



**ORIENTATIONS DIAGNOSTIQUES
ET PRISE EN CHARGE,
AU DÉCOURS D'UNE INTOXICATION
ÉTHYLIQUE AIGUË,
DES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**

SEPTEMBRE 2001

Service des recommandations professionnelles

Ce document a été finalisé en Septembre 2001. Il peut être acheté (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2003. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ces recommandations ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé.

Elles ont été rédigées sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en collaboration avec des représentants de :

- la Société française d'alcoologie ;
- la Société francophone d'urgences médicales ;
- la Société nationale française de gastro-entérologie ;
- l'Association française des équipes hospitalières de liaison d'addictologie et alcoologie ;
- le Collège universitaire national des enseignants de la capacité de toxicomanies et alcoologie.

La méthode de travail utilisée a été celle décrite dans le guide «Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'ANAES, en 1999.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été coordonnée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de M^{lle} Sylvie LASCOLS, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service de documentation.

Le secrétariat a été réalisé par M^{lle} Sabine FARNIER et M^{lle} Nathalie COUVINEAU.

L'ANAES tient à remercier les membres du comité d'organisation, du groupe de travail et du groupe de lecture, ainsi que les membres de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

D^f Jean-Yves BENARD, représentant de la Société française d'alcoologie

P^f Patrice COUZIGOU, représentant de la Société nationale française de gastro-entérologie

D^f Jean-Marc PHILIPPE, représentant de la Société francophone d'urgences médicales

P^f Jean-Dominique FAVRE, représentant de la Société française d'alcoologie

P^f Michel REYNAUD, représentant de la Société française d'alcoologie et du Collège universitaire national

des enseignants de la capacité de toxicomanies et alcoologie

D^f Raymund SCHWAN, représentant du Collège universitaire national des enseignants de la capacité de toxicomanies et alcoologie et de l'Association française des équipes hospitalières de liaison d'addictologie et alcoologie

GROUPE DE TRAVAIL

P^f Jacques BOUGET, urgentiste, RENNES – Président du groupe de travail

D^f Raymund SCHWAN, psychiatre alcoologue, CLERMONT-FERRAND – Chargé de projet

D^f Patrice DOSQUET, ANAES, PARIS – Chef de projet

D^f Jean-Jacques BOURCART, généraliste, PARIS

M. Daniel DABIT, association Vie libre, CLICHY

M^{me} Martine DENIS, infirmière urgentiste, NIORT

D^f Benoît FLEURY, interniste alcoologue, PESSAC

D^f Henri GOMEZ, hépato-gastro-entérologue alcoologue, TOULOUSE

M^{me} Bernadette JUTTEAU, assistante sociale, LILLE

D^f Patrick LEBRIN, urgentiste, BRY-SUR-MARNE

P^f Michel LEJOYEUX, psychiatre, COLOMBES

D^f Philippe MICHAUD, généraliste alcoologue, GENNEVILLIERS

D^f Caroline MIGNOT, pédiatre médecine des adolescents, LE KREMLIN-BICÊTRE

D^f Jean-Marc PHILIPPE, urgentiste, AURILLAC

D^f Georges PICHEROT, pédiatre, NANTES

GROUPE DE LECTURE

P^f Denis BARON, urgentiste, NANTES
D^f Jean-Marc BEAUFILS, urgentiste, BLOIS
D^f Jean-Yves BENARD, psychiatre, LA
MEMBROLLE SUR CHOISILLE
D^f Pascal BERENGER, alcoologue addictologue,
CHAMBÉRY
P^f Bernard BOUDAILLIEZ, pédiatre, AMIENS
D^f Didier BOUSSIRON, alcoologue, CLERMONT-
FERRAND
D^f Anne-Marie BOUVIER, urgentiste, PARIS
D^f Philippe BRETAGNOLLE, gastro-entérologue,
CHAMBÉRY
P^f Jonathan CHICK, psychiatre, ÉDIMBOURG
M^{me} Christine CESARI, assistante sociale, VICHY
M. Baptiste COHEN, psychologue, association
Drogues alcool tabac info service, PARIS
D^f Valérie COUTURIER, urgentiste, AURILLAC
M^{me} Marie-Anne DANTZER, sage-femme, NICE
D^f Marie-Claire DAVANTURE-TEMPIER,
anesthésiste-réanimateur alcoologue, AUTEUIL
D^f Nicolas DEDIEU-ANGLADE, généraliste,
BOURGES
D^f Jean-Louis DUCASSÉ, réanimateur urgentiste,
TOULOUSE
P^f Bertrand DUREUIL, anesthésiste-réanimateur,
ROUEN
P^f Jean-Marc ELCHARDUS, psychiatre, LYON
P^f Jean-Dominique FAVRE, psychiatre alcoologue,
CLAMART
D^f Jacques FRIBOURG, urgentiste, TRAPPES
D^f Jean-Luc GALLAIS, généraliste,
AUBERVILLIERS
D^f Claudine GILLET, addictologue, NANCY
D^f Jacques GLIKMAN, psychiatre, SAINT-DENIS

D^f François GONNET, interniste alcoologue, LYON
D^f Pierre GUIBÉ, alcoologue, PONTOISE
D^f Paul KIRITZÉ-TOPOR, généraliste alcoologue,
BEAUPRÉAU
D^f Vincent LAFAY, urgentiste, MARSEILLE
D^f Guillaume LALANDE, urgentiste, TROYES
D^f Laurence LAUVIN, médecin de santé publique,
RENNES
M. François MOUREAU, association Alcool assistance
La croix d'or, CHAVAGNE
P^f François PAILLE, interniste alcoologue, NANCY
D^f Philippe PARADIS, médecin de santé publique,
MAUBEUGE
P^f Philippe PARQUET, psychiatre addictologue,
LILLE
P^f Dominique PATERON, urgentiste, BONDY
M. Jacques RANDU, association Alcool assistance,
PARIS
D^f Michel RÉOCREUX, psychiatre alcoologue, ALBI
P^f Michel REYNAUD, psychiatre addictologue,
VILLEJUIF
D^f Jean-Marie REYNES, interniste, ALÈS-EN-
CÉVENNES
D^f Thierry RUSTERHOLTZ, urgentiste,
STRASBOURG
D^f Alain SAUNÉ, toxicologue, TOULOUSE
P^f Jean-Louis TERRA, psychiatre, LYON
D^f Pascal TIEGHEM, alcoologue, AULNAY-SOUS-
BOIS
D^f Samir TILIKETE, psychiatre, LIMEIL-
BRÉVANNES
D^f Emmanuelle WOLLMAN, chercheur, PARIS

RECOMMANDATIONS

I. PRÉAMBULE

I.1. Thème des recommandations et patients concernés

Les recommandations concernent la prise en charge alcoologique initiale des patients admis pour une intoxication éthylique aiguë (IEA) dans les services d'urgences (SU) hospitalières publics ou privés, ou autres lieux de soins de premier recours, qu'il y ait ou non admission en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Les recommandations ne détaillent pas la prise en charge diagnostique et thérapeutique initiale de l'IEA, qui peut être très variable en fonction de ses symptômes et de sa gravité.

Les patients concernés sont ceux qui ont une IEA isolée et motivant à elle seule le recours au SU, ou associée à un autre motif d'admission (par exemple, urgence traumatologique), et dont la prise en charge ultérieure, après le passage en SU ou en UHCD, ne nécessite pas de soins autres que des soins alcoologiques. Les recommandations concernent également l'IEA volontaire chez les adolescents.

Les malades admis aux urgences pour poly-intoxications ou tentatives de suicide (TS) comportant une alcoolisation ne sont pas concernés par ces recommandations, pas plus que ceux qui se présentent en SU pour une demande de sevrage.

I.2. Cibles professionnelles des recommandations

Les recommandations s'appliquent en priorité aux acteurs hospitaliers (équipe soignante, médecins, internes, assistantes sociales, étudiants en médecine, mais aussi alcoologues et psychiatres) susceptibles de prendre en charge les patients en SU ou en UHCD. Elles concernent également l'ensemble des médecins, en particulier généralistes, les assistantes sociales et les infirmier(e)s qui pourront prendre en charge ou conseiller ultérieurement les patients. Elles devraient être connues des instances assurant la prise en charge préhospitalière des patients (forces de police et de gendarmerie, pompiers, secouristes).

I.3. Niveaux de preuve des recommandations

Une *recommandation de grade A* est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve. Une *recommandation de grade B* est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire. Une *recommandation de grade C* est fondée sur des études de faible niveau de preuve. En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un *accord professionnel* exprimé par le groupe de travail et le groupe de lecture.

I.4. Types de conduite d'alcoolisation

Parmi les différents types de consommation d'alcool, on distingue actuellement l'*usage* et le *mésusage* qui recouvre l'*usage à risque*, l'*usage nocif* (terminologie qu'il faut préférer à abus) et l'*usage avec dépendance* (voir encadré 1 à la fin des recommandations).

L'usage nocif et la dépendance sont définis dans la CIM-10 et le DSM-IV (voir encadrés 2 et 3). Il est recommandé d'utiliser les critères de l'un de ces deux systèmes de classification pour distinguer ces types de mésusage d'alcool.

Une IEA conduisant à une prise en charge en SU ne peut pas être considérée seulement comme un usage à risque. Elle traduit forcément un usage nocif ou une alcoolodépendance.

II. JUSTIFICATIONS DE L'INTERVENTION ALCOOLOGIQUE AUX URGENCES

L'admission en SU pour IEA constitue en tant que telle un problème lié à l'alcool et est un élément prédictif d'une consommation d'alcool exposant à une morbidité et à une mortalité accrues (grade B). Elle justifie une prise en charge alcoologique.

Dans les SU, les professionnels de santé doivent éviter d'assimiler toutes les IEA à des consommations festives. Il convient d'éviter toute banalisation de l'IEA dans le contexte des SU. *A priori*, les IEA motivant le recours aux SU constituent en elles-mêmes au minimum un usage nocif d'alcool (grade B) ou témoignent d'une situation à problème (problème psychologique, familial, social, etc.).

Toute IEA constatée dans un SU doit faire l'objet d'une évaluation de la situation alcoologique afin de proposer si besoin au patient une prise en charge alcoologique visant à lui permettre de contrôler sa consommation d'alcool. Pour cela, les interventions alcoologiques doivent pouvoir être débutées dans les SU.

III. ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

L'enjeu principal dans les SU est de faire dans un temps très limité une évaluation qui permette :

- 1) d'objectiver le problème d'alcool ;
- 2) d'informer le patient sur sa consommation et ses risques ;
- 3) de l'orienter si besoin en conséquence.

III.1. Diagnostic de l'intoxication éthylique aiguë

Le diagnostic d'IEA ne fait pas l'objet des présentes recommandations. Il a été abordé dans les recommandations de la conférence de consensus organisée par la Société francophone d'urgences médicales en 1992, qui sont toujours d'actualité.

Il est rappelé que le diagnostic d'IEA est le plus souvent clinique, que les signes d'IEA ne sont pas spécifiques et que leur sensibilité dépend du niveau d'imprégnation alcoologique du patient et de sa tolérance à l'alcool.

Il n'est pas recommandé de mesurer systématiquement la concentration d'éthanol dans le sang ou dans l'air expiré pour retenir le diagnostic d'IEA. Si une prise en charge

alcoologique est effectivement débutée, l'intérêt de ce dosage est de lutter contre le déni, d'aider au repérage du mésusage et d'amorcer un processus de soin.

III.2. Diagnostic du type de conduite d'alcoolisation

Le diagnostic de la situation du patient vis-à-vis de l'alcool est avant tout clinique, à l'aide d'un entretien et si besoin de questionnaires. Le temps consacré au diagnostic doit être suffisant pour permettre de proposer une prise en charge adaptée au type de consommation d'alcool.

III.2.1. Questionnaire DETA (version française du questionnaire CAGE)

En cas d'admission pour IEA, le recueil du questionnaire standardisé DETA (voir *encadré 4*) est recommandé dans le but de confirmer l'existence d'un mésusage d'alcool.

Un score supérieur ou égal à 2 est en faveur d'un usage nocif ou d'une alcoolodépendance, mais ne permet pas de distinguer entre les deux. Cependant, la 4^e question interroge directement sur l'existence d'une dépendance physique.

Ce questionnaire est également utile pour les patients admis aux urgences pour un autre motif que l'IEA afin de repérer un mésusage d'alcool.

Le questionnaire DETA est conçu comme un autoquestionnaire, mais les questions peuvent être posées dans le cadre d'un dialogue avec le patient.

III.2.2. Consommation déclarée d'alcool

Pour lutter contre le déni, il est recommandé de connaître la consommation déclarée d'alcool (si possible en précisant le type de boissons consommées, le nombre de verres par jour, le nombre de jours de consommation par semaine, et le caractère régulier ou non de la consommation).

III.2.3. Distinction entre dépendance et non-dépendance

Dans le cadre de la démarche alcoologique, il est recommandé de distinguer le sujet alcoolodépendant du sujet non dépendant, en recherchant les signes physiques et psychiques de dépendance définis par le DSM-IV ou la CIM-10.

Dans ce cadre, le questionnaire standardisé AUDIT est utile (voir *encadré 5*). Il permet de distinguer l'alcoolodépendance probable (score >12 pour les hommes et >11 pour les femmes) de l'usage nocif (score entre 8 et 12 pour les hommes et entre 7 et 11 pour les femmes). Sa validation française est en cours de finalisation et les seuils indiqués ici nécessitent d'être confirmés. Cet autoquestionnaire est réalisable en 3 à 5 minutes.

III.3. Marqueurs biologiques d'une alcoolisation chronique à risque

La mesure systématique en SU des marqueurs biologiques de l'intoxication alcoolique n'est pas recommandée. Elle n'est justifiée que lorsqu'une démarche alcoologique est effectivement débutée.

L'augmentation du VGM et des taux de γ GT et de transferrine désialylée (CDT) est un témoin d'une alcoolisation régulière. Le VGM et la γ GT ont une spécificité moindre que la CDT.

Ces marqueurs ne permettent pas de faire la distinction entre l'usage nocif d'alcool et l'alcoolodépendance. Ils aident le médecin et le patient à objectiver le problème de l'alcoolisation et de ses conséquences. Les variations de leur taux dans le temps sont utiles dans le suivi alcoologique.

III.4. Évaluation des facteurs aggravants et de comorbidité

Il est recommandé de recueillir certains éléments psychiatriques, somatiques ou sociaux, permettant d'évaluer la gravité et le contexte de l'IEA, car ils peuvent nécessiter une prise en charge spécifique :

- consommations associées (de psychotropes par exemple) pouvant nécessiter un traitement spécifique en urgence ;
- conduites addictives associées nécessitant une consultation spécialisée en urgence ou une orientation ultérieure particulière ;
- problème psychiatrique (état délirant, troubles du comportement, risque suicidaire, antécédents de suivi psychiatrique ou suivi en cours) nécessitant une consultation spécialisée en urgence ;
- comorbidités somatiques nécessitant un traitement propre, événements de vie (deuil, séparation, perte d'emploi).

IV. PRISE EN CHARGE AU DÉCOURS DE L'INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGÜÈ

IV.1. Formation, attitudes et compétences des équipes soignantes

Une prise en charge optimale nécessite d'augmenter le niveau de compétence de ceux qui sont confrontés aux patients en difficulté avec l'alcool, et de valoriser le temps et la disponibilité qu'ils y consacrent. Il est recommandé de mettre en place des formations en alcoologie pour le personnel des SU, adaptées à leurs différentes catégories et à leurs missions.

La prise en charge de patients en difficulté avec l'alcool concerne l'ensemble de l'équipe du SU. Des attitudes négatives vis-à-vis des patients peuvent rendre impossible toute prise en charge ultérieure ou générer de l'agressivité, voire de la violence. L'expression de l'empathie par une écoute attentive des propos des patients est recommandée. Toute attitude moralisatrice est contre-productive et doit être évitée. De même, une bonne prise en charge se fonde sur la connaissance que doivent avoir les soignants de l'efficacité des prises en charge proposées.

Il est recommandé que l'ensemble de l'équipe connaisse la classification des conduites d'alcoolisation et partage des connaissances sur l'épidémiologie et les principes thérapeutiques des problèmes liés au mésusage de l'alcool.

Il est recommandé que l'ensemble de l'équipe sache aborder la question de la consommation d'alcool. En particulier, il est recommandé que tout membre de l'équipe soit

capable d'utiliser le questionnaire DETA et qu'un intervenant de l'équipe soit formé aux questions de l'addiction.

Il est recommandé que dans chaque SU soient identifiés de manière systématique tous les acteurs ressources disponibles dans l'environnement hospitalier et extrahospitalier pour la prise en charge alcoologique des patients.

Toutes les équipes des SU doivent pouvoir recourir à des intervenants spécialisés ayant reçu une formation adaptée aux questions d'addiction. Ces intervenants doivent être clairement identifiés et facilement mobilisables. Ils doivent avoir une bonne connaissance de toutes les structures locales et régionales susceptibles de prendre en charge les patients en difficulté avec l'alcool.

IV.2. Moment de la prise en charge

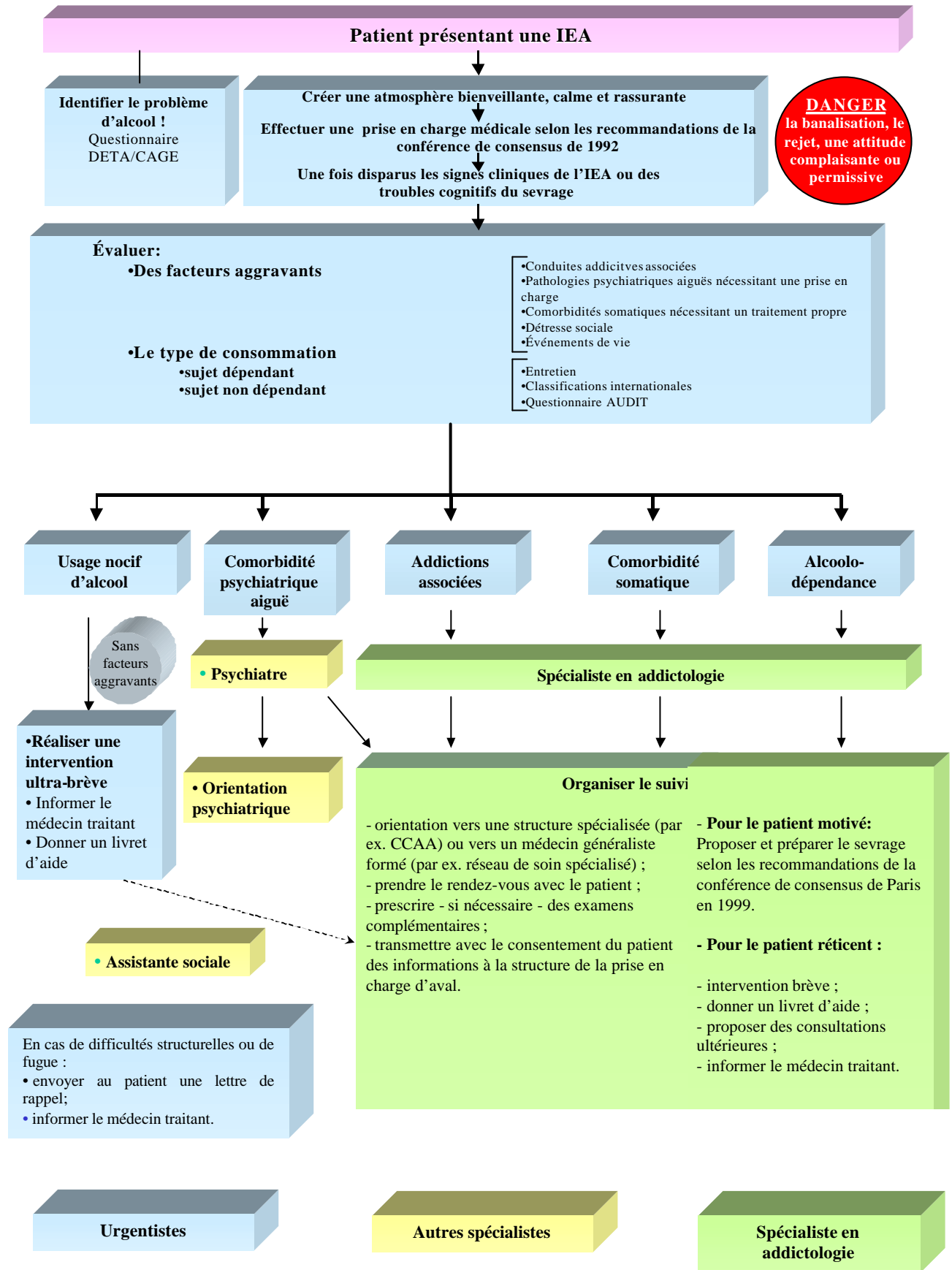
Il est recommandé que l'évaluation et la prise en charge se poursuivent systématiquement après disparition des signes cliniques initiaux d'IEA et en l'absence de troubles cognitifs de sevrage, au mieux après quelques heures en UHCD.

IV.3. Organisation de la prise en charge

Deux niveaux complémentaires de prise en charge sont recommandés (voir arbre de décision ci-après).

Le premier niveau est effectué par l'ensemble de l'équipe des urgences et doit pouvoir être réalisé en permanence. Après la prise en charge initiale et la disparition des signes cliniques d'IEA, et en l'absence de signes de sevrage, il consiste à faire la distinction entre les patients alcoolodépendants et non dépendants, et à rechercher des facteurs aggravants et/ou une comorbidité. En l'absence de tels facteurs, la réalisation d'une « intervention ultra-brève » selon le modèle proposé par l'OMS (voir *encadré 6*) est recommandée et le médecin traitant en est informé avec l'accord du patient. En présence de problèmes sociaux, l'intervention d'une assistante sociale est recommandée.

Le second niveau est une intervention spécialisée, effectuée selon les possibilités locales par les membres de l'équipe d'alcoologie et d'addictologie de liaison, de psychiatrie ou de l'équipe du SU ayant une formation en addictologie. La prise en charge des patients les plus difficiles est de leur ressort, en particulier ceux qui ont des facteurs aggravants ou une comorbidité. Cette intervention est effectuée après l'évaluation faite par le premier niveau.



IV.4. Protocoles thérapeutiques

IV.4.1. Recommandations générales pour toutes les IEA

Ces recommandations correspondent au premier niveau d'intervention.

Pour toutes les IEA, il est recommandé :

- 1) d'effectuer systématiquement le dépistage d'un problème d'alcool grâce à l'entretien clinique, à la détermination de la consommation déclarée d'alcool et au questionnaire DETA ;
- 2) d'orienter le diagnostic vers l'existence ou non d'une alcoolodépendance, afin d'adapter la prise en charge alcoologique ;
- 3) de rechercher les facteurs aggravants somatiques, psychiatriques ou sociaux, afin de prévoir les interventions spécialisées correspondantes ;
- 4) de réaliser, en l'absence de facteurs aggravants, une « intervention ultra-brève » (grade A) ;
- 5) d'informer systématiquement, avec l'accord du patient, le médecin traitant, si possible par courrier, en lui signalant l'admission du patient aux urgences pour IEA et en lui faisant part du type de prise en charge effectuée. Le courrier devrait rappeler les coordonnées des structures de proximité susceptibles d'aider le patient. Il est recommandé de donner un double du courrier au patient ;
- 6) de proposer au patient des informations sous forme d'un livret d'aide.

Cette intervention non spécialisée ne doit pas se substituer à une intervention alcoologique structurée.

IV.4.2. Recommandations spécifiques

Elles correspondent au second niveau d'intervention. Elles ont pour objectifs de faire la distinction entre l'usage nocif et l'alcoolodépendance, et de renforcer la prise en charge alcoologique.

— *En cas d'usage nocif*

En complément de « l'intervention ultra-brève », il est recommandé d'organiser le plus souvent possible un suivi assuré soit par une structure spécialisée dans la prise en charge des problèmes d'alcool en ambulatoire (par exemple les centres de cure ambulatoire en alcoologie – CCAA – ou les consultations effectuées par les équipes d'alcoologie de liaison), soit par un médecin traitant formé ou des acteurs d'un réseau concernant les problèmes d'alcool. Il est recommandé de prendre le premier rendez-vous avec l'accord du patient.

— *En cas d'alcoolodépendance*

L'objectif thérapeutique premier, utilisé comme un moyen et non comme une fin, est le sevrage et l'abstinence dans les conditions décrites dans les conférences de consensus organisées par la Société française d'alcoologie sur le sevrage du patient alcoolodépendant en 1999 et sur le suivi après sevrage en 2001.

Si le patient est motivé, la prise en charge consiste en la préparation d'un projet thérapeutique comprenant le sevrage lui-même, qui peut se dérouler en ambulatoire ou en

milieu hospitalier, et la prévention de la reprise de la consommation d'alcool. Si le patient se montre réticent, il convient d'éviter la confrontation et de proposer une consultation alcoologique ultérieure.

IV.5. Cas particuliers

IV.5.1. En cas de refus de soins spécifiques, de fuite et de difficultés structurelles temporaires

Si le patient n'accepte pas une prise en charge ou est trop réticent pour en parler, il ne faut pas insister, mais savoir écouter. Il est recommandé de lui fournir un livret d'aide.

Si aucune intervention n'a pu être menée (difficulté structurelle temporaire) ou si le patient est sorti prématurément, il est recommandé de lui envoyer une lettre lui rappelant son admission en SU, lui proposant un rendez-vous dans une structure spécialisée ou de consulter son médecin traitant (grade A).

IV.5.2. En cas d'ivresse publique et manifeste (IPM)

Une consultation pour une personne présumée en état d'IEA est demandée par les forces de police ou de gendarmerie au médecin du SU, ou est réalisée directement dans les locaux de police ou de la gendarmerie sur réquisition d'un médecin. La procédure consiste en une consultation médicale qui établit l'absence de danger médical potentiel et autorise une surveillance de la personne dans les locaux de la police ou de la gendarmerie. Le problème de responsabilité médicale posé par cette procédure est hors du sujet de cette recommandation et justifierait un travail spécifique d'analyse et de recommandations.

Bien qu'aucune certitude diagnostique ne soit exigée (sauf en cas de réquisition demandant un dosage d'alcoolémie), la grande majorité des sujets concernés a une IEA, ce qui justifie en théorie une intervention alcoologique. Si la consultation médicale conclut à une non-hospitalisation en UHCD (certificat de non-admission), il existe un accord professionnel pour que, après la disparition des signes d'IEA, une information sur le mésusage d'alcool soit donnée dans le lieu où se trouve alors la personne concernée. Les modalités de cette information restent à définir, puis à valider. Si le patient est hospitalisé en UHCD, la prise en charge décrite précédemment s'applique.

V. PRISE EN CHARGE ULTÉRIEURE

V.1. Organisation des soins

La prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool et nécessitant plus qu'une « intervention ultra-brève » se fait de préférence à travers un réseau de soins spécialisés.

Bien que l'organisation de la prise en charge ultérieure puisse varier en fonction des différentes régions et localités, il est recommandé de prendre avec le patient les rendez-vous dans une structure spécialisée ou chez un médecin généraliste sensibilisé et formé, afin de faciliter et d'accélérer sa prise en charge.

Une fois la consultation organisée, il est recommandé :

- de prescrire, en cohérence avec la structure ou le correspondant médical d'aval, des examens complémentaires pour accélérer la prise en charge et renforcer le lien avec le patient ;
- de lui transmettre, avec l'accord du patient, les informations nécessaires.

V.2. Retour d'information au service d'urgences

Il est recommandé :

- d'organiser régulièrement des rencontres entre les acteurs de la prise en charge en aval, et les intervenants formés en alcoologie du SU ;
- d'informer en retour, avec l'accord des patients, les équipes du SU sur le devenir des patients orientés.

VI. PROBLÈMES SPÉCIFIQUES LIÉS À LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS

Une IEA de l'adolescent conduisant à une admission en SU ne doit pas être banalisée. En effet, l'adolescent admis pour une IEA est souvent dans une situation d'alcoolisation problématique par ses conséquences possibles immédiates et qui révèle une perturbation psychosociale importante.

Il existe un accord professionnel pour recommander l'hospitalisation des adolescents admis aux urgences pour IEA au minimum pendant 72 heures, avec l'accord des parents ou du tuteur. Cette hospitalisation est réalisée au mieux dans une structure spécialisée pour l'accueil des adolescents, si elle existe. D'une manière générale, la prise en charge recommandée de ces adolescents est similaire à celle des adolescents ayant fait une TS, l'association étant souvent observée (20 à 30 % des cas).

Cette hospitalisation permet une surveillance somatique initiale, une évaluation médico-psychosociale et une prise en charge adaptée. Outre l'examen somatique, une évaluation psychologique et sociale est effectuée, réunissant les éléments sociaux, familiaux, scolaires, biographiques, les conditions de l'IEA, les autres conduites à risque, la recherche d'épisodes identiques, d'antécédents psychiatriques et d'autres addictions.

Le degré de dépendance à l'alcool reste difficile à apprécier. Il n'existe pas d'échelle de dépendance des adolescents à l'alcool validée en français. La définition et la validation rapides d'une telle échelle sont recommandées.

Par rapport à l'adulte, il existe des particularités dans le suivi ultérieur. Il paraît dangereux d'identifier l'adolescent à un groupe, au risque de fixer la pathologie. L'orientation vers une association d'entraide ne semble pas souhaitable à cet âge. Après l'hospitalisation, l'adolescent est orienté préférentiellement vers une prise en charge ambulatoire du type de celles qui sont effectuées en cas de TS. Des consultations de suite sont organisées au centre médico-psychologique pour adolescents. Il est essentiel à cet âge de présenter ce lieu de suite au cours de l'hospitalisation.

Une des grandes difficultés est d'obtenir de l'adolescent une adhésion à cette consultation de suite. Le maintien d'un contact fort avec le tissu médico-social habituel de l'adolescent, notamment avec le médecin généraliste, constitue un objectif important.

Il est recommandé d'évaluer l'impact des « interventions ultra-brèves » dans ces situations.

La prévention des risques encourus par les adolescents lors des IEA est un objectif majeur de santé publique.

VII. ÉVALUATION ET PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

La majorité des recommandations repose sur un accord professionnel. La réalisation d'études complémentaires est recommandée :

- en raison de la multiplicité des intervenants médicaux et paramédicaux dans le parcours alcoologique des patients, l'évaluation des résultats des procédures ainsi recommandées, surtout en termes de bénéfices pour la prise en charge alcoologique, apparaît indispensable. Cette évaluation ne pourra que renforcer la cohérence de ces recommandations et leur impact sur les pratiques ;
- la réalisation d'études concernant l'IEA chez l'adolescent est nécessaire (validation d'échelle, évaluation des « interventions ultra-brèves », etc.).

Encadré 1. Classification des conduites d'alcoolisation et seuils de consommation proposés par la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé).

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

Usage à risque : toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils proposés par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel.

Usage nocif : toute conduite d'alcoolisation caractérisée par 1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, et 2) l'absence de dépendance à l'alcool. Cette définition fait référence aux conséquences et non pas aux seuils de consommation qui peuvent être inférieurs aux seuils de l'usage à risque dès lors que certains dommages sont constitués.

Usage avec dépendance : toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. L'usage avec dépendance ne se définit ni par rapport à des seuils de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

Les seuils proposés par l'OMS sont les suivants :

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

Le terme « verre » désigne ici le « verre standard » ou « unité internationale d'alcool », qui correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque, mais sont un compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et, d'autre part, la place de l'alcool dans la société et les effets considérés comme positifs de sa consommation modérée.

Encadré 2. Définition de l'abus d'alcool selon le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'*American Psychiatric Association*) et la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé).

· **Le DSM-IV définit ainsi « l'abus d'une substance », ici de l'alcool :**

A) Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;

2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple : conduite de véhicules ou mise en fonctionnement de machines alors que l'on est sous l'influence d'une substance) ;

3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;

4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés par ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B) Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substances, les critères de la dépendance à une substance.

· **La CIM-10 définit ainsi « l'utilisation nocive pour la santé » F1x.1, ici de l'alcool :**

Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (p. ex. hépatite consécutive à des ingestions) ou psychiques (p. ex. épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives (p. ex. une arrestation, la perte d'un emploi ou des difficultés conjugales), ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

De même, une intoxication aiguë (F1x.0) ou une « gueule de bois » ne sont pas en elles-mêmes « nocives pour la santé », selon la définition donnée ici.

Enfin, on ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance (F1x.2), un trouble psychotique (F1x.5) ou un autre trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives.

Encadré 3. Définition de la dépendance à l'alcool selon le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'*American Psychiatric Association*) et la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé).

• **Le DSM-IV définit ainsi « la dépendance à une substance », ici à l'alcool :**

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la **présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes**, à un moment quelconque d'une **période continue de 12 mois** :

- 1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
- 2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique),
 - b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- 3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
- 4) il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- 5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuité), ou à récupérer de ses effets ;
- 6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
- 7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (p. ex., poursuite de la cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Spécifier si :

- avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c.-à-d. des items 1 ou 2) ;
- sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c.-à-d. tant de l'item 1 que de l'item 2).

Codification de l'évolution de la dépendance au 5^e caractère :

- 0 Rémission précoce complète ;
 - 0 Rémission précoce partielle ;
 - 0 Rémission prolongée complète ;
 - 0 Rémission prolongée partielle ;
 - 2 Traitement par agoniste ;
 - 1 En environnement protégé ;
 - 4 Légère / Moyenne / Grave.
-

La caractéristique essentielle de la dépendance à une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré les problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive.

[...]

Ni la tolérance ni le sevrage ne sont nécessaires ou suffisants pour le diagnostic de dépendance à une substance. Certains sujets (...) montrent un mode d'utilisation compulsive sans aucun signe de tolérance ou de sevrage.

[...]

Le point clé pour évaluer le critère 7 (est) plutôt l'incapacité du sujet à s'abstenir d'utiliser la substance bien qu'il ait des preuves des difficultés qu'elle provoque.

· **La CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé) définit ainsi « le syndrome de dépendance » F1x.2x à une substance, ici à l'alcool.**

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psycho-active spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psycho-active (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c.-à-d. après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- (a) désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active ;
- (b) difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- (c) syndrome de sevrage physiologique (voir F1x.3 et F1x.4) quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psycho-active, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- (d) mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-active : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants) ;
- (e) abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psycho-active, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- (f) poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives
(p. ex. atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

La réduction de la variété des modes de consommation (p. ex. tendance à consommer toujours la même quantité d'alcool, tous les jours, quelles que soient les contraintes sociales concernant la norme en matière de boisson) a également été décrite comme étant caractéristique d'un syndrome de dépendance.

La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance réside dans la consommation ou dans le désir de prendre une substance psycho-active particulière. Le sujet prend habituellement conscience de la présence d'un désir compulsif quand il essaie d'interrompre la consommation de la substance ou de contrôler son utilisation. On ne fait pas un diagnostic de syndrome de dépendance chez un sujet qui présente des signes de sevrage à l'arrêt d'une substance opiacée, administrée dans un but antalgique, après une intervention chirurgicale, et qui ne désire pas continuer à prendre des substances psycho-actives.

Le syndrome de dépendance peut concerner une substance spécifique (p. ex. le tabac ou le diazepam), une catégorie de substances (p. ex. les opiacés), ou de nombreuses substances différentes (certains sujets ont un désir compulsif de prendre n'importe quelle substance disponible et présentent un sentiment de détresse, une agitation ou des signes physiques de sevrage quand ils ne peuvent pas s'en procurer).

Encadré 4. Le questionnaire DETA, version française du questionnaire CAGE.

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, usage nocif ou dépendance, présent ou passé. Il peut être utilisé comme autoquestionnaire ou être posé lors d'un entretien.

Les 4 questions sont les suivantes :

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 ?

Encadré 5. Le questionnaire AUDIT (*Alcohol-Use Disorders Identification Test*).

Le questionnaire AUDIT est un autoquestionnaire qui s'intéresse aux 12 derniers mois écoulés et qui concerne donc les problèmes d'alcool actuels. Il comprend 10 items, cotés de 0 à 4. Un score ≥ 8 chez l'homme et ≥ 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage d'alcool. Un score > 12 chez l'homme et > 11 chez la femme est en faveur d'une dépendance à l'alcool. Ces scores doivent encore être validés en France.

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	1 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 davantage 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 blesé 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 at-il suggéré que vous la réduisiez ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
TOTAL						

Encadré 6. Intervention ultra-brève selon l'Organisation mondiale de la santé.

L'intervention ultra-brève comprend :

- un 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.

FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Dans les services d'urgence (SU), les professionnels de santé doivent éviter d'assimiler toutes les IEA à des consommations festives et de les banaliser.

L'admission en SU pour intoxication éthylique aiguë (IEA) constitue en tant que telle un problème lié à l'alcool et est un élément prédictif d'une consommation d'alcool exposant à une morbidité et à une mortalité accrues. Elle justifie une évaluation de la situation alcoolologique afin de proposer si besoin au patient une prise en charge alcoolologique visant à lui permettre de contrôler sa consommation d'alcool. Pour cela, les interventions alcoolologiques doivent pouvoir être débutées dans les SU.

Aux urgences, le diagnostic d'IEA est le plus souvent clinique. Il n'est pas recommandé de mesurer systématiquement la concentration d'éthanol dans le sang ou dans l'air expiré pour retenir le diagnostic d'IEA. Si une prise en charge alcoolologique est effectivement débutée, l'intérêt de ce dosage est de lutter contre le déni, d'aider au repérage du mésusage et d'amorcer un processus de soin. De même, la mesure systématique des marqueurs biologiques d'une intoxication alcoolique chronique (VGM, γ GT, CDT) n'est pas recommandée si une prise en charge alcoolologique n'est pas débutée.

Le recueil du questionnaire standardisé DETA est recommandé dans le but de confirmer l'existence d'un mésusage d'alcool.

Il est recommandé de distinguer le sujet alcoolodépendant du sujet non dépendant, en recherchant les signes physiques et psychiques de dépendance définis par le DSM-IV ou la CIM-10. Dans ce cadre, le questionnaire standardisé AUDIT est utile et permet de distinguer une alcoolodépendance probable (score > 12 pour les hommes et > 11 pour les femmes) d'un usage nocif (score entre 8 et 12 pour les hommes et entre 7 et 11 pour les femmes).

Il est recommandé de recueillir certains éléments permettant d'évaluer la gravité et le contexte de l'IEA, car ils peuvent nécessiter une prise en charge spécifique :

- consommations associées (psychotropes par exemple) pouvant nécessiter un traitement spécifique en urgence ;
- conduites addictives associées nécessitant une consultation spécialisée en urgence ou une orientation ultérieure particulière ;
- problème psychiatrique (état délirant, troubles du comportement, risque suicidaire, antécédents de suivi psychiatrique ou suivi en cours) nécessitant une consultation spécialisée en urgence ;
- comorbidités somatiques nécessitant un traitement propre, événements de vie (deuil, séparation, perte d'emploi).

La prise en charge de patients en difficulté avec l'alcool concerne l'ensemble de l'équipe du SU. Des attitudes négatives vis-à-vis des patients peuvent rendre impossible toute prise en charge ultérieure ou générer de l'agressivité, voire de la violence. L'expression de l'empathie par une écoute attentive des propos des patients est recommandée. Il est recommandé que l'ensemble de l'équipe sache aborder la question de la consommation d'alcool. En particulier, il est recommandé que tout membre de l'équipe soit capable d'utiliser le questionnaire DETA et qu'un intervenant de l'équipe soit formé aux questions de l'addiction.

Toutes les équipes des SU doivent pouvoir recourir à des intervenants spécialisés ayant reçu une formation adaptée aux questions d'addiction, clairement identifiés et facilement mobilisables, qui doivent avoir une bonne connaissance de toutes les structures locales et régionales susceptibles de prendre en charge les patients en difficulté avec l'alcool.

Deux niveaux complémentaires de prise en charge sont recommandés :

- le premier niveau est effectué par l'ensemble de l'équipe des urgences et doit pouvoir être réalisé en permanence. Après la prise en charge initiale, et la disparition des signes cliniques d'IEA, et en l'absence de signes de sevrage, il consiste à faire la distinction entre les patients alcoolodépendants et non dépendants, et à rechercher des facteurs aggravants et/ou une comorbidité. En l'absence de tels facteurs, la réalisation d'une « intervention ultra-brève » selon le modèle proposé par l'OMS est recommandée et le médecin traitant en est informé avec l'accord du patient ; un livret d'aide est remis au patient. En présence de problèmes sociaux, l'intervention d'une assistante sociale est recommandée. Cette intervention non spécialisée ne doit pas se substituer à une intervention alcoologique structurée ;
- le second niveau est une intervention spécialisée, effectuée selon les possibilités locales par les membres de l'équipe d'alcoologie et d'addictologie de liaison, de psychiatrie ou de l'équipe du SU ayant une formation en addictologie. La prise en charge des patients les plus difficiles est de leur ressort, en particulier ceux qui ont des facteurs aggravants ou une comorbidité. Cette intervention est effectuée après l'évaluation faite par le premier niveau.

En cas d'usage nocif d'alcool, il est recommandé, en complément de « l'intervention ultra-brève », d'organiser le plus souvent possible un suivi assuré soit par une structure spécialisée dans la prise en charge des problèmes d'alcool en ambulatoire (par exemple les centres de cure ambulatoire en alcoologie ou les équipes d'alcoologie de liaison), soit par un médecin traitant formé ou des acteurs d'un réseau concernant les problèmes d'alcool. Il est recommandé de prendre le premier rendez-vous avec l'accord du patient.

En cas d'alcoolodépendance, l'objectif thérapeutique premier, utilisé comme un moyen et non comme une fin, est le sevrage et l'abstinence. Si le patient est motivé, la prise en charge consiste en la préparation d'un projet thérapeutique comprenant le sevrage et la prévention de la reprise de la consommation d'alcool. Si le patient se montre réticent, il convient d'éviter la confrontation et de proposer une nouvelle évaluation alcoologique.

Si le patient n'accepte pas une prise en charge ou est trop réticent pour parler de son problème d'alcool, il ne faut pas insister, mais savoir écouter. Il est recommandé de lui fournir un livret d'aide.

Si aucune intervention n'a pu être menée (difficulté structurelle temporaire) ou si le patient est sorti prématurément, il est recommandé de lui envoyer une lettre lui rappelant son admission en SU, lui proposant un rendez-vous dans une structure spécialisée ou de consulter son médecin traitant.

Une IEA de l'adolescent conduisant à une admission en SU ne doit pas être banalisée du fait de ses conséquences possibles immédiates et parce qu'elle révèle une perturbation psychosociale importante. Une hospitalisation au minimum pendant 72 heures, avec l'accord des parents ou du tuteur, est recommandée, au mieux dans une structure spécialisée pour l'accueil des adolescents, si elle existe. D'une manière générale, la prise en charge recommandée immédiate et ultérieure est

similaire à celle des adolescents ayant fait une tentative de suicide, l'association étant souvent observée (20 à 30 % des cas). Le degré de dépendance à l'alcool reste difficile à apprécier. Il n'existe pas d'échelle de dépendance des adolescents à l'alcool validée en français. La définition et la validation rapides d'une telle échelle sont recommandées.