; 119 (9) : 613-614.
- 22 - Adès J. Les modèles cliniques (des ivresses). Les ivresses. Bordeaux : L'Esprit du temps, 1994.
- 23 - Osterman G, Rigaud A. Comment faire l'avance de la parole auprès du patient alcoolodépendant *Journal psychiatrie privée* 2001 ; 15 : 21-24.
- 24 - Fleury B. L'équipe de liaison. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 241-248.
- 25 - République Française, Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan 2007-2011, Prise en charge et prévention des addictions. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006.
- 26 - ANAES. Orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : ANAES, 2001.
- 27 - Savola O, Niemela O, Hillbom M. Blood alcohol is the best indicator of hazardous alcohol drinking in young adults and working-age patients with trauma. *Alcohol Alcoholism* 2004 ; 39 (4) : 340-345.
- 28 - Williams S, Brown A, Patton R, Crawford MJ, Touquet R. The half-life of the "teachable moment" for alcohol misusing patients in the emergency department. *Drug Alcohol Depend* 2005 ; 77 (2) : 205-208.
- 29 - Malone D, Friedman T. Drunken patients in the general hospital: their care and management. *Postgraduate Med J* 2005 ; 81 : 161-166.
- 30 - Nordqvist C, Wilhelm E, Bendtsen P. Can screening and simple written advice reduce excessive alcohol consumption among emergency care patients? *Alcohol Alcoholism* 2005 ; 40 (5) : 401-408.
- 31 - Batel P, Pessione F, Bouvier AM, Rueff B. Prompting alcoholics to be referred to an alcohol clinic: the effectiveness of a simple letter. *Addiction* 1995 ; 90 : 811-814.
- 32 - Bouvier AM, Batel P, Pessione F, Rueff B. Efficacité d'une simple lettre pour adresser des patients admis dans un service d'accueil et d'urgence pour intoxication éthylique aiguë à un service d'alcoologie. Une étude contrôlée. *Réan Urg* 1995 ; 5 (3) : 337-340.
- 33 - Société Francophone d'Urgences Médicales. Deuxième conférence de consensus en médecine d'urgence. L'intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence. *Réan Urg* 1992 ; 1 (bis) : 633-639.
- 34 - Société Francophone d'Urgences Médicales. Actualisation des conférences de consensus. L'ivresse éthylique aiguë aux urgences (1992). *JEUR* 2003 ; 16 : 48-57.
- 35 - République Française. Circulaire DH/EO4 96-557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalières de liaison.
- 36 - République Française. Circulaire DHOS/O2-DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation de soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.
- 37 - Straub D, Aymard F. Les complications psychiatriques de l'ivresse aiguë. *Réan Urg* 1992 ; 1 : 645-649.
- 38 - Hericord P, Luquel L. Conduite à tenir et surveillance. L'intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgences. *Réan Urg* 1992 ; 1 : 695-697.
- 39 - Simon N, Frey A, Rabault N. Sur quels critères cliniques ou para-cliniques au cours d'une ivresse, doit-on rechercher une pathologie sous-jacente ? *Réan Urg* 1992 ; 1 (bis) : 653-659.
- 40 - Davido A, Levy A, Leplat P, Ecollan P, Gasparitto C, Bessa Z. Présentation clinique de l'ivresse alcoolique aiguë complications exclues. *Réan Urg* 1992 ; 1 : 645-649.
- 41 - WHO Brief Interventions Study Group. A cross national trial of brief interventions with heavy drinkers. *Am J Public Health* 1996 ; 86 : 948-955.
- 42 - Cherpitel CJ, Bond J, Ye Y, Borges G, Room R, Poznyak V, Hao W. Multi-level analysis of causal attribution of injury to alcohol and modifying effects: data from two international emergency room projects. *Drug Alcohol Depend* 2006 ; 82 (3) : 258-268.
- 43 - Patton R, Crawford M, Touquet R. Hazardous drinkers in the accident and emergency department: who attends an appointment with the alcohol health worker? *Emerg Med J* 2005 ; 22 (10) : 722-723.
- 44 - Barrucand D. Traitement et prévention des ivresses. In : Pélicier Y. Les ivresses sens et non-sens. Bordeaux : L'Esprit du temps, 1994 : 174-181.
- 45 - Martineau W. Quelles ivresses aiguës demandent un suivi psychiatrique ou alcoologique ? *Réan Urg* 1992 ; 1 (4bis) : 677-680.
- 46 - Rueff B. Mise en évidence d'une intoxication éthylique chronique sous-jacente chez une personne examinée à l'occasion d'une ivresse. *Réan Urg* 1992 ; 1 (bis) : 660-664.
- 47 - Pinto E, Anseau M. Les alcoolisations paroxystiques. *Rev Méd Liège* 2004 ; 59 (5) : 297-300.
- 48 - Gonnet F. Typologie des ivresses. De l'ivreté aux ivresses associées et répétées. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (4) : 325-330.
- 49 - Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting. *BMJ* 2004 ; 328 (7435) : 318.
- 50 - Emmen MJ, Wollersheim H, Bleijenberg G, Schippers GM. How to optimise interventions for problem drinking among hospital outpatients. *Neth J Med* 2005 ; 63 (11) : 421-427.