

Conduite à tenir en urgence : de l'ivresse alcoolique au sevrage

B. YERSIN

Introduction

L'ivresse alcoolique aux urgences est extrêmement fréquente. Dans tous les cas, elle doit faire l'objet d'un examen clinique attentif, complété de manière dirigée d'examen paracliniques aptes à identifier ses complications et/ou les comorbidités à risque qui lui sont souvent associées. Elle n'est donc jamais banale *a priori*.

Associée à l'intoxication alcoolique chronique, elle nécessite l'évocation d'un diagnostic différentiel, en raison des nombreuses causes d'altération de l'état neurologique pouvant mimer l'ivresse aiguë. Dans ce cas-là, elle requiert également l'identification des facteurs de risque d'un syndrome de sevrage sévère ; il est alors nécessaire de l'anticiper par une prescription préventive de médicaments sédatifs adéquats. Une telle attitude est particulièrement pertinente chez le patient en attente d'une intervention chirurgicale, le sevrage préalable de l'alcool diminuant de manière significative la morbidité périopératoire.

L'ivresse aiguë aux urgences est aussi une chance unique de proposer au patient alcoolique un projet d'abstinence et de profiter aussi bien du passage aux urgences que des structures psychosociales à disposition pour l'élaboration d'un projet de soins.

Enfin, l'ivresse est le témoin fréquent d'une consommation d'alcool excessive (à risque), et les services d'urgences sont un lieu de choix pour procéder à des interventions dites brèves de promotion de la santé, visant à une réduction des risques. De très nombreuses études ont documenté la très bonne efficacité de ces interventions aux urgences.

1. Fréquence des états d'ivresse aux urgences

La littérature est unanime. L'ivresse alcoolique aiguë est extraordinairement fréquente aux urgences. Elle représente certainement la pathologie toxicologique

URGENCES 2003

aiguë la plus fréquemment rencontrée dans les services d'accueil des urgences (SAU), si l'on exclut celle liée au tabac. Dans les pathologies traumatiques de l'adulte, elle se rencontre dans 10-50 % des cas, selon les auteurs et les pays, alors que dans les pathologies médicales, elle y est moins fréquemment rencontrée sur le mode aigu mais plus fréquemment sur le mode chronique (tableau 1) (1, 2, 3, 4).

Bien entendu, la distribution des états d'ivresse alcoolique aux urgences est irrégulière dans le temps, avec une fréquence augmentée les soirées et nuits de fin de semaine (4). Elle est aussi associée de manière plus fréquente à certains états morbides particuliers, tels que la violence subie (5, 6), les actes d'autoagression (1, 3), les noyades (7), ou encore les chutes et accidents domestiques (7) et bien sûr de la circulation routière (1, 3).

Tableau 1 – Fréquence rapportée des éthyliisations aiguës aux urgences (1, 2, 3, 4, 5)

	Alcoolisations aiguës
Traumatismes	5-50 %
Maladies	4-7 %
Affections psychiatriques	30 %
Tentatives de suicide	50-75 %
Violence	15-25 %
Toutes causes	5-30 %

Note : La définition, ainsi que les méthodes d'identification des alcoolisations aiguës, diffèrent considérablement d'une étude à une autre.

2. Complications, comorbidités et diagnostic différentiel

L'ivresse éthylique aiguë se présente en général (75 % des cas) comme un tableau clinique simple et bien connu des personnels des SAU (8, 9). Logorrhée, parole hachée, incoordination motrice avec troubles de l'équilibre, ralentissement psychomoteur, injection conjonctivale et troubles de l'humeur sont les signes classiques de cet état. À la réserve des accidents, les complications médicales liées à l'ivresse aiguë sont en principe rares chez l'adulte, en l'absence de comorbidités à risque (diabète traité et hypoglycémie par exemple) ou d'une intoxication majeure à risque de coma et dès lors de bronchoaspiration ou d'hypothermie.

L'ivresse aiguë peut se présenter occasionnellement sous une forme excitomotrice (10 à 15 % des cas selon la littérature) (8) ; dans ce cas, l'agitation qui lui est liée est en elle-même cause possible de complications telles que traumatismes, état de confusion et violence.

Les complications liées à l'ivresse alcoolique aiguë sont donc essentiellement associées à la conjonction de l'ivresse et d'une ou plusieurs comorbidités associées. Lorsque l'ivresse aiguë se surajoute à un abus chronique d'alcool, ce sont les compli-

cations de l'alcoolisation chronique qui sont en général exacerbées par l'état d'ivresse. On peut citer parmi les complications bien décrites l'hypoglycémie et l'acidocétose alcoolique sur le plan métabolique, les troubles de la coordination motrice et l'état confusionnel sur le plan neurologique, les arythmies cardiaques (tachycardies supraventriculaires et morts subites), ou encore le syndrome de Mallory-Weiss, parmi d'autres. Les autres comorbidités aggravées ou compliquées par l'alcoolisation aiguë sont le diabète traité et le risque exacerbé d'hypoglycémie déjà cité, l'ensemble des maladies du système nerveux central et en particulier les maladies épileptiques, celles du système nerveux périphérique telles les neuropathies et les myopathies. Parmi ces dernières, les cardiomyopathies, quelle que soit leur origine, représentent une entité particulière, en raison des nombreux effets pharmacologiques aigus de l'alcool sur le cœur et la circulation, dont l'inotropisme négatif, l'arythmogénicité et l'effet vasodilatateur aigu. On ne saurait parler de comorbidités à risque sans citer la fréquence de plus en plus élevée d'intoxications volontaires associées, en particulier par les drogues illicites. Les tableaux cliniques qui en résultent sont extrêmement variables, dépendant tout à la fois de la sévérité de l'intoxication alcoolique mais bien sûr du ou des produits psychotropes associés. Aux effets sédatifs de l'alcool se conjugueront d'éventuels autres effets sédatifs tels ceux des opiacés ou de médicaments psychotropes à effet sédatif (benzodiazépines, méthaqualone, etc.), aggravant considérablement le risque de coma et d'arrêt respiratoire, ou des effets excitants tels ceux des psychostimulants (cocaïne, amphétamines, hallucinogènes ou LSD) dont la résultante sera non prédictible et fort variable tant au niveau individuel qu'au niveau dynamique au cours de l'intoxication. Les complications liées à ces intoxications mixtes seront celles des produits individuels, parfois exacerbées, parfois masquées et parfois atténuées. On observera aussi parfois des états cliniques différents de la sémiologie clinique classique, en particulier sur le plan comportemental et neurologique, avec en particulier des états d'agitation et de confusion sévères, ainsi que des troubles de la coordination motrice et de l'équilibre.

En ce qui concerne les accidents associés à l'ivresse, de longue date s'est posée la question du rôle éventuellement aggravant de l'ivresse sur le devenir des traumatisés. Plusieurs études de nature épidémiologiques et cliniques ont néanmoins suggéré un pronostic plus défavorable des accidents mais également des traumatismes lorsqu'ils sont associés à une intoxication alcoolique aiguë (10, 11, 12). La cause de cet effet aggravant de l'alcool pourrait être due à une perte partielle des mécanismes d'autoprotection en cas d'accident, ainsi qu'un effet délétère de l'alcool sur les mécanismes inflammatoires et de cicatrisation de l'organisme.

Outre ces comorbidités associées, il est impératif d'évoquer le diagnostic différentiel de l'ivresse alcoolique aiguë. Si le diagnostic clinique de l'ivresse est généralement facile, cette dernière est souvent associée comme on l'a dit plus haut à un abus chronique d'alcool. Chez ces patients, la survenue d'un état de vigilance abaissée, de troubles de la coordination motrice, d'un état confusionnel, voire de troubles de la parole doivent faire penser impérativement à d'autres affections qu'une intoxication éthylique aiguë (tableau 2). En effet, il n'est pas rare que des patients alcooliques ayant été considérés comme ivres aient en fait présenté des affections au risque vital majeur. Une attention particulière devra donc être portée à ces cas sur le plan clinique et paraclinique (voir ci-dessous).

URGENCES 2003

Tableau 2 – Examens paracliniques proposés dans l'évaluation de l'ivresse aiguë aux urgences

Examen proposé	Utilité et remarques
Éthanolémie	Confirmation et sévérité de l'intoxication éthylique
Glycémie	Recherche d'une hypoglycémie à l'origine de l'état clinique ou compliquant l'ivresse
Ionogramme	Recherche d'une déshydratation, de troubles acido-basiques
Protéine C réactive (CRP)	Recherche d'une infection bactérienne
Gaz sanguins	Recherche d'une anomalie acido-basique (acidocétose alcoolique, acidose métabolique de l'intoxication au méthanol ou à l'éthylène-glycol, alcalose métabolique de l'encéphalopathie hépatique)
Trou osmolaire	Recherche aspécifique d'une intoxication alternative ou conjointe par un autre alcool (méthanol ou éthylène-glycol)
Tomodensitométrie crânienne et cérébrale	Recherche d'une pathologie traumatique ou hémorragique cérébrale
Électroencéphalogramme	Recherche d'une pathologie épileptique
Examens toxicologiques	Rarement disponibles « au lit du malade », permettent de confirmer un toxique spécifique

3. Modalités de l'examen clinique et paraclinique

Compte tenu des considérations ci-dessus, l'examen clinique du patient ivre devrait être aussi complet que possible, même si en partie dirigé. Sa difficulté réside principalement dans la collaboration du patient, souvent agité, oppositionnel, voire confus. C'est malheureusement dans ces cas-là surtout qu'une attention particulière devra être portée à l'examen physique et à son évolution, d'autant plus que l'interrogatoire du patient sera fréquemment difficile et incomplet. Il est, entre autres, particulièrement important de relever toute anomalie au niveau :

- des signes vitaux (pression artérielle, fréquences cardiaques et respiratoires, température et niveau de vigilance, « *Glasgow coma scale* ») ;
- du status général (recherche d'un foëtor, état de nutrition, téguments, signes infectieux, perfusion périphérique, signes évoquant un traumatisme, en particulier au niveau crânien) ;
- du status neurologique (état mental, signes méningés, éléments épileptiques, signes de focalisation, nerfs crâniens, système moteur et sensitif) ;
- du status cardiovasculaire (arythmies, état hémodynamique) ;
- du status respiratoire (signes de bronchoaspiration, recherche d'une respiration de Kussmaul) ;
- de l'examen de l'abdomen (foie, rate, recherche d'une ascite, recherche d'un péritonisme).

Un tel examen permettra de relever toute anomalie suggérant un autre diagnostic que celui d'une ivresse, ou alors la survenue d'une complication de l'ivresse ou d'une comorbidité associée. À ces éléments cliniques devront être associés dans la plupart

des cas des examens biologiques (tableau 3). Le premier d'entre eux, la mesure directe (sanguine) ou indirecte (air expiré ou salive) de l'éthanolémie me paraît indispensable, contrairement aux conclusions de la Conférence de consensus de 1992 (8). En effet, l'éthanolémie est la seule mesure permettant de confirmer le diagnostic et d'établir une durée prévisible de séjour au SAU pour le patient. La discordance entre son élévation et l'état clinique chez un alcoolique chronique permet, en outre, d'évoquer parfois la coexistence d'une pathologie associée. Elle est aussi un signe indirect de la tolérance à l'alcool et, dès lors, de la sévérité de la dépendance physique. Enfin, il est établi que 10 % des ivresses sont manquées par le simple examen clinique (3). Les examens biologiques seront aussi à même de dévoiler une pathologie alternative ou associée, voire une complication. L'exemple de l'hypoglycémie est en l'occurrence remarquable puisque en aucun cas le diagnostic ne peut être fait par l'examen du malade.

Tableau 3 – Diagnostic différentiel de l'ivresse aiguë chez le patient alcoolique chronique

Affection	Caractéristiques cliniques
Hypoglycémie	Troubles de la vigilance, sudations, occasionnellement troubles neurologiques latéralisés, atteintes des nerfs crâniens, convulsions
État de mal épileptique	Parfois infraclinique, compliquant un syndrome de sevrage survenu dans les heures précédant l'admission
Encéphalopathie aiguë de Gayet-Wernicke	Liée à un état carenciel en thiamine. Classiquement composée d'une confabulation (avec amnésie antérograde), d'un nystagmus avec oculo-parésie et d'une ataxie cérébelleuse
Acidocétose alcoolique	Douleurs abdominales et vomissements, respiration de Kussmaul
Encéphalopathie hépatique	Astérisis, foetor hépatique
Hématome sous-dural	Anisocorie, hémisynndrome moteur et/ou sensitif
Hémorragie intracrânienne	Hémisynndrome moteur et/ou sensitif, signes d'atteinte du tronc cérébral
Traumatisme craniocérébral	Troubles neurologiques, otorrhée, rhinorrhée, hypertension intracrânienne
Intoxication au méthanol	Douleurs abdominales et vomissements, troubles visuels, respiration de Kussmaul
Intoxication à l'éthylène-glycol	Douleurs abdominales et vomissements, nystagmus, convulsions, respiration de Kussmaul

4. Conduite à tenir

4.1. En cas d'agitation

Les ivresses excitomotrices ne sont, certes, pas très nombreuses mais posent souvent de réelles difficultés de prise en charge en raison de l'agitation extrême, voire de l'agressivité de ces patients. Si l'attitude empathique et compréhensive du

URGENCES 2003

soignant peut souvent diminuer « l'escalade de la violence », elle est régulièrement prise en défaut lorsque le patient est amené par plusieurs représentants des forces de l'ordre ! Dans ces cas-là, il est impératif de veiller à la sécurité physique non seulement du patient mais des soignants.

La sédation pharmacologique d'un patient intoxiqué est toujours potentiellement dangereuse en raison du risque de potentialisation des effets. Elle ne doit donc se faire que lorsque l'indication en est posée formellement et lorsque les conditions sont réunies (locaux, matériel et compétences) et permettent, si nécessaire, la réanimation du patient qui présenterait un arrêt respiratoire après sédation par exemple. En matière de choix des drogues sédatives, l'usage des neuroleptiques n'est pas conseillé, en raison de leurs effets secondaires occasionnels (convulsions, hyperthermie maligne, hépatotoxicité). Les benzodiazépines représentent de manière évidente les drogues les plus adéquates, possédant une marge thérapeutique large, l'absence d'effet secondaire grave et la possibilité de l'usage de leur antidote spécifique, le flumazénil. L'administration intraveineuse de diazépam ou, tel que récemment décrit, l'administration intranasale de midazolam sont recommandables (13).

La contention physique des personnes est parfois nécessaire ; elle ne doit être considérée cependant que comme une arme de dernier recours pour limiter les risques de dommages auto- ou hétéro-induits. Dans ce cas-là, elle est toujours faite sur prescription médicale, assumée avec un matériel de contention adéquat, être l'objet d'une surveillance clinique régulière et attentive, limitée dans le temps et obligatoirement être expliquée sur ses raisons et modalités au patient et/ou à ses proches.

4.2. En matière d'orientation interne et de surveillance

L'ivresse alcoolique admise au SAU n'est par définition pas banale. Qu'elle ait été associée à un accident, une chute, un trouble du comportement ou de l'état de vigilance ou encore un état confusionnel, il s'agit dans presque tous les cas d'une ivresse « compliquée ». Elle nécessite dès lors un examen clinique attentif mais également une surveillance avant que le patient ne puisse être libéré. En matière de surveillance, les recommandations émises dans la Conférence de consensus de 1992 peuvent être suivies sans réserve (8).

Les intoxications alcooliques avec complications sérieuses (coma, état de mal épileptique) ou associées à des comorbidités à risque doivent être admises en réanimation, comme nécessitant l'administration parentérale répétée de sédatifs en raison d'une agitation sévère. De même, on sera particulièrement prudent lorsque l'intoxication est mixte, associant par exemple psychostimulants et alcool. Pour les autres cas, l'unité d'hospitalisation de courte durée est une structure parfaitement adaptée à la surveillance de ces patients, tant par le niveau de surveillance que par la durée usuelle de tels séjours (< 24 heures). La libération du malade ne devrait être faite qu'après disparition des signes cliniques d'intoxication, récupération des fonctions supérieures et occasionnellement contrôle de l'éthanolémie à but médico-légal.

Au cours de ce séjour, on veillera à une hydratation adéquate du patient. En cas de suspicion d'abus éthylique chronique, on prescrira systématiquement par voie orale de la thiamine (vitamine B1), à raison de 300 à 500 mg/jour, à titre de prévention de l'encéphalopathie aiguë de Gayet-Wernicke.

4.3. En matière de sevrage (prévention et traitement)

L'ivresse alcoolique, lorsqu'elle est associée à un abus éthylique chronique, impose l'anticipation préventive éventuelle d'un syndrome de sevrage. Cela est d'autant plus important lorsque le patient est connu pour avoir présenté dans le passé des épisodes de sevrage. Le tableau 4 présente les facteurs de risque associés à un syndrome de sevrage sévère, imposant non seulement la prescription préventive de médicaments sédatifs, mais également la surveillance hospitalière. En revanche, chez le patient à bas risque, la mise en route d'une stratégie de sevrage, et donc d'abstinence au long cours, n'a de sens que si le patient doit rester hospitalisé ou si le patient le demande (voir plus loin). Pour les patients qui sont admis dans un service hospitalier, et *a fortiori* pour les patients ayant à subir une intervention chirurgicale, il existe des arguments forts pour sevrer le patient avant l'intervention si possible, en raison d'une diminution substantielle de la morbidité périopératoire (14).

Chez les patients à hauts risques (tableau 4), la conduite thérapeutique à tenir est la prescription précoce de médicaments sédatifs. Comme recommandé par la Conférence française de consensus ainsi que par les recommandations américaines, les benzodiazépines représentent de loin le groupe thérapeutique de référence, non seulement en raison de leur efficacité sur le syndrome de sevrage et le risque de convulsions, mais également sur leur relative innocuité (15, 16, 17). Le choix d'une molécule parmi les nombreuses à disposition est plus du ressort des habitudes que de réelles différences pharmacologiques. Tout au plus peut-on préférer des molécules éliminées sans métabolisation hépatique et, dès lors, sans risque d'accumulation telles que l'oxazépam ou le lorazépam. Les doses proposées à titre préventif pour ces deux drogues sont :

- oxazépam 15 à 30 mg : 3-4 x/jour ;
- lorazépam 1 à 2 mg : 3-4 x/jour.

Ces doses sont bien sûr à adapter au cas par cas et dépendent non seulement du poids corporel, mais aussi de l'importance de la consommation alcoolique, de la sévérité de la dépendance, de sa durée et des facteurs associés. En cas de nécessité (administration orale impossible, survenue abrupte d'un syndrome de sevrage sévère), il est parfois nécessaire de recourir à la voie intraveineuse. L'administration parentérale répétée ou continue de benzodiazépines (diazépam ou midazolam) impose dès lors l'orientation du patient en réanimation, en raison surtout des complications respiratoires (bronchoaspiration ou arrêt), cardiaques (hypertension, arythmies) et métaboliques (perte volumique, troubles électrolytiques). L'administration d'halopéridol ne se justifie qu'en association avec la prescription de benzodiazépines, pour les formes très hallucinatoires.

Tableau 4 – Facteurs de risque d'un syndrome de sevrage alcoolique sévère

Passé de syndromes de sevrage sévères (type delirium tremens)
Passé de convulsions de sevrage
Passé de désintoxications alcooliques multiples
Comorbidité médicale ou psychiatrique aiguë concomitante
Grossesse
Consommation alcoolique récente importante

URGENCES 2003

4.4. En matière de recours à des prestations psychosociales

Il n'y a pas de place pour le psychiatre au SAU lors d'ivresse aiguë. Au décours de l'ivresse cependant, l'observation de troubles psychiques de la lignée psychotique ou plus fréquemment de la lignée dépressive peut motiver le recours à l'avis psychiatrique spécialisé, permettant l'orientation du patient vers les structures appropriées. Il en va de même pour l'observation de troubles de la personnalité (personnalité antisociale par exemple) où l'avis du psychiatre peut conforter dans l'attitude à tenir.

Le recours aux prestations spécialisées d'une équipe alcoologique, lorsqu'elles sont disponibles, peut être particulièrement appréciable en matière d'évaluation du patient et de son orientation vers un projet de soins avec abstinence et soutien psychosocial spécialisé (thérapies cognitivocomportementales ou de groupe par exemple).

Enfin, l'utilité des services d'une assistante sociale dans la prise en charge des patients alcooliques n'est plus à démontrer ; en fonction de sa disponibilité, elle devrait être requise auprès du patient aux fins d'appréciation et de prise en charge de ses besoins sociaux.

4.5. Pour la prévention secondaire (« interventions brèves »)

L'ivresse alcoolique se rencontre souvent en association avec une dépendance alcoolique chronique, mais elle est encore plus souvent associée à la consommation excessive (à risque), largement répandue dans les pays latins et en particulier en France, en Belgique et en Suisse. De nombreuses études ont démontré unanimement que les SAU étaient un lieu de choix pour son identification et l'administration de conseils de modération (promotion d'une réduction des risques) (18). Basées sur les principes de l'entretien motivationnel (19,20), ces interventions préventives, dites brèves, sont relativement facilement conciliables avec l'activité soutenue d'un service d'urgence. Elles se basent pour la plupart sur un certain nombre de recommandations dans l'approche du patient, telles que celles synthétisées dans l'acronyme anglo-saxon « FRAMES » :

- F pour *feedback on risk* (risques accidentels, problèmes de santé) ;
- R pour *responsability* (dans les choix du patient) ;
- A pour *advice to change* (conseils de consommation à bas risque) ;
- M pour *menu of strategies* (agenda de consommation, compétences sociales) ;
- E pour *empathy* (empathie) ;
- S pour *self-efficacy* (stratégies motivationnelles).

Ces interventions ont démontré un effet remarquable et prolongé sur la réduction de la consommation, mais également sur la morbidité associée (21, 22). Il est dès lors souhaitable que ces stratégies de promotion de la santé soient implémentées dans la pratique des soins dans les SAU.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nelson CR, Stussman BJ. Alcohol and drug-related visits to hospital emergency departments : 1992 National Hospital Medical Care Survey. Advance data from health statistics ; 251. Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics 1994.
2. Teplin LA, Abram KM, Michaels SK. Blood alcohol level among emergency room patients : a multivariate analysis. J Stud Alcohol 1989 ; 50 : 441-447.
3. Holt S, Stewart IC, Dixon JMJ, Elton RA, Taylor TV, Little K. Alcohol and the emergency service patient. BMJ 1980 ; 281 : 638-640.
4. Tempelhoff G, Tempelhoff C. L'Ivresse alcoolique aiguë au service d'accueil des urgences : étude multicentrique. Réan Urg 192 ; 1 : 640-644.
5. Cherpitel CJ. Alcohol and violence-related injuries : an emergency room study. Addiction 1993 ; 88 : 79-88.
6. Borges G, Cherpitel CJ, Rosovsky H. Male drinking and violence-related injury in the emergency room. Addiction 1998 ; 93 : 103-112.
7. Smith GS, Kraus JF. Alcohol and residential, recreational, and occupational injuries : a review of the epidemiologic evidence. Ann Rev Public Health 1988 ; 9 : 99-121.
8. Conférence de consensus : L'Intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence. Société francophone de médecine d'urgence. Réan Urg 1992 ; 1 : 633-639.
9. Davido A, Levy A, Leplat P, Ecolan P, Gasparotto C, Bessa Z. Présentation clinique de l'ivresse alcoolique aiguë : complications exclues. Réan Urg 1992 ; 1 : 645-649.
10. Waller PF, Stewart JR, Hansen AR, Stutts JC, Popkin CL, Rodgman EA. The potentiating effects of alcohol on driver injury. JAMA 1986 ; 256 : 1461-1466.
11. Yersin B, Wyss D, Koehn V, Rivier L, Gujer HR, Paccaud F, Magnenat P. Detrimental effect of alcohol intoxication on severity of injuries in male traffic accident victims : a cross sectional study. Soz Präventivmed 1992 ; 37 : 118-123.
12. Hajar M, Flores M, Lopez MV, Rosovsky H. Alcohol intake and severity of injuries on highways in Mexico : a comparative analysis. Addiction 1998 ; 93 : 1543-1551.
13. Hervé J, Renaud B, Santin A, Huard D, Roupie E. Sédation vigile des patients agités aux urgences (SAU) : utilisation du midazolam par voie intranasale. JEUR 2002 ; suppl. 1 : 1S27.
14. Tonnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ, Rasmussen V, Hauge C, Pedersen IK, Kehlet H. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers : randomized controlled trial. BMJ 1999 ; 318 : 1311-1316.
15. Conférence de consensus : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, Société Française d'Alcoologie. Paris 1999.
16. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal : a meta-analysis and evidence-based practice guideline. JAMA 1997 ; 278 : 144-151.

URGENCES 2003

17. Daeppen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, Yersin B. Symptom-triggered versus fixed doses of benzodiazepines for alcohol withdrawal : a randomized treatment trial. *Arch Intern Med* 2002 ; 162 : 1117-1121.
18. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department : screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department : a systematic review. *Acad Emerg Med* 2002 ; 9 : 627-638.
19. Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings : the development of brief motivational interviewing. *J Mental Health* 1992 ; 1 : 25-37.
20. US Department of Health and Human Services. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. The physicians' guide to helping patients with alcohol problems. NIH Publication 1995 ; 95 : 3769.
21. Dinh-Zarr T, Diguseppi C, Heitman E, Roberts I. Preventing injuries through interventions for problem drinking : a systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol Alcoholism* 1999 ; 34 : 609-621.
22. Fleming MF, Mundt MP, French MT. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000 ; 38 : 7-18.