

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. PROBLEMATIQUE	2
2.1 CONSOMMATION D'ALCOOL À TRAVERS LE MONDE ET EN SUISSE	2
2.2 L'ÉTHYLO-DÉPENDANCE	3
2.3 PATIENTS ALCOOLIQUES HOSPITALISÉS	4
2.4 CONTEXTE THÉORIQUE	6
2.5 QUESTION DE RECHERCHE	8
3. METHODOLOGIE	9
3.1 BASES DE DONNÉES	9
3.2 DESCRIPTEURS	10
3.3 LES ÉQUATIONS DE RECHERCHE	11
3.4 LES ARTICLES DE RECHERCHE SÉLECTIONNÉS	13
4. ARTICLES DE RECHERCHE	14
5. SYNTHÈSE DES RESULTATS	27
5.1 EXPÉRIENCE DES SYMPTÔMES	27
5.2 STRATÉGIES DE GESTION DES SYMPTÔMES	28
5.3 EFFETS OBTENUS SUR L'ÉTAT DES SYMPTÔMES	32
6. DISCUSSION	33
6.1 LIENS AVEC LE CADRE THÉORIQUE	33
6.2 RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE ET LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE	34
6.3 LIMITES DU TRAVAIL	36
6.4 CARACTÈRE GÉNÉRALISABLE DES RÉSULTATS	37
6.5 IMPLICATIONS POUR LE FUTUR	38
7. CONCLUSION	40
8. LISTE DES REFERENCES	41
9. ANNEXES	43

1. INTRODUCTION

Ce travail de Bachelor traite des problèmes rencontrés lors de la prise en soins des personnes éthylo-dépendantes, hospitalisées pour un problème de santé somatique ne concernant pas directement leur problème de dépendance à l'alcool.

Pour plusieurs raisons, la prise en soins du patient éthylo-dépendant varie de celle d'un patient non éthylo-dépendant. En effet, l'hospitalisation va engendrer une cessation de la consommation d'alcool par le patient, ce qui va entraîner, pour la plupart des patients, des complications telles que le syndrome de sevrage pouvant aller jusqu'au délirium tremens, qui lui, peut être mortel s'il n'est pas pris en charge de manière optimale.

Selon plusieurs études, il existe un manque d'éducation chez les infirmières concernant la prise en soins de cette catégorie de patients et un manque de protocoles efficaces, favorisant ainsi l'émergence des complications sus-mentionnées.

Le but de cette revue de littérature est de mettre en évidence des éléments clés en lien avec la prise en soins des patients éthylo-dépendants et hospitalisés en milieu de soins somatiques, permettant ainsi d'éviter les complications liées à la cessation de consommation d'alcool.

Lors de ce travail, une problématique est présentée, ainsi qu'un cadre théorique. Des articles de recherche ont, ensuite, été sélectionnés à l'aide de bases de données probantes pour être analysés et synthétisés à l'aide du cadre théorique, permettant de guider la réflexion. Les éléments communs et significatifs, qui ont permis de répondre à la question de recherche, seront mis en évidence et discutés.



2. PROBLEMATIQUE

2.1 Consommation d'alcool à travers le monde et en Suisse

“L'alcool est la substance addictive légale la plus consommée dans le monde après le tabac. Il a des effets psychotropes à la fois sédatifs et stimulants, et une forte capacité à induire rapidement des conséquences négatives somatiques, psychiatriques, et sociales” (Icick, Bellivier, 2014, p.171).

En Suisse, « l'alcool constitue un élément indissociable de la vie communautaire. D'ailleurs, la Suisse figure au nombre des dix pays les plus gros consommateurs du monde » (Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme, 1989, p.3). Il peut remplir différentes fonctions dans une société où l'individu fait face à une multitude de facteurs anxiogènes. Il est consommé lors d'événements festifs comme euphorisant et désinhibant ou pour soulager des peines ou une anxiété. Il peut également se consommer pour se libérer des contraintes de la société ou encore pour satisfaire un besoin chronique (Cerclé, 1998, p.47-48).

Selon les Hôpitaux Universitaires Genevois (2010), bien que la consommation d'alcool soit une pratique culturelle courante, une consommation problématique d'alcool peut engendrer plusieurs risques pour la santé et est associée à une morbidité et une mortalité augmentées. Les personnes susceptibles de consommer de l'alcool de manière problématique sont, plus précisément, les personnes âgées, les enfants et adolescents, les femmes enceintes et les personnes souffrant d'une maladie.

Une consommation problématique d'alcool peut engendrer de la souffrance morale, des difficultés familiales, professionnelles et financières, occasionner des coûts sanitaires pour la collectivité. Sur le long terme, la consommation d'alcool peut affaiblir les facultés physiques, intellectuelles et psychiques et endommager le cerveau, les vaisseaux sanguins, le cœur, le foie, le pancréas, l'estomac et les nerfs (Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme, 1989) et toucher un grand nombre de systèmes, ainsi que provoquer des cancers (Commission Européenne de la Santé et de la Protection des Consommateurs, 2006)

De plus, la consommation abusive d'alcool « aggrave l'évolution et le pronostic de nombreuses autres maladies et ralentit la guérison » (Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme, 1989, p.3).

Selon le Monitoring Suisse des Addictions (2014), il est nécessaire de distinguer une consommation à faible risque, une consommation problématique et une consommation addictive. Pour différencier ces différents types de consommation, certains facteurs doivent être pris en compte dont l'âge, le sexe, la quantité d'alcool et le contexte de la consommation. Malgré cela, la distinction entre ces types de consommation reste difficile à établir et l'évolution vers la dépendance est souvent imperceptible et silencieuse.

Pour faciliter cette distinction, les Hôpitaux Universitaires Genevois (2010) définissent les valeurs limites d'une consommation chronique d'alcool à risque autour de 20 grammes d'alcool pur par jour pour les femmes et 40 grammes pour les hommes, correspondant à 2 verres standards pour les femmes et 4 pour les hommes.

2.2 L'éthylodépendance

Pour donner une définition de l'alcoolisme ou de dépendance à l'alcool, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la définit comme un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs dans lequel l'ingestion d'alcool prend une importance beaucoup plus grande pour un individu donné que d'autres comportements qui avaient autrefois une plus grande valeur [traduction libre] (1992, p.133).

D'après les chiffres des Hôpitaux Universitaire Genevois (2010), 4% de la population suisse est diagnostiquée éthylodépendante alors que le 20% correspondrait à des consommateurs excessifs; cette catégorie de population consommant donc de manière problématique pour leur santé.

Selon Cornwell et Lickteig, les causes rendant une personne vulnérable à l'addiction semblent être multifactorielles, incluant des facteurs génétiques, environnementaux et des changements neurophysiologiques résultant de l'utilisation répétée de la substance. Les troubles de toxicomanie et les addictions sont plus communs chez les personnes ayant des troubles de l'humeur ou des troubles de l'anxiété, une schizophrénie ou d'autres troubles en lien avec la dopamine [traduction libre] (2006, cité dans Donnelly et al., 2012, p. 9).

Selon la Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme (1989), le traitement du patient alcoolique doit passer par quatre phases :

- 1) La première est « la phase de prise de conscience, de motivation et de contact avec une institution spécialisée, médicale ou non ».
- 2) La deuxième est « la phase de désintoxication proprement dite, hospitalière ou ambulatoire ».
- 3) La troisième est « la phase de sevrage psychologique ».
- 4) Et finalement, « la phase de réinsertion sociale ou post-cure ».

2.3 Patients alcooliques hospitalisés

Qu'en est-il donc de ces personnes éthylo-dépendantes étant hospitalisées pour un autre problème de santé ? C'est la question qui a émergé suite aux lectures effectuées. En effet, la prise en soins de ces patients dans un milieu de soins somatiques devrait être différente de celle d'un patient non éthylo-dépendant.

Les problèmes rencontrés chez les patients éthylo-dépendants sont, en effet, nombreux. La difficulté du dépistage de ces patients, le manque de connaissances et la relation « difficile » qui apparaissent dans la prise en soins d'un patient éthylo-dépendant peuvent compliquer cette phase de désintoxication. Ceci peut l'amener à compliquer sa situation initiale vers un syndrome de sevrage puis vers un delirium tremens qui lui, peut s'avérer mortel.

A cause de l'hospitalisation, le patient alcoolique va devoir cesser sa consommation d'alcool brutalement et donc passer par une phase de désintoxication qui « a pour but de compenser les symptômes dus au sevrage somatique et psychique de l'alcool » (Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme, 1989, p.27). C'est cette phase de désintoxication qui doit passer par la gestion du syndrome de sevrage et donc de ces symptômes.

D'après les résultats de Schuckit, 50% des patients hospitalisés, ayant une dépendance à l'alcool, vont développer cliniquement un syndrome de sevrage. Ce syndrome apparaît de 5 à 10h après la cessation de prise d'alcool et atteint son pic d'intensité après 2 à 3 jours. [traduction libre] (2008, cité dans Donnelly, Kent-Wilkinson & Rush, 2012, p. 10 et 12).

Le syndrome de sevrage se manifeste par des signes cliniques et des symptômes associés à la cessation de consommation d'alcool pouvant se manifester sous les formes suivantes : une anorexie, des frissons, un besoin d'alcool, des crampes musculaires, de l'irritabilité, des palpitations, une désorientation, une tachycardie, une hypertension, de la fièvre, des changements d'humeur, des troubles de l'élocution, des troubles de la marche, une mauvaise dextérité, de la fatigue ou encore des douleurs abdominales. [traduction libre] (Eliott, Geyer, Lionetti & Doty, 2013, p.38)

Pour compliquer les choses, les signes et les symptômes du syndrome de sevrage peuvent être confondus ou masqués par d'autres conditions médicales en lien avec le problème de santé pour lequel les patients sont hospitalisés [traduction libre] (Eliott & al., 2013, p. 38). Une approche individualisée et relative aux symptômes du patient est donc envisagée [traduction libre] (Eliott & al., 2013, p.40).

Toutes ces difficultés propres au syndrome de sevrage causent également une problématique infirmière. En effet, selon Cooper, les infirmières peuvent percevoir un manque de connaissances et de compétences pour identifier et répondre à ce type de patients. Ces manques vont alors se répercuter

sur la prise en soins du patient. Dans le cas contraire, l'accroissement des connaissances et de la compréhension de la dépendance alcoolique chez certains professionnels peut les amener à contester leurs valeurs, leurs croyances et leurs attitudes, et peut conduire à des sentiments négatifs pouvant affecter leurs soins (2006, cité dans Donnelly et al., 2012, p. 13).

Ces difficultés relationnelles peuvent engendrer un mauvais dépistage puisqu'en effet, les infirmières ressentent le droit de poser les questions de dépistage de l'alcool quand elles peuvent se référer à une obligation de le faire. En dehors de ces conditions, elles ne le font pas car elles ont peur de détruire la relation qu'elles ont avec le patient et trouvent ces questions déplacées. Elles ont également l'impression de manquer de savoirs et de confiance en elles pour pouvoir prodiguer des conseils à leurs patients concernant la consommation d'alcool [traduction libre] (Johansson, Akerling & Bendtsen, 2005, p.1050-1051).

De plus, les patients éthylo-dépendants peuvent ne pas reconnaître qu'ils ont un problème d'alcool, se sentir gênés ou encore minimiser leur mode de consommation, compliquant ainsi la phase de dépistage [traduction libre] (Elliott et al., 2013, p.36).

Ce qui complique d'avantage la relation est que « la dépendance peut également cacher de l'agressivité se manifestant sous la forme d'un dénigrement de l'entourage ou d'une dévalorisation de soi. Une agressivité peut, en retour, apparaître du côté de l'équipe soignante « suscitée par le sentiment d'impuissance, la difficulté d'aborder le problème de façon positive et simple, ainsi que le manque d'honnêteté chez le patient » (Aeschbach, C, 2012, p. 893-894).

Selon Cooper, en coopérant avec des patients atteints de dépendance à l'alcool, les infirmières doivent reconnaître que l'utilisation excessive d'alcool n'est que le symptôme d'un problème plus large [traduction libre] (2006, cité dans Donnelly et al., 2012, p. 13).

Selon Keys, les infirmières devraient donc, dans l'idéal, intervenir de différentes manières auprès des patients alcooliques. Notamment en donnant des conseils et des informations, en accompagnant le patient dans l'établissement d'objectifs dans le but de réduire sa consommation et en identifiant les ressources disponibles pour les atteindre. Les infirmières sont également un support motivationnel pour le patient et jouent un rôle dans l'identification des patients éthylo-dépendants. Elles participent à l'évaluation de l'état psychologique et physique, des effets de la consommation d'alcool, de la motivation du patient pour le traitement et du soutien social [traduction libre] (2011, cité dans Donnelly et al., 2012, p. 13).

Concernant le traitement médicamenteux, le traitement de première ligne, selon Saitz (2005), reste celui des benzodiazépines, indiqué habituellement pour le patient avec des symptômes substantiels de sevrage à l'alcool ainsi que la personne ayant un risque accru de complications d'un syndrome de sevrage [traduction libre] (cité dans Donnelly et al., 2012, p.12).

En conclusion, « le rôle de l'hôpital somatique pour soins aigus dans la chaîne de traitement des patients toxico-dépendants est capital mais souvent frustrant. La période d'hospitalisation doit être mise à profit pour instaurer ou reprendre, dès la fin du séjour, une thérapie dans le cadre d'une consultation ambulatoire spécialisée » (Aeschbach, C., 2012, p.896). Le rôle de l'infirmière en milieu de soins somatiques n'est donc pas de traiter l'éthylodépendance, mais de dépister ces patients et de les prendre en charge adéquatement. Ceci afin d'éviter les complications d'un syndrome de sevrage, à l'aide d'un plan de traitement individualisé et en fonction des symptômes qui peuvent apparaître.

2.4 Contexte théorique

Le cadre théorique choisi est celui de la gestion des symptômes. Il permettra l'acquisition de concepts qui guideront la réflexion ainsi que la mise en évidence des points primordiaux.

La théorie de la gestion des symptômes est une théorie infirmière de niveau intermédiaire qui décrit la gestion des symptômes comme un processus multidimensionnel. Le modèle de gestion des symptômes a été introduit, en 1994, par la faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Californie à San Francisco (Larson, Carrieri-Kohlman, et al., 1994). Ce modèle théorique a été affiné en 2001 par Dodd, Janson, et al., 2001, et en 2008 par Humprheys, Lee, et al., 2008.

Les trois concepts centraux définis par Dodd, Janson, et al., 2001 :

- 1) Le concept de la personne, qui comprend différentes variables dont les variables démographiques, psychologiques, sociologiques, développementales et psychologiques.
- 2) Le concept d'environnement, représente le contexte externe à la personne et celui dans lequel un symptôme apparaît. Il inclut des variables physiques, sociales et culturelles.
- 3) Le concept de santé/maladie, qui comprend des variables liées à l'état de santé d'une personne et ses propres facteurs de risque, les accidents subis et ses handicaps.

L'analyse de la théorie de gestion des symptômes a permis de mettre en évidence trois concepts clés qui sont :

- 1) L'expérience du symptôme, « qui consiste de façon simultanée en une perception, une évaluation et une réponse face à un changement dans les sensations habituelles d'une personne. »
- 2) Les stratégies de gestion du symptôme sont quant à elles, « les efforts fournis par la personne pour prévenir, retarder ou minimiser l'expérience de ces symptômes ».
- 3) Les résultats obtenus sur l'état des symptômes qui eux, « doivent être précis et mesurables ».

Ces concepts s'inscrivent dans le thème principal de ce travail de Bachelor traitant des patients éthylo-dépendants. Les différentes variables concernant la personne sont des variables importantes et qui doivent également être considérées dans la prise en soins de cette population, tout comme les variables de l'environnement qui se réfèrent à la structure hospitalière et plus particulièrement aux soins somatiques. Le concept de santé/maladie se reflète parfaitement dans ce travail, puisque l'hospitalisation du patient éthylo-dépendant pour un problème de santé autre que sa consommation d'alcool y est abordée ; les deux problèmes de santé s'influencent l'un l'autre.

Le syndrome de sevrage comporte plusieurs symptômes qui peuvent être expérimentés différemment en fonction de la personne. C'est une réponse face aux changements dans les sensations habituelles résultant du changement d'environnement, se traduisant par l'hospitalisation et donc, la cessation subite de consommation d'alcool. Les stratégies d'adaptation sont alors le point sur lequel cette revue porte. Il s'agit, en effet, de proposer des interventions infirmières pour la prise en soins des patients éthylo-dépendants hospitalisés en milieu de soins somatiques. Ne pouvant être gérés par le patient, les symptômes devront donc être évalués et gérés par l'équipe soignante, notamment l'infirmière, ayant un rôle clé à jouer. Les résultats visent à la disparition des symptômes de sevrage et donc à la prévention des complications du syndrome de sevrage.

Ces concepts « sont inter-reliés entre eux et en interaction constante. Ainsi, l'expérience du symptôme influence et est influencée par les stratégies de gestion des symptômes » et sur les résultats visant la disparition du ou des symptômes.

Une notion importante de cette théorie est la notion de « symptom cluster » qui signifie groupe de symptômes. En effet, « les patients expérimentent toujours plus d'un symptôme simultanément ». Un cluster est alors défini comme un groupe de symptômes inter-reliés qui apparaissent simultanément et indépendamment d'autres symptômes (Kim, McGuire, Tulman, Barsevick, 2005).

Cette théorie vise une plus grande capacité d'autonomie des personnes dans la gestion de leurs symptômes, dans le but de maintenir leur santé. Les soins doivent donc être centrés sur l'individu et personnalisés, ce qui favorisera également le processus d'adhérence en lien avec les stratégies de gestion des symptômes proposées et donc les résultats obtenus sur l'état des symptômes.

Concernant la problématique abordée dans cette revue de littérature, il est vrai que la gestion des symptômes se traduit sous la forme d'une hétéro-évaluation réalisée par l'infirmière. Elle pourra cependant permettre une mise en place de stratégies de gestion des symptômes, en collaboration avec le patient.

Ces interventions auront pour but de faciliter l'autonomie du patient par rapport à son problème de santé primaire ayant nécessité une hospitalisation et un séjour dans un service de soins somatiques. En effet, en lui donnant du savoir sur ce qu'il est en train de vivre, le patient sera plus apte à reconnaître certains symptômes et donc jouer un rôle dans sa prise en soins. De plus, cette théorie s'applique spécialement dans le cas de maladies chroniques. La consommation d'alcool n'est pas définie en tant que telle mais sa consommation chronique peut s'inscrire dans cette vision.

2.5 Question de recherche

Pour ces différentes raisons, ces diverses informations amènent à penser que le patient éthylo-dépendant est un patient qu'on peut caractériser de « difficile ». Il a également pu être observé que l'infirmière en milieu somatique a un rôle clé à jouer dans la prise en soins de ce type de patient, en lien avec sa consommation d'alcool et son problème initial ayant entraîné son hospitalisation. C'est pour cette raison que la question de recherche est la suivante :

Dans un milieu hospitalier somatique, quelles sont les interventions infirmières permettant d'optimiser la prise en soins des patients éthylo-dépendants présentant des manifestations de sevrage?

3. METHODOLOGIE

3.1 Bases de données

Premièrement, une recherche a été effectuée afin d'identifier ce que rapporte la littérature à propos de la thématique choisie. Il a été trouvé, pour alimenter la problématique, quelques articles sur les bases de données développées ci-dessous, ainsi que des informations sur des sites internet et sur Google, ou encore dans des ouvrages.

Pour trouver des articles répondant à la question, des recherches ont été effectuées sur deux bases de données qui sont PubMed et CINAHL. PubMed est une base de données centrée principalement sur la recherche médicale alors que CINAHL traite plus précisément de disciplines paramédicales et infirmières.

En recherchant des articles sur ces deux bases de données, il a pu être observé que les articles trouvés étaient présents autant sur PubMed que sur CINAHL, à l'exception d'un article se trouvant uniquement sur PubMed ; cela pouvant s'expliquer par le fait que cette base de données n'est pas spécifique aux soins infirmiers.

3.2 Descripteurs

Après avoir formulé la question de recherche sous la forme PICOT (Population, Interventions, Comparaisons, Résultats et Temps), la détermination des mots-clés a été formulée en français. Suite à cela, ils ont été traduits en anglais. Ensuite, ces différents mots-clés ont été transformés en descripteurs respectifs à chaque base de données. Ces descripteurs ont permis, finalement, de créer différentes équations de recherche menant à la sélection des articles pertinents pour cette revue de littérature.

	Mots-clés	Key words	Descripteurs PubMed	Descripteurs CINAHL
P (population)	Patients éthylodépendants Syndrome de sevrage alcoolique	Ethylodépendants patients Alcohol withdrawal syndrome	"Alcoholism " [Mesh] "Substance Withdrawal Syndrome " [Mesh] "Alcohol Withdrawal Seizures " [Mesh] "Alcohol Withdrawal Delirium " [Mesh]	MH "Alcoholism " MH "Alcoholics" MH "Problem Patients" MH "Alcohol Withdrawal Syndrome " MH "Problem Patients" MH "Ethanol" MH "Substance Withdrawal Syndrome"
I (interventions)	Interventions infirmières optimisant la prise en soins	Nursing interventions	Nurs* « Nursing care » [Mesh] « Alcoholism/therapy » [Mesh]	Nurs* MH "Nursing Interventions " MH "Clinical Assessment Tools" MH "Nursing Role"
C (comparaison)	La question de recherche ne comprend aucune comparaison.			
O (Résultats)	Optimisation de la prise en soins	optimization of nursing care	« Patient care » [Mesh] « Patient Care Bundles » [Mesh]	MH "Patient Care" MH "Nursing Management"
T(temporalité)	Depuis l'hospitalisation en milieu somatique	hospitalization in somatic environment	« Hospitals, General » [Mesh] « Hospital Units » [Mesh] hospital*	MH "Inpatients"

3.3 Les équations de recherche

PubMed		
Date	Equations de recherche Pubmed	Résultats
15.02.16	((("Hospitals, General"[Mesh]) OR "Nursing Care"[Mesh]) AND "Alcoholism"[Mesh])	563
08.06.16	<p>(((("Alcoholism"[Mesh]) AND "Substance Withdrawal Syndrome"[Mesh])) OR ((("Alcohol Withdrawal Delirium"[Mesh]) OR "Alcohol Withdrawal Seizures"[Mesh]) OR "Alcoholism/therapy"[Mesh])) AND (((("Hospital Units"[Mesh]) OR inpatient*) OR hospital*)) AND nurs*</p> <p>Même équation avec filtres: published in the last 10 years; English; French</p>	<p>376</p> <p>113</p>

CINAHL		
Date	Equations de recherche CINAHL	Résultats
21.01.16	(MH « Alcoholism ») OR (MH « Alcohol Withdrawal Syndrome ») AND (MH « Inpatients ») AND (MH « Nursing Interventions »)	80
15.02.16	((MH "Problem Patients") AND (MH "Alcoholics") AND (MH « Alcoholism »)) AND (MH "Inpatients") OR nurs* AND (MH "Nursing Interventions »)	55
08.06.16	(MH "Inpatients") AND ((MH "Alcohol Withdrawal Syndrome") OR (MH "Alcoholism") OR (MH "Ethanol") OR (MH "Substance Withdrawal Syndrome")) AND ((MH "Clinical Assessment Tools") OR (MH "Nursing Role") OR Nurs*))	174
08.06.16	((MH "Alcoholism") OR (MH "Alcohol Withdrawal Syndrome+")) AND (MH "Inpatients") AND nurs*	112

Les limites suivantes ont été définies, afin de circonscrire les recherches répondant à la question :

- Articles en français et en anglais
- Articles publiés dès 2006
- Articles de recherche provenant de la discipline infirmière

Les premières équations réalisées ont donné un grand nombre de résultats parmi lesquels il a été difficile de trouver des articles correspondants à la question de recherche. Cependant, quatre articles ont pu être sélectionnés.

Suite à ces premières recherches, il manquait deux articles pour compléter cette revue de littérature. La méthodologie premièrement utilisée n'était sûrement pas assez précise et structurée. C'est pour cela que la bibliothécaire a été sollicitée afin de parfaire la méthodologie. Grâce à cette aide, de nouvelles équations ont pu être effectuées, permettant de trouver les deux articles manquants.

Ces deux équations finales se trouvent en gras dans les tableaux.

3.4 Les articles de recherche sélectionnés

1. Murdoch, J., Marsden, J. (2014). A «symptom-triggered» approach to alcohol withdrawal management. *British Journal of Nursing*, 23, p. 198-202.
2. Waring, A. (2014). Management of The alcohol withdrawal syndrome ta Canberra Hospital Alcohol and Drug Service : a best practice implementation project. *JBI Data Base of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 12, p. 227-249.
3. Broyles, L. M., Gordon, A. J., Rodriguez, K. L., Hanusa, B. H., Kengor, C., Kraemer, K. L. (2013). Evaluation Of a Pilot Training Program in Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment of Nurses in Inpatient Settings. *Journal of Addictions Nursing*, 24, p. 8-19.
4. Melson, J., Kane, M., Mooney, R., McWilliams, J., Horton, T. (2014). Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care. *The Permanent Journal*, 18, p. 141-145.
5. Riddle, E., Bush, J., Tittle, M., Dilkush, D. (2010). Alcohol Withdrawal : Development of a Standing Order Set. *Critical Care Nurse*, 30, p. 38-47.
6. Daly, M., Kermode, S., Reilly, D. (2009). Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 31, p. 98-107.

4. Articles de recherche

Les éléments principaux qui ressortent des articles de recherche vont être présentés sous forme de textes narratifs. Chaque article sera suivi d'un tableau récapitulatif contenant le but, l'échantillon, la méthode, les résultats et les limites.

A “symptom-triggered” approach to alcohol withdrawal management (J, Murdoch & J, Marsden, 2014).

Cette étude quantitative et quasi-expérimentale, réalisée par Murdoch et Marsden en 2014, a pour but de standardiser les régimes de désintoxication alcoolique à un niveau local, c'est-à-dire dans l'hôpital où le protocole de l'étude a été implanté.

En effet, cette étude est née de la perception des infirmières spécialisées qui ont remarqué que les équipes consultaient pour une désintoxication alcoolique tardivement, uniquement quand le patient présentait des symptômes exacerbés et qu'il devenait difficile à gérer. De plus, elles sont inquiètes quant à un manque d'éducation des cliniciens en lien avec le syndrome de sevrage et un manque de protocoles existants, fondés sur des preuves scientifiques.

A l'aide d'un outil de vérification créé pour l'étude, des données ont été récoltées auprès de 50 patients lors de la pré-intervention, permettant ainsi le développement du protocole, et également après l'implantation du protocole, permettant d'analyser les résultats.

Les études démontrent que les benzodiazépines sont reconnues comme médicament de choix pour la désintoxication. Elles sont couramment administrées en prophylaxie d'un syndrome de sevrage et le dosage est prédéterminé dans ce genre de cas.

Ce protocole thérapeutique se base sur la gestion des symptômes de sevrage et se traduit en une approche de désintoxication alcoolique individualisée, dans le but d'éviter une sursédation ou au contraire, une sous-médication, engendrées par un dosage non adapté au patient. Il consiste à monitorer les patients et leur fournir une médication seulement si des symptômes de sevrage apparaissent.

Les symptômes sont évalués à l'aide d'un outil d'évaluation validé et qui se nomme *Clinical Institute of Withdrawal Assessment Scale*. Cette échelle mesure la sévérité des nausées, de la transpiration, de l'agitation, des maux de têtes, de l'anxiété, des tremblements, des perturbations sensorielles et de l'orientation. Les mesures sont répétées à des intervalles appropriées pour surveiller la réponse au traitement et déterminer si une augmentation de la médication est requise.

Après avoir acquis plus de connaissances sur le processus de sevrage et grâce à cette échelle, l'infirmière peut ainsi administrer une dose de chlordiazepoxide adéquate pour soulager les symptômes. Le fait que les signes et symptômes soient détectés plus tôt, permet une médication adéquate et des réponses du système nerveux autonome gardées à des limites minimales.

Cette étude démontre l'importance d'un protocole standardisé et basé sur des preuves. A l'aide de l'échelle d'évaluation, qui est une base de référence, l'évaluation des symptômes d'un sevrage alcoolique est claire et concise, ce qui facilite également la documentation des observations réalisées et donc les transmissions, puisque le langage utilisé est commun à tous. L'enseignement, permettant à tout le personnel clinique d'acquérir des connaissances, est également primordial puisqu'il va, par la suite, faciliter la gestion du syndrome de sevrage et donc empêcher d'éventuelles complications comme le délirium tremens. De plus, en diminuant la dose administrée de chlordiazepoxide progressivement, la durée du traitement s'en trouve ainsi raccourcie.

Etude	But	Echantillon	Méthode	Résultats	Limites
<p>A «symptom-triggered» approach to alcohol withdrawal management (J. Murdoch, J. Marsden, 2014, Royaume Uni)</p>	<p>Le but est de normaliser les régimes de désintoxication alcoolique afin de mieux gérer cette désintoxication, puisque l'hypothèse est que ce projet améliorerait les soins en promouvant un plan de traitement individualisé pour la gestion des symptômes du sevrage alcoolique.</p> <p>Le but final est, également, de prouver l'efficacité du protocole implémenté sur la gestion du syndrome de sevrage.</p>	<p>L'échantillon comprend les 50 premiers patients (n=50) ayant été référés au service d'alcoologie et qui avaient terminé une cure de désintoxication lors d'une hospitalisation.</p> <p>L'échantillon comprend les mêmes critères que ce soit pour la pré ou la post-intervention.</p>	<p>Le projet consiste en trois phases:</p> <p>1) Une pré-intervention permettant de recueillir, à l'aide d'un outil créé, des informations sur: la méthode de détoxification, la médication utilisée et le temps nécessaire à la désintoxication; cela afin d'évaluer l'ampleur de la variation dans le traitement à travers l'hôpital.</p> <p>2) Le développement et l'implantation d'un protocole pour la gestion de la désintoxication. Le protocole est sous forme de brochure comprenant l'échelle d'évaluation des symptômes (CIWA), une politique de désintoxication et un parcours de soins intégré permettant aux infirmières d'administrer la médication. L'éducation du personnel se place également dans cette phase.</p> <p>3) Une post-intervention, récoltant des données à l'aide du même outil utilisé pour la pré-intervention, afin d'évaluer les effets des changements sur les régimes de traitement et les soins du patient. Cette phase comprend un questionnaire de satisfaction du personnel en lien avec les changements réalisés.</p>	<p>Après l'implantation du protocole:</p> <ul style="list-style-type: none"> → le nombre de jours d'une désintoxication a diminué de 3,88 jours; → Diminuant ainsi le coût du séjour de 1'164 dollars. → Le dosage des benzodiazépines administré pour une désintoxication a diminué de 396,1 mg. → Aucun patient n'a développé de signes sévères de syndrome de sevrage → Bénéfices pour le personnel clinique et pour le patient, en ce qui concerne le gain de temps, une meilleure satisfaction des soins, une meilleure documentation des informations et une réduction des incidents cliniques. 	<p>L'échantillon n'est pas un échantillon de cas-témoins, ce qui pourrait fausser les résultats puisqu'il ne permet donc pas de faire des comparaisons avec un groupe qui n'aurait pas été soumis au protocole.</p>

Management of the alcohol withdrawal syndrome at Canberra Hospital Alcohol and Drug Service : a best practice implementation project (A. Waring, 2014).

Cette étude quantitative et quasi-expérimentale, commencée par Angela Waring en 2013 et complétée en 2014 par le même auteur, en collaboration avec le service d'alcoologie et de drogues, vise à assurer une gestion précise du syndrome de sevrage alcoolique. Le protocole a été implanté dans deux services de soins aigus différents et promeut une administration pharmaco-thérapeutique basée sur l'apparition des symptômes. Un deuxième but de l'étude, bien que secondaire, est que les patients soient adressés de manière plus adéquate au service de drogues et d'alcoologie et que ce service soutienne le personnel dans la gestion du syndrome de sevrage alcoolique.

Une récolte de données a, premièrement, été réalisée avec l'analyse des dossiers médicaux de 20 patients. Les données analysées ont été déterminées sur la base de 5 critères de preuves et en fonction du cadre théorique favorisant l'implantation du protocole à la pratique.

L'équipe s'est alors rencontrée pour discuter des données récoltées et pour identifier les barrières à la conformité avec ces 5 critères et les stratégies à mettre en place pour y remédier et améliorer la pratique dans la gestion du sevrage dont la mise en place d'un protocole standardisé permettant l'adhérence des professionnels aux critères sélectionnés.

Les stratégies mises en place étaient de, fournir une éducation formelle et informelle au personnel et la réduire au corps de métier, de réaliser une procédure d'opération standard pour la gestion du syndrome de sevrage, et d'affiner le formulaire de référence au service d'alcoologie et de drogues et fournir les ressources nécessaires pour l'implantation du protocole.

La procédure d'opération standard comprenait, entre autre, une échelle d'évaluation des symptômes permettant d'évaluer les symptômes suivants: la transpiration, les tremblements, l'anxiété, l'agitation, les hallucinations, la désorientation et la sur-excitation du système nerveux autonome. En fonction du score obtenu par l'échelle d'évaluation des symptômes, des benzodiazépines étaient administrées ainsi que de la thiamine. Le protocole comprend également les critères nécessaires pour faire appel au service spécialisé d'alcoologie et de drogues.

Ce projet a démontré l'importance d'un cadre basé sur des preuves scientifiques pour la gestion du sevrage alcoolique. Le syndrome de sevrage alcoolique devrait être géré de manière appropriée et en prenant en considération les comorbidités existantes. Le contact avec la consultation de liaison a été prouvé bénéfique pour la promotion de la santé et donner des conseils pour réduire les méfaits du syndrome de sevrage. Une éducation régulière reste également une priorité pour évaluer et soutenir le personnel soignant. Une intervention précoce, une compréhension de l'évaluation, le monitoring et un traitement approprié préviennent les formes sévères de sevrage.

Etude	But	Echantillon	Méthode	Résultats	Limites
<p>Management of The alcohol withdrawal syndrome at Canberra Hospital Alcohol and Drug Service : a Best practice implementation project (A. Waring, 2014, Australie)</p>	<p>Le but est d'assurer la gestion du syndrome de sevrage à travers une meilleure pratique d'administration pharmaceutique, centrée sur les symptômes, afin de réduire le risque de syndrome de sevrage pour le patient.</p> <p>Le but secondaire est d'améliorer la collaboration et la communication entre les services de soins aigus et les unités spécialisées en alcoologie et addiction.</p>	<p>20 dossiers cliniques de patients ont été analysés dont:</p> <p>10 patients pour chacune des deux aires cliniques:</p> <p>Unité A: les patients ont été choisis, car il existe un fort taux de comorbidité chez les personnes avec des troubles mentaux et des abus d'alcool.</p> <p>Unité B: les patients présentent des problèmes primaires ou secondaires liés à l'abus d'alcool et de drogues dont la santé est trop compromise pour permettre une sortie d'hôpital.</p>	<p>Deux cadres théoriques (<i>Joanna Briggs Institute's Practical of Clinical Evidence System</i> et <i>Getting Research into Practice</i>), ont été utilisés.</p> <p>1) Etablissement d'une équipe pour le projet puis récolte de données auprès de l'échantillon choisi et en lien avec les 5 critères de vérification suivants: l'administration des benzodiazépines en fonction des scores du syndrome de sevrage et pour gérer les symptômes de sevrage, le dosage de la médication est graduellement réduit en fonction du score de sevrage, une médication hypnotique et sédatrice est utilisée en première intention en cas de délirium, la thiamine est administrée durant la gestion du sevrage alcoolique, l'échelle de sevrage est complétée et documentée avec précision.</p> <p>2) Les membres de l'équipe se sont ensuite rencontrés pour réfléchir aux barrières rencontrées et aux stratégies à mettre en place pour y faire face.</p> <p>3) Une récolte de données, basée sur les 5 mêmes critères, a été réalisée après l'implantation des stratégies.</p>	<p>Conformité avec les critères de bonne pratique entre la pré et la post intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aire clinique A: <ul style="list-style-type: none"> → 90 % de conformité au critère 1 après l'intervention, soit 47% de plus. → 75% de conformité au critère 2 dans les deux cas. → Aucun patient n'a développé de délirium tremens. → Administration de thiamine conforme dans 80% des cas de patients développant un syndrome de sevrage, soit 10% de plus. → 60% des échelles de sevrage alcoolique étaient précisément documentées, soit 30% de plus. • Aire clinique B: <ul style="list-style-type: none"> → 90% de conformité au critère 1, soit plus de 12% après l'intervention. → 25% de conformité au critère 2, soit une réduction de 64%! → Un patient a eu des complications du syndrome de sevrage -> 100% conforme. → Administration de thiamine conforme dans 90% des cas de patients développant un syndrome de sevrage, soit 10% de moins. → 40% des échelles de sevrage alcoolique étaient précisément documentées, soit 20% de moins. <p>Les patients détectés précocement ne vont pas évoluer vers un délirium tremens.</p>	<p>La plupart des résultats étaient en cours d'analyse lors de la création de l'article. Il est donc difficile de les exploiter.</p> <p>Les résultats démontrant une diminution de l'adhérence aux critères en post-implantation peuvent s'expliquer par l'entrée de nouveau personnel dans le service.</p>

Evaluation of a Pilot Training Program in Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Nurses in Inpatient Settings (L. M. Broyles, A. J. Gordon, K. L. Rodriguez, B. H. Hanusa, C. Kengor, K. L. Kraemer, 2013).

Cette étude quantitative et expérimentale de Broyles, Gordon, Rodriguez, Hanusa, Kengor & Kraemer, 2013, consiste en l'élaboration, l'évaluation et l'implantation d'un projet permettant la gestion des patients éthylo-dépendants.

Le but est d'améliorer les savoirs, les compétences, les attitudes et la pratique clinique des infirmières travaillant dans des unités de soins somatiques, afin de réduire les méfaits de l'alcool, les maladies liées et les handicaps.

Le modèle théorique utilisé explique comment les savoirs des professionnels de la santé, les perceptions et les attitudes jouent un rôle pour façonner la pratique clinique, les comportements et l'efficacité des infirmières.

Il est également dit que l'augmentation des connaissances liées à l'alcool, l'expérience et le rôle de l'infirmière vont augmenter le fait que le professionnel soit adéquat dans son rôle, la légitimité de son rôle et donc la motivation, la satisfaction et la confiance en soi dans des actes spécifiques en lien avec la gestion des patients éthylo-dépendants.

Le protocole est composé du RN-SBIRT, qui permet la détection des patients éthylo-dépendants, de déterminer la sévérité de la consommation d'alcool, d'identifier le niveau approprié d'interventions brèves pour motiver le patient à changer ses habitudes et, si indiqué, de le référer à un traitement spécialisé pour les addictions.

Il paraît donc nécessaire, dans l'article, que les infirmières puissent participer à la détection des patients éthylo-dépendants et à la mise en place d'interventions qu'elle engendre. L'étude servira donc à déterminer la pertinence de l'implication des infirmières dans la détection précoce des patients à consommation d'alcool problématique et si le protocole est adapté aux buts recherchés.

Les interventions ont eu un impact sur les variables démontrant que les enseignements sont adéquats et changent la pratique infirmière en l'améliorant. Plus particulièrement pour l'adéquation du professionnel dans son rôle, l'augmentation de la performance et l'augmentation des compétences.

Cela montre que les infirmières peuvent acquérir plus d'autonomie dans leur rôle de décision partagée et prennent plus d'assurance grâce à l'acquisition de savoirs.

Etude	But	Participants	Méthode	Résultats	Limites
<p>Evaluation Of a Pilot Training Program in Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment of Nurses in Inpatient Settings (L. M. Broyles, A. J. Gordon, K. L. Rodriguez, B. H. Hanusa, C. Kengor, K. L. Kraemer, 2013, Etats-Unis)</p>	<p>Le but est de concevoir, implanter et évaluer un programme d'éducation basé sur le SBIRT et qui a été adapté aux infirmières sous forme de RN-SBIRT. Il s'agira d'améliorer les connaissances des infirmières concernant le problème de consommation d'alcool, les entraîner à évaluer cette consommation et évaluer si l'implantation est possible.</p>	<p>Il s'agit de deux unités dans un hôpital somatique, choisies selon le même rapport patients-infirmières et dont la fonction et le nombre de lits sont semblables. Il y a 28 infirmières qui ont participé dont 15 dans l'unité de contrôle et 13 dans l'unité expérimentale. Concernant le questionnaire final, 19 infirmières ont participé au questionnaire, dont 11 dans le groupe contrôle et 8 dans le groupe expérimental.</p>	<p>Les infirmières sont avisées du projet et participent uniquement si elles le veulent. Au début de l'étude, les deux unités remplissent un questionnaire pour évaluer le niveau de connaissances. L'unité contrôle recevait une proposition de se former via un site internet. L'unité expérimentale, elle, avait six sessions d'entraînement au RN-SBIRT ainsi que quatre sessions "booster" plus courtes pour parfaire leurs connaissances. A la fin de l'étude, un questionnaire est rempli par les deux groupes dans le but d'évaluer les connaissances liées à l'alcool, les attitudes des infirmières face aux patients éthylodépendants et les pratiques cliniques. (les questions ne sont pas précisées dans l'article)</p>	<p>Les variables à l'étude sont au nombre de six. Il s'agit de l'adéquation du professionnel dans son rôle, sa légitimité dans son rôle (soutenu par les connaissances et l'expérience), le soutien dans le rôle (par les protocoles), la motivation, la satisfaction (des professionnels de santé dans leur pratique), l'estime de soi relié aux tâches spécifiques. Les résultats montrent que les interventions, qui consistent à parfaire les connaissances des infirmières liées aux patient éthylodépendants et à l'utilisation du RN-SBIRT, par des sessions d'entraînement, ont eu un impact sur les variables. En effet, cela démontre que les enseignements spécifiques sont adéquats et changent la pratique infirmière en l'améliorant. Plus précisément, la P value concernant l'adéquation du professionnel dans son rôle est passée de 0,931 à 0,032. L'augmentation de la performance est à p = 0,011 et l'augmentation des compétences est à p = 0,001 Il est également indiqué que le projet est transférable.</p>	<p>Les limites sont la difficulté de réunir toutes les infirmières du groupe contrôle pour chacun des enseignements prévus ainsi que la petite taille de l'échantillon en raison du caractère volontaire de l'inscription à ce projet.</p>

Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care (J. Melson, M. Kane, R. Mooney, J. McWilliams, T. Horton, 2014)

Cette étude quantitative quasi-expérimentale de Melson, Kane, Mooney, McWilliams & Horton, 2014, a pour but de mettre en place des échelles de détection précoce de consommation d'alcool à risque. Ensuite, une échelle du degré de consommation est réalisée et, de cela, en découle un guide-line de pratiques et d'interventions. Cette démarche vise à réduire l'utilisation des mesures de contrainte, baisser les transferts en unité de soins intensifs ainsi que l'aggravation du syndrome de sevrage en délirium tremens.

Afin de créer ces protocoles, une équipe pluridisciplinaire a été créée. Celle-ci comporte des infirmières, des médecins, un assistant social, un pharmacien, une infirmière clinicienne et un analyste.

Le protocole consiste, au moment de l'entrée du patient, à remplir l'AUDIT-PC qui comporte 5 paliers.

Puis, si le score détermine une consommation à risque, le professionnel de la santé devra effectuer le deuxième questionnaire, le CIWA-Ar. Cette échelle de 10 paliers, va servir à catégoriser le syndrome de sevrage en fonction de la sévérité des symptômes.

En ce qui concerne les données, elles ont été récoltées en prenant en compte toutes les admissions faites dans un hôpital, le Cristina Care Health System à Wilmington, aux Etats-Unis.

Cette récolte a été faite sur des données déjà existantes en ce qui concerne la période de pré-implantation du projet, c'est-à-dire les données des 9 mois précédant l'implantation du protocole.

Ce qui ressort de cette étude est que le protocole mis en place est efficace en ce qui concerne ses buts au niveau de la pratique infirmière.

De cette étude, il découle également une satisfaction de la part des infirmières, car elles expriment une mise en avant du rôle infirmier et le fait de pouvoir être capable d'avoir les outils pour se protéger elles-mêmes des patients en syndrome de sevrage, par une prise en soins optimale réduisant les risques.

Etude	But	Echantillon	Méthode	Résultats	Limites
<p>Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care (J. Melson, M. Kane, R. Mooney, J. McWilliam s, T. Horton, 2014, Etats-Unis)</p>	<p>Le premier but est de faire diminuer l'incidence des patients développant un syndrome de sevrage se compliquant en délirium tremens.</p> <p>Le deuxième but est de faire baisser le taux d'utilisation des moyens de contention.</p> <p>Pour finir, le troisième but est de diminuer le taux de transferts de patients en délirium tremens vers des unités de soins intensifs.</p>	<p>L'échantillon comprend: Avant l'implantation : 462 patients avec un diagnostic de syndrome de sevrage incluant 134 patients avec un délirium tremens dont 76 avec un délirium tremens de second degré (non développé dans l'article).</p> <p>3 mois après l'implantation du protocole : 602 patients avec un diagnostic de syndrome de sevrage incluant 159 patients avec un délirium tremens dont 78 avec un délirium tremens de second degré. (non étayé dans l'étude)</p>	<p>Le manque de protocoles et de savoirs infirmiers a justifié la création d'une équipe pluridisciplinaire, chargée de créer un protocole de détection et de prise en soins des patients éthylo-dépendants.</p> <p>Le projet consiste à enseigner aux infirmières comment détecter le syndrome de sevrage et les interventions propres à celui-ci.</p> <p>Cela a été fait par la mise en place de plusieurs questionnaires avec échelles de mesure pour déterminer si la personne a un problème d'alcool (AUDIT-PC) et ensuite, si le patient obtient un score de 5 ou plus, pour évaluer le degré de sévérité des symptômes (CIWA-Ar).</p> <p>Si, à ce derniers test, le patient à 8 ou plus, il sera monitoré en continu.</p> <p>Les données ont été récoltées avant et après l'implantation du projet avec les variables qui sont: le nombre de patients développant un syndrome de sevrage se compliquant en delirium tremens, l'utilisation de moyens de contention et le nombre de transferts en unité de soins intensifs.</p> <p>Les données ont été récoltées 9 mois avant l'implantation et 12 mois après implantation. Les résultats des deux phases ont été comparés et transformés en pourcentages.</p>	<p>Les résultats sont présentés en pourcentages et prouvent que la mise en place du protocole, décrit dans la méthode, a été efficace.</p> <p>9 mois avant l'implantation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 462 patients ont eu un diagnostic de syndrome de sevrage dont 134 patients avec un diagnostic de délirium tremens et 76 avec un délirium tremens de second degré. • 60,4% des patients avec un délirium tremens avaient des mesures de contrainte. <p>12 mois après l'implantation du protocole:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 602 patients ont eu un diagnostic de syndrome de sevrage dont 159 avec un délirium tremens et 78 avec un délirium tremens de second degré. • 44,4% ont eu des mesures de contrainte. • Le pourcentage de patients avec un diagnostic de syndrome de sevrage évoluant vers un délirium tremens a donc baissé de 16,4% à 12,9%. • Le pourcentage de transferts en unités de soins intensifs a directement diminué, passant de 21,6% à 15%, après la mise en place de ce projet. 	<p>Il était impossible d'obtenir un groupe contrôle en raison de la grandeur de l'établissement.</p> <p>De plus, le CIWA-Ar n'était pas rempli une heure après l'administration de traitement, les patients n'était pas réveillés pour refaire le CIWA-Ar à intervalles réguliers et la médication n'était pas utilisée comme prévu.</p>

Alcohol Withdrawal : Development of a Standing Order Set (Riddle, E., Bush, J., Tittle, M., Dilkhush, D., 2010)

Cette étude quantitative et expérimentale, réalisée par Riddle, Bush, Tittle et Dilkhush en 2010, a pour but de développer un protocole permettant aux infirmières d'identifier et de traiter le syndrome de sevrage, dans l'hôpital où l'étude a été faite.

En effet, certaines comorbidités chirurgicales ou médicales peuvent masquer les symptômes de sevrage et induire un traitement inadapté. De plus, les signes et symptômes du sevrage peuvent également être confondus avec d'autres problèmes communs, présents chez les patients des soins intensifs. Finalement, les études contrôlées sur les traitements existants ainsi que sur le développement de traitements pour les patients gravement malades sont peu nombreuses. C'est donc pour ces diverses raisons que les auteurs ont décidé de développer un ordre permanent basé sur des preuves scientifiques.

A travers cette étude et l'échantillon sélectionné, les auteurs comparent la gestion du syndrome de sevrage basé sur le traitement des symptômes de sevrage et celui basé sur des « doses-horaire » afin de déterminer lequel est le plus efficace. De plus, ils ont cherché à développer un protocole pouvant être utilisé autant pour les patients hospitalisés dans un service de soins intensifs (unité de soins intensifs de traumatologie) que pour ceux hospitalisés dans un service de soins non critiques (unité de traumatologie médicale et chirurgicale).

Le protocole comprend une échelle d'évaluation du syndrome de sevrage (CIWA-Ar) ainsi qu'un guide-line d'utilisation des benzodiazépines. Ce protocole permet d'administrer les benzodiazépines en fonction du score de sevrage alcoolique ainsi que la procédure de prise en soins à suivre. Le protocole promeut un schéma dégressif jusqu'à l'arrêt de la prise de médication. De plus, il inclut l'utilisation de multivitamines et de vitamines, dont l'acide folique et la thiamine, ainsi que l'utilisation d'antiémétiques.

Les résultats étaient cliniquement significatifs selon les auteurs. Ils démontrent, pour les patients ayant été traités en fonction de leurs symptômes de sevrage, une diminution aussi bien de la quantité de benzodiazépines utilisées que de la durée du traitement, une diminution des coûts et des complications et finalement, une satisfaction du personnel médical et infirmier. Ces améliorations cliniques sont associées aux connaissances apportées aux infirmières et aux décisions ou actions prises, tel que le délai d'administration du principe actif, par celles-ci. Cela démontre clairement que les infirmières ont un rôle clé à jouer dans l'identification des patients développant un syndrome sevrage et des symptômes associés et dans le traitement de celui-ci.

Etude	But	Echantillon	Méthode	Résultats	Limites
Alcohol Withdrawal : Development of a Standing Order Set (E. Riddle, J. Bush, M. Tittle, D. Dilkush, 2010, Etats-Unis)	Le but de cette étude est de développer un protocole basé sur le traitement des symptômes de sevrage et permettre aux infirmières d'identifier et de traiter le syndrome de sevrage. Cela pour une unité de soins intensifs et une unité de soins non critique.	Les unités sélectionnées sont l'unité de soins intensifs de traumatologie et l'unité de traumatologie médicale/chirurgicale. L'échantillon comprend 56 patients qui avaient des antécédents d'abus d'alcool, qui étaient intoxiqués à l'admission, ou qui étaient sur le point de faire un delirium tremens selon l'évaluation du médecin. - Un total de 31 patients a été sélectionné et sur lequel le protocole basé sur les symptômes serait testé; dont 14 dans l'unité de soins non critiques et 17 dans l'unité de soins intensifs. - Un total de 25 patients a été sélectionné et sur lequel le traitement « dose-horaire » a été testé dont 16 dans l'unité de soins non critiques et 9 dans l'unité de soins intensifs.	Une fois le protocole réalisé et approuvé par divers comités, dont celui des médecins et des pharmaciens, la formation du personnel infirmier et pharmaceutique a commencé. Une fois l'ordre médical reçu, les infirmières commençaient la mise en place du protocole incluant l'échelle d'évaluation modifiée (CIWA-Ar). La récolte de données s'est déroulée sur 18 mois auprès des patients sélectionnés. Les données portaient sur: La durée du séjour, la démographie, le nombre de jours médiqués avec le protocole, le nombre de jours médiqués sans protocole, la quantité de lorazépam administrée, la quantité de chloridazépoxide administrée, l'antidote nécessaire en cas de surmédication, l'utilisation des dispositifs de retenue, la présence d'un gardien, le taux sanguin d'alcool, l'utilisation d'une médication pertinente et des antécédents de crises.	La longueur du séjour: 6,8 jours pour les patients suivis selon le traitement « dose-horaire » et 14,7 jours pour les patients sur lesquels le protocole a été utilisé. Le nombre de jours de médication : 3,2 jours chez les patients utilisant le protocole 5,2 jours et pour ceux ne l'utilisant pas. Le nombre de jours était raccourci autant chez les patients de l'unité de soins intensifs que chez les patients de l'unité non critique. Les patients utilisant le protocole ont reçu 13,8 mg de lorazepam et les patients ne l'utilisant pas ont reçu 6,6 mg. Concernant l'utilisation de chloridazépoxide, les patients utilisant le protocole ont en reçu moins (150,8 mg) que le groupe témoin (349 mg). L'utilisation de moyens de contention était similaire dans les deux groupes (5 fois dans chaque groupe). Un patient du groupe témoin a du recevoir un agent réversible alors qu'aucun patient n'en a reçu dans le groupe contrôle. Un surveillant est intervenu 2x pour le groupe utilisant le protocole et 1x fois pour le groupe ne l'utilisant pas. Une diminution des coûts et des complications du syndrome de sevrage également pu être observée.	Une des limites est qu'il était difficile, pour les mesures de contention, de définir si la raison pour laquelle elles étaient utilisées provenait du syndrome de sevrage ou alors d'un autre problème. Certaines différences entre les deux unités choisies n'ont pas été prises en compte dont les diagnostics d'admissions, les blessures ou l'histoire médicale et la voie d'administration des benzodiazépines. Les résultats n'ont pas été interprétés statistiquement de par la petite taille de l'échantillon.

Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals (Daly, M., Kermode, S., Reilly, D., 2009)

Cette étude quantitative et expérimentale, menée par Daly, Kermode & Reilly en 2009, a pour but de tester deux méthodes de formation concernant la détection et la prise en soins des patients éthylo-dépendants, pour les infirmières.

En effet, le manque de connaissances des infirmières généralistes pour ce type de prise en soins, est le problème principal rapporté par cette étude. Ceci va avoir pour conséquence une non-détection des patients éthylo-dépendants et donc les amener à développer un syndrome de sevrage, voire un delirium tremens pouvant être mortel, si la prise en soins n'est pas correcte.

Avant de débiter les formations, les dossiers médicaux de patients éthylo-dépendants ont été analysés pour connaître les actions à mettre en place et cibler les besoins en formation.

Pour cela, le cadre théorique « NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines » a été choisi et gardé pour analyser la suite de l'étude.

Ce projet a duré 12 mois d'implantation dans les deux groupes. L'étude est répartie dans 11 hôpitaux se trouvant dans une zone rurale d'Australie. Les deux méthodes à l'étude sont : la formation sous forme « d'auto-gestion des apprentissages » et la formation « continue » au sein-même du service.

De cette étude, il en est ressorti que la formation « d'auto-gestion des apprentissages » avait plus d'efficacité au niveau de l'augmentation des savoirs et de toutes les variables à l'étude, par rapport à la formation « continue ».

Cette étude montre qu'une formation adéquate augmente la qualité de prise en soins du syndrome de sevrage et diminue donc les risques de complications pour la personne éthylo-dépendante.

Les bénéfices de la formation des infirmières, selon l'avis des participantes, sont : l'augmentation des savoirs, des compétences et de la confiance dans leurs compétences lors de la prise en soins des patients en syndrome de sevrage.

Etude	But	Echantillon	Méthode	Résultats	Limites
<p>Evaluation of Clinical Practice Improvement Programs for Nurses for the Management of Alcohol withdrawal in Hospitals (Daly, M., Kermode, S., Reilly, D., 2009, Australie)</p>	<p>Le but de cette étude est de tester deux méthodes de formation dédiées aux infirmières afin d'augmenter leurs savoirs sur les patients éthylo-dépendants et leurs compétences pour gérer le syndrome de sevrage.</p> <p>A la fin, l'étude comprenant les meilleurs résultats au niveau des variables sera retenue.</p>	<p>L'étude a été menée auprès de 11 hôpitaux.</p> <p>Dans ces 11 hôpitaux, 8 hôpitaux (238 infirmières) ont participé à la formation dite « continue » et 3 hôpitaux (70 infirmières) ont participé à la formation dite « d'auto-gestion des apprentissages ».</p> <p>Le nombre total d'infirmières ayant reçu l'une ou l'autre des formations est de 308 ce qui fait 77,3% pour la formation « continue » et 22,7% pour la formation « d'auto-gestion des apprentissages »</p>	<p>Pour connaître les besoins en formation des infirmières et orienter les apprentissages, des dossiers médicaux (nombre non précisé) ont été analysés. Le but est d'observer quelles actions du protocole de la prise en soins des patients éthylo-dépendants sont mises en place ou pas.</p> <p>Au début et à la fin de l'étude, un questionnaire d'évaluation des connaissances est rempli par les infirmières pour observer l'évolution des connaissances après l'étude.</p> <p>Les données sont récoltées selon 9 variables à l'étude qui correspondent aux 9 concepts du cadre théorique choisi, le « NSW drug and alcohol withdrawal clinical practice guidelines ».</p> <p>Variables propre à la pratique infirmière : L'histoire de l'utilisation de substances, le monitoring horaire à l'arrivée, le monitoring aux 4 heures si besoin, le monitoring horaire si besoin et le monitoring sur 3 jours si nécessaire.</p> <p>Variables médicales : Diazépam prescrite selon le protocole, la thiamine prescrite selon protocole</p> <p>Variables médico-déleguées : Diazepam administrée selon protocole et la thiamine administrée selon protocole.</p>	<p>Formation « d'auto-gestion des apprentissages » : → les résultats montrent une augmentation de la compliance de 5 à 57% pour les 9 variables. → La compliance au monitoring horaire est passée de 17% à 74%, soit une augmentation de 57%</p> <p>→ Le questionnaire de suivi des compétences, complété à la fin de cette formation, montre que les infirmières perçoivent un gain de savoirs.</p> <p>Formation « continue » → Chacune des 9 variables à l'étude ont été de -12% à +30% de changement. → La compliance dans la prescription de diazepam était meilleure pour cette méthode de formation.</p> <p>En conclusion, contrairement au programme de formation « continue », le programme de formation « d'auto-gestion des apprentissages » a montré une hausse des savoirs, des compétences et de la confiance en soi lors de la prise en soins de patients éthylo-dépendants</p>	<p>La première limitation est le moment d'enseignement dans le groupe de formation « continue ». Les infirmières n'étaient pas disponibles psychologiquement.</p> <p>La deuxième limite est le problème de manque de temps, relié aux manques de ressources infirmières et à l'augmentation de charge de travail.</p> <p>La troisième limite concerne certaines variables médicales qui n'étaient pas utilisables, car pas pertinentes pour la pratique infirmière..</p> <p>La quatrième limitation concerne la clareté des protocoles. En effet, ceci n'étant pas clairs, la compliance au protocole n'était pas ou partiellement présente.</p>

5. SYNTHÈSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, la synthèse des résultats, qui permet de mettre en commun et comparer les différents résultats obtenus dans les articles scientifiques qui ont été sélectionnés, va être présentée. Les résultats seront mis en lien avec le cadre théorique qui est celui de la gestion des symptômes.

Trois concepts principaux sont mis en évidence dans cette théorie infirmière de niveau intermédiaire : l'expérience des symptômes, les stratégies de gestion des symptômes ainsi que les effets obtenus sur leur état.

5.1 Expérience des symptômes

Les symptômes de sevrage vont être expérimentés par le patient éthylo-dépendant hospitalisé en milieu de soins somatiques

Comme décrit dans l'article de Murdoch & Marsden (2014), les symptômes de sevrage se déclenchent 48 heures après la cessation d'ingestion d'alcool. Cependant, la manière d'expérimenter les symptômes peut varier d'un individu à l'autre puisqu'en effet, il a pu être observé que certaines personnes ne développent pas de syndrome de sevrage, cela sans même recevoir de médication. Ce qui prouve que les patients ne vont pas tous expérimenter un sevrage alcoolique de la même manière [traduction libre] (2014, p. 198).

Les symptômes sont donc expérimentés par le patient, mais les infirmières vont également expérimenter les symptômes de sevrage puisqu'elles vont être confrontées à la gestion du syndrome de sevrage.

Selon Broyles, Gordon, Rodriguez, Hanusa, Kengor & Kraemer, les infirmières peuvent ressentir un manque de confiance en elles pour aborder avec le patient le sujet de leur consommation d'alcool [traduction libre] (2013, p. 15).

La moitié des études rapporte (Broyles & al. (2013), Melson, Kane, Mooney, McWilliams & Horton (2014), Murdoch & Marsden (2014)), une absence de protocoles, des protocoles non basés sur des preuves scientifiques, ainsi qu'un manque de connaissances sur la prise en soins des patients éthylo-dépendants et sur l'utilisation des protocoles. Ce manque peut engendrer, d'un point de vue infirmier, des difficultés de prise en soins et une mauvaise détection de ce type de patients. L'article de Riddle, Bush, Tittle & Dilkush, relève également que, concernant le traitement, peu d'études randomisées existent et peu de traitements ont été développés et testés pour les patients gravement malades [traduction libre] (2010, p. 40).

De plus, Melson & al., concluent que le patient éthylo-dépendant, détecté tardivement, peut compromettre sa propre sécurité et celle des soignants et donc rendre la prise en soins difficile [traduction libre] (2010, p. 144).

Ces raisons vont engendrer une mauvaise évaluation des symptômes ainsi qu'une réponse inadaptée aux symptômes.

Grâce à la mise en place de protocoles, les infirmières vont posséder des outils leur permettant de se sentir plus en confiance et plus autonomes dans la gestion du syndrome de sevrage, augmentant ainsi leur satisfaction dans la prise en soins des patients éthylo-dépendants. Une augmentation de la satisfaction du patient est également rapportée par la moitié des articles (Melson & al. (2014), Broyles & al. (2013), Murdoch & Marsden (2014)). Dans l'article de Murdoch & Marsden, moins de plaintes du patient au regard du traitement ont pu être observées puisque leur désintoxication était gérée de manière adéquate. En effet, le patient va se sentir plus satisfait puisque sa désintoxication s'en trouve mieux gérée [traduction libre] (2014, p. 202).

Grâce au RN-SBIRT, notamment, relaté dans l'article de Broyles, & al., les infirmières se sentent plus à l'aise pour aborder le sujet de la consommation avec le patient car ce protocole leur fournit un moyen d'approche leur permettant de savoir comment poser les questions. Ce protocole favorise l'établissement d'une relation avec le patient, amenant ainsi à une meilleure collaboration et une meilleure détection des patients à consommation à risque. Le patient ne se sent ainsi plus accusé ou jugé puisque le recueil de données se fait à travers une discussion et moins sous forme de liste de questions. Cette amélioration se manifeste par une augmentation de l'adéquation du rôle, de la performance et des compétences des infirmières.

Ainsi, ce protocole va permettre aux patients éthylo-dépendants d'expérimenter moins de symptômes de sevrage grâce à une prise en soins adéquate. [traduction libre] (2013, p. 15).

5.2 Stratégies de gestion des symptômes

Différentes phases sont présentes dans la gestion du syndrome de sevrage et de ses symptômes. Ces différentes phases sont la détection, l'évaluation des symptômes et finalement, le traitement du syndrome de sevrage alcoolique. Un autre point important peut également s'ajouter à ces différentes étapes. Ce point comprend l'orientation du patient vers un service de soins spécialisé, afin de traiter leur problème d'éthylo-dépendance de manière plus précise ou également de faire appel à un service spécialisé en cas de gestion problématique du patient éthylo-dépendant expérimentant un syndrome de sevrage. Pour ce faire, les études sélectionnées ont utilisé divers protocoles comprenant divers outils.

Ci-dessous, il va être étayé quels articles sont spécifiques à chaque phase de la prise en soins.

Premièrement, il s'agit de détecter de manière précoce les patients ayant une consommation d'alcool à risque. Pour ce faire, les études ont utilisé différents outils de détection. Melson & al. (2014) ont intégré à leur protocole l'échelle de détection qui se nomme l'Alcohol Use Disorders Identification Test – Piccinelli Consumption (AUDIT-PC), et qui permet de détecter si le patient a une consommation d'alcool à risque.

Broyles & al. (2013) décrivent le Registered Nurse - Substance Abuse Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (RN-SBIRT), qui est un protocole incluant l'évaluation par les infirmières basée sur le SBIRT, on peut voir que ce protocole est notamment utilisé pour le dépistage des patients éthylo-dépendants.

Deuxièmement, il s'agit d'évaluer le patient en fonction des symptômes qu'il développe. En effet, selon Riddle & al. (2010), cette méthode de traitement basée sur les symptômes est plus efficace qu'une méthode d'administration des médicaments en fonction d'un horaire défini préalablement. Pour évaluer le degré de sévérité des symptômes, trois échelles ont été présentées dans les études. Celles-ci sont l'Alcohol Withdrawal Scale (AWS), présente dans l'article de Waring (2014) et la Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA), utilisée dans l'article de Murdoch & Marsden (2014) ou alors celle qui a été révisée et qui est la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised (CIWA-Ar), apparaissant dans les études de Melson & al. (2014), Riddle & al. (2010) et celle de Daly, Kermode & Reilly, (2009).

Ces échelles vont aboutir à un score, se rapportant au degré de sévérité des symptômes, qui lui, va permettre de traiter et de médiquer le patient de manière individualisée et ainsi permettre d'éviter un surdosage ou une sous médication.

Il s'agit donc, dans la troisième phase, de traiter les symptômes de sevrage. Pour ce faire, toutes les études rapportent l'utilisation de benzodiazépines puisque cette classe de médicaments est celle indiquée en cas de syndrome de sevrage. Le choix du principe actif s'est fait en fonction de ce qui est utilisé le plus couramment dans la pratique et varie en fonction des études sélectionnées. Pour la pratique infirmière, il est primordial de connaître les surveillances infirmières ainsi que les effets indésirables des médicaments qu'elle administre et donc en lien avec l'administration de benzodiazépines.

Les benzodiazépines ne sont pas la seule médication prise en compte dans le traitement du patient éthylo-dépendant. Angela Waring (2014) et Daly & al. (2009) précisent l'importance de l'utilisation de thiamine. Riddle & al. (2010) incluent également dans leur protocole l'administration d'antiémétiques et de vitamines, efficaces dans la prévention du syndrome de Korsakoff et du syndrome de Wernicke, et également utilisées pour favoriser la formation d'érythrocytes et le métabolisme des protéines. De plus, le traitement consiste également à remplacer des fluides, corriger les déséquilibres électrolytiques, traiter les infections aiguës et la fièvre. Pour ce faire, l'interprétation des résultats de laboratoire, en lien avec le potassium, le magnésium et le phosphate, est primordiale.

En plus de l'administration de benzodiazépines, d'autres interventions vont être mises en place en fonction des symptômes de sevrage expérimentés par le patient.

En fonction du score obtenu par l'échelle d'évaluation qui est le CIWA-Ar, l'étude de Daly & al. (2009) et celle de Melson & al. (2014) rapportent que les infirmières vont monitorer les patients à des intervalles définis en fonction du score. Plus le score sera élevé, plus le monitoring sera effectué à intervalles réguliers et courts, pour voir si d'autres symptômes apparaissent. L'étude de Murdoch & Marsden (2014) décrit que les infirmières vont également monitorer les patients à chaque fois que l'échelle d'évaluation (CIWA-Ar) est utilisée, cela pour évaluer la réponse au traitement reçu et déterminer si la médication est adéquate.

Le RN-SBIRT, présent dans l'étude de Broyles & al. (2013), comprend également une échelle d'évaluation des symptômes et un plan de traitement, permet la mise en place d'interventions infirmières brèves telles que l'éducation thérapeutique, visant à enseigner les conséquences de la consommation d'alcool et motiver le patient à changer ses habitudes de consommation.

La mise en place de mesures de contention peut aussi être nécessaire si le patient, de part ses symptômes, se présente agité ou agressif. En effet, Melson & al. (2014) évoquent la mise en place de ces mesures de contraintes pour assurer la sécurité du patient et celle des soignants.

La mise en place de protocoles dirigeant les infirmières vers des stratégies de gestion des symptômes est donc un point clé de la gestion du syndrome de sevrage. La formation des infirmières à l'utilisation de ces outils a également été révélée primordiale à une prise en soins adéquate des patients développant un syndrome de sevrage, sans quoi ces outils se révéleront inefficaces. Dans toutes les études sauf celle de Melson & al. (2014), une formation a été faite auprès des équipes impliquées dans les projets. Cette formation s'est réalisée sous différentes formes. Murdoch & Marsden (2014) ont mis en place des sessions d'enseignements, la mise à disposition de posters et d'articles de magazines. Dans l'étude de Riddle & al. (2010), la formation s'est faite sous forme d'enseignements individuels et la mise en place d'un panneau d'affichage.

L'étude de Daly & al. (2009) conclut que la meilleure méthode d'apprentissage permettant de détecter et de gérer le syndrome de sevrage se traduit sous la forme « d'auto-gestion des apprentissages ». Elle consiste à fournir au personnel un bagage d'informations et à fournir des enseignements individuels basés sur des cas de patients. Le personnel va alors gérer lui-même son apprentissage en fonction de ses envies. Finalement, Broyles & al. (2013) ont mis en place des entraînements à l'utilisation du RN-SBIRT et fourni aux infirmières des connaissances en lien avec la consommation d'alcool. Des vidéos, des jeux de rôles et des sessions questions-réponses étaient réalisées à propos du RN-SBIRT.

Finalement, pour que ces stratégies de gestion obtiennent un effet sur l'état des symptômes, le cadre théorique relève l'importance de l'adhérence entre ces deux points. En effet, si l'adhérence aux stratégies de gestion des symptômes n'est pas présente, les effets obtenus sur les symptômes seront également moindre. Les articles sélectionnés ne parlent pas d'adhérence mais plutôt de compliance à l'utilisation des outils. Murdoch & Marsden (2014) démontrent que la compliance a permis l'évaluation de plus de patients par un spécialiste de l'alcool résultant en un traitement plus approprié et des méthodes de désintoxication plus efficaces. Angela Warring (2014) démontre également que les enseignements fournis améliorent la compliance à l'utilisation des échelles d'évaluation et au traitement médicamenteux. On peut donc voir que la formation des infirmières est essentielle à la compliance et que certains critères doivent être respectés afin de la favoriser, tels que le moment choisi pour former les professionnels et la surcharge de travail des infirmières, comme le démontre l'étude de Daly & al. (2009).

5.3 Effets obtenus sur l'état des symptômes

Grâce à la mise en place de protocoles standardisés et basés sur des preuves scientifiques ainsi qu'à la formation du personnel soignant, certains effets ont pu être obtenus sur l'état des symptômes et d'une manière plus globale, sur la gestion du syndrome de sevrage.

Premièrement, une diminution des complications du syndrome de sevrage et des incidents cliniques a été rapportée par tous les articles sauf celui de Daly & al. (2009)

L'administration médicamenteuse s'en est retrouvée plus précise en fonction des symptômes de sevrage ce qui a eu pour conséquence une diminution de la dose (mg) de benzodiazépines utilisées, rapportée par l'étude de Murdoch & Marsden (2014) et l'étude de Riddle & al. (2010).

Le nombre de jours de désintoxication a également diminué selon Murdoch & Marsden (2014) et Riddle & al. (2010), ainsi que le nombre de jours médiqués selon l'étude de Riddle & al. (2010).

Concernant l'utilisation des mesures de contrainte, l'étude de Riddle & al. (2010) ne rapporte pas une diminution de l'utilisation des mesures de contention malgré l'utilisation d'un traitement basé sur les symptômes. Par contre, l'étude de Melson & al. (2014) démontre qu'avec l'utilisation de leur protocole, l'utilisation de moyens de contention a baissé de 16%.

Une diminution de 6,6% du taux de transferts en unité de soins intensifs a été rapportée par l'étude de Melson & al. (2014).

Une meilleure documentation dans le dossier médical a finalement pu être observée dans les études de Murdoch & Marsden (2014), démontrant ainsi que la documentation est un indicateur de la compliance des infirmières.

Finalement, une diminution des coûts du séjour a été rapportée par l'étude de Murdoch & Marsden (2014) et celle de Riddle & al (2010) et un gain de temps a été rapporté par l'étude de Murdoch & Marsden(2014).

6. DISCUSSION

6.1 Liens avec le cadre théorique

La théorie de la gestion des symptômes

Suite à l'analyse des articles, les concepts clés du cadre théorique, qui sont l'expérience des symptômes, les stratégies de gestion des symptômes et les effets obtenus sur l'état des symptômes, semblent pertinents pour la réalisation de cette revue de littérature. En effet, concernant les stratégies de gestion des symptômes, elles se sont révélées être en lien avec ce qu'incluaient les articles sélectionnés, puisque la gestion du syndrome de sevrage se base principalement sur la gestion des symptômes.

L'adhérence est également un concept qui s'est retrouvé dans les articles sélectionnés sous forme de compliance. En effet, le cadre théorique souligne l'importance d'une adhérence des patients aux stratégies de gestion des symptômes puisque sans elle, les effets obtenus sur l'état des symptômes seront moindres. D'un point de vue infirmier, c'est la compliance à l'utilisation des protocoles qui sera primordiale pour obtenir des effets positifs sur l'état des symptômes. Cette compliance peut être améliorée par la formation et l'enseignement auprès des infirmières et du personnel soignant. L'adhérence du patient à sa prise en soins, ainsi que sa collaboration, n'en restent pas moins primordiaux pour des soins de qualité et l'obtention d'effets positifs sur l'état des symptômes.

Cependant, certaines limites du cadre théorique sont apparues. Le patient éthylo-dépendant qui est hospitalisé en milieu de soins somatiques n'a aucune stratégie pour gérer ses symptômes, puisque le traitement des symptômes est principalement basé sur l'administration adéquate de benzodiazépines. L'infirmière devra objectiver les symptômes, grâce à des protocoles et des connaissances spécifiques, afin de développer une stratégie de gestion. Ainsi, il sera possible d'obtenir les effets désirés sur l'état des symptômes, le but étant que les patients expérimentent moins de symptômes de sevrage pendant leur hospitalisation.

Le but final de la théorie est de favoriser l'autonomie du patient en le rendant acteur de sa prise en soins. Le rôle des infirmières en milieu de soins somatiques n'est pas de traiter l'éthylo-dépendance mais bien de gérer le syndrome de sevrage et surtout, de traiter les causes primaires ayant entraîné l'hospitalisation. De ce point de vue, le patient retrouvera plus rapidement une autonomie fonctionnelle car les complications du syndrome de sevrage seront évitées. Les articles sélectionnés rapportent l'importance d'orienter ces patients vers un service spécialisé où ils pourront, à l'aide de spécialistes de l'éthylo-dépendance, développer des stratégies centrées sur leur problème de dépendance à l'alcool.

6.2 Réponse à la question de recherche et lien avec la problématique

Le but de cette revue de littérature était de répondre à la question de recherche qui était de définir quelles sont les interventions infirmières optimisant la prise en soins des patients éthylo-dépendants hospitalisés en milieu de soins somatiques.

Les articles sélectionnés sont des études quantitatives ayant été réalisées pour démontrer l'efficacité de divers protocoles de gestion du syndrome et donc leur impact sur les patients expérimentant des symptômes de sevrage. Ils tendent également à observer l'implication des infirmières à l'utilisation de ces protocoles et donc le rôle infirmier dans la gestion du syndrome de sevrage.

L'implémentation d'un protocole basé sur des preuves scientifiques a pu démontrer une amélioration de la prise en soins des personnes éthylo-dépendantes développant un syndrome de sevrage. En effet, les protocoles guident les infirmières dans leurs interventions et leur fournissent des outils sur lesquels elles peuvent se baser. De plus, ils permettent aux infirmières de se sentir plus à l'aise dans la relation en ayant recours à des échelles et des questionnaires précis leur permettant de poser des questions ciblées. La relation entre le soignant et le patient, qui était décrite comme une prise en soins « difficile » dans la problématique, va donc s'en retrouver facilitée.

La détection et la différenciation des types de consommation est un point très important qui, comme cité dans notre problématique, peut s'avérer difficile. Les outils de détection proposés permettent donc d'établir des critères d'évaluation pour ainsi faciliter l'identification des personnes éthylo-dépendantes. Une détection réalisée rapidement permettra ainsi l'anticipation du syndrome de sevrage qui pourra donc être géré de manière plus appropriée, et cela sans développer de complications.

L'hypothèse était faite, dans notre problématique, que la gestion du syndrome de sevrage devrait être individuelle et basée sur les symptômes. Les protocoles, mis en évidence par les articles sélectionnés, se basent sur un traitement médicamenteux ainsi que la mise en place d'interventions. Ces choix, en lien avec le dosage médicamenteux, se font en fonction des symptômes développés et du score obtenu à l'aide des échelles d'évaluation des symptômes de sevrage. Le traitement pharmaco-thérapeutique est essentiellement basé sur l'administration de benzodiazépines. Cependant, d'autres traitements médicamenteux tels que les antiémétiques ou les multi-vitamines et vitamines (principalement la thiamine et l'acide folique), ont été évoqués dans les études de Waring (2014) et Riddle et al (2010). Bien que la prescription médicamenteuse soit un acte médical, un protocole évoquant ces variables permettrait, peut-être, à l'infirmière d'acquérir davantage d'autonomie dans le domaine de l'administration médicamenteuse. Les échelles d'évaluation des symptômes permettent également de différencier les symptômes de sevrage et les symptômes liés à une autre maladie et donc de ne pas les confondre.

Toutes les interventions réalisées et les résultats obtenus, à partir des outils de détection et d'évaluation, doivent être documentés de façon adéquate, sans quoi la qualité et la continuité de la prise en soins pourrait s'en retrouver perturbée. Les protocoles permettent de cibler les éléments qui devront faire l'objet d'une documentation et permettent également la mise en place d'un langage commun à tous les membres de l'équipe, favorisant ainsi la collaboration et la transmission des informations.

Selon Daly et al. (2009), la formation ainsi que l'apport de connaissances, en lien avec les patients consommant de l'alcool, est primordiale pour favoriser l'adhérence aux protocoles et répondre au manque de connaissances des infirmières. Une formation et des enseignements de qualité, prenant en compte les contraintes temporelles ainsi que la surcharge de travail, sont associés à une augmentation des compétences, un gain de savoir et, de façon plus générale, à une augmentation de la performance.

Les infirmières peuvent avoir recours à des services spécialisés en alcoologie en cas de gestion problématique du syndrome de sevrage, d'apparition de symptômes de sevrage sévères, ou encore à la demande du patient. La collaboration entre les services de soins somatiques et les services spécialisés s'est révélée problématique à cause d'un manque d'informations sur ce que peut apporter une unité spécialisée et de la difficulté d'utilisation des formulaires de référence d'un patient à l'unité spécialisée (Waring, 2014). Il est donc important que les protocoles suggèrent dans quels cas l'orientation du patient, vers des services spécialisés, doit être réalisée. De plus, les moyens mis en place pour faire appel à des services spécialisés doivent être clairs, accessibles et faciles d'utilisation. Les infirmières doivent être informées de la possibilité de faire appel à ces services spécialisés en cas de besoin.

Comme décrit dans la problématique, le rôle de l'infirmière en milieu de soins somatiques n'est pas de traiter l'éthylodépendance mais bien de gérer le syndrome de sevrage. C'est pour cela qu'à la fin de l'hospitalisation, l'orientation de ces patients vers une unité spécialisée est également primordiale pour la continuité des soins. Les infirmières spécialisées interviennent de manière directe sur le problème d'éthylodépendance, cela en entamant la première phase de traitement du patient alcoolique citées dans notre problématique, et donc traiter l'éthylodépendance de manière plus globale. En effet, le traitement commence par une prise de conscience du patient, une motivation à changer son comportement et le contact avec une institution, médicale ou non. L'hospitalisation est l'occasion de créer ce contact et de mettre en place des interventions en lien avec les besoins et envies propres à chaque patient.

Après l'implantation des protocoles, une satisfaction des deux parties est observée. Les infirmières seront satisfaites de leur prise en soins et les patients se sentiront mieux écoutés et soignés. Les coûts élevés engendrés par une mauvaise gestion s'en trouveront également diminués ainsi que la durée du séjour du patient. Ces différents résultats se traduisent par une augmentation de la qualité des soins qui deviennent des soins professionnels et sécuritaires.

En conclusion, l'implantation d'un protocole et la formation des infirmières en lien avec son utilisation permettent de réaliser une meilleure détection de ces patients, de remédier au manque de connaissances chez les infirmières, de faciliter la relation entre le soignant et le patient et finalement, d'éviter qu'un syndrome de sevrage ne se complique en forme sévère, notamment en delirium tremens.

6.3 Limites du travail

Bien que cette revue de littérature réponde à la question de recherche, elle comporte certaines limites qu'il est important de relever.

Premièrement, tous les articles sélectionnés sont des articles quantitatifs. Des articles qualitatifs auraient pu mettre en lumière d'autres thèmes inexplorés par les articles sélectionnés.

En effet, le but des articles quantitatifs est de découvrir, explorer, décrire et comprendre le phénomène à l'étude. Le phénomène étudié dans cette revue est la gestion du syndrome de sevrage. Des articles qualitatifs auraient donc pu apporter un côté descriptif dans le sens où cette revue ne comporte que peu la perspective des infirmières utilisant les protocoles et celle des patients qui l'expérimentent.

De plus, les articles sélectionnés proviennent des Etats-Unis, d'Australie ou du Royaume-Uni. Un article réalisé en Suisse aurait pu être intéressant d'un point de vue de sa transférabilité à la population suisse. En effet, bien que les pratiques culturelles puissent être similaires, certains aspects propres à chaque pays ont pu être omis comme le mode de consommation ou encore l'aspect social donné à la consommation d'alcool.

Une autre limite qui peut être citée est que certains articles incluent la famille et les proches dans la détection des patients à consommation problématique d'alcool. Ce point est intéressant mais n'est pas plus largement développé dans la revue de littérature.

Finalement, bien que tous nos articles soient en lien avec la discipline infirmière, il a pu être observé que la gestion du syndrome de sevrage inclu également les médecins aux protocoles de gestion du syndrome de sevrage. Les médecins ont pour rôle principal de prescrire les benzodiazépines ou d'autres traitements. Cependant, il est nécessaire qu'ils aient une formation et des connaissances adéquates en lien avec la pharmacothérapie. Si ces connaissances ne sont pas adaptées, cela peut entraîner des prescriptions inadaptées et donc une prise en soins inefficace pouvant se répercuter sur les interventions infirmières.

6.4 Caractère généralisable des résultats

La majorité des études sélectionnées a été réalisée dans des milieux de soins somatiques comprenant des services de soins intensifs ou des services de chirurgie ou de médecine.

Riddle & al. (2010) ont testé l'efficacité d'un protocole basé sur le traitement des symptômes auprès de deux services, dont un service de soins critiques et un service de soins non critiques. Malgré le fait que certains critères concernant les patients n'aient pas été pris en compte et avoir ainsi biaisé les résultats, le protocole a pu être généralisable dans les deux services.

Daly & al. (2009) démontrent que la méthode d'apprentissage, testée auprès d'un grand nombre d'infirmières, est généralisable à travers tout un hôpital et donc auprès de différents services puisqu'elle démontre des effets positifs sur la compliance des infirmières au protocole et donc une meilleure gestion du syndrome de sevrage.

Murdoch et Melson (2014) ainsi que Melson & al. (2014) ont réalisé leurs études, sans faire de différences entre les services, auprès de tous les patients hospitalisés, qui avaient une consommation problématique d'alcool ou qui avaient terminé une désintoxication alcoolique lors de leur hospitalisation. Les résultats positifs de la gestion du syndrome de sevrage démontrent que les résultats sont généralisables à la population étudiée.

Cependant, les résultats de l'étude d'Angela Waring (2014) auraient pu être biaisés par le fait que certaines stratégies favorisant la compliance aux protocoles étaient en cours d'approbation ou d'amélioration, diminuant ainsi le caractère généralisable de cette étude à la population concernée par la question de recherche. De plus, l'échantillon qui comprenait des patients hospitalisés en unité psychiatrique qui restaient parfois pour une durée de quelques heures dans cette unité, ont engendré des difficultés d'application du protocole standardisé et donc diminué la généralisation des résultats en milieu psychiatrique.

Broyles & al. (2013) attirent l'attention sur le fait que le RN-SBIRT, testé auprès de vétérans de guerre avec des problèmes contextuels, ne pourrait pas être généralisable à un autre type de population ou à des unités psychiatriques et chirurgicales sans fournir aux infirmière une formation complémentaire.

En conclusion, bien que les outils compris dans les protocoles soient majoritairement similaires, il serait nécessaire d'apporter quelques modifications à ces protocoles en fonction du service dans lequel ceux-ci sont utilisés.

6.5 Implications pour le futur

Pour la pratique

Plusieurs implications pour la pratique ont été proposées par les articles sélectionnés pour cette revue de littérature, en fonction des méthodes et des protocoles expérimentés ainsi que les actions qui en découlent.

Daly & al (2009) proposent, dans leur article, plusieurs pistes d'amélioration de la pratique :

Premièrement, il s'agirait d'encourager d'autres hôpitaux à implanter la formation « d'auto-gestion des apprentissages ». Cette méthode ayant été définie, par les auteurs, comme celle qui est la plus favorable à l'apprentissage et à la compliance aux protocoles.

Deuxièmement, il semblerait nécessaire de continuer à améliorer le « bagage » de la formation « d'auto-gestion des apprentissages » en faisant des liens entre les guide-lines de pratique clinique et des vignettes spécialisées pour d'autres services tels que les départements d'urgences, médicaux, orthopédiques, psychiatriques et obstétriques. Ceci pour vérifier l'efficacité de cette méthode « d'auto-gestion des apprentissages ».

Troisièmement, le fait d'assurer que le niveau de formation est en adéquation avec la « NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines », est important pour maintenir un niveau satisfaisant de formation.

Riddle & al. (2010) relèvent l'importance de former tout le personnel à l'utilisation du protocole, comprenant les nouveaux employés, et d'inclure cette formation à la procédure de gestion du syndrome de sevrage. Ceci permettrait l'utilisation adéquate des protocoles par les personnes n'ayant pas été formées au moment de leur implantation. Une évaluation annuelle des compétences, comprenant le protocole, devrait être effectuée pour s'assurer que le contenu des informations délivrées a été correctement intégré.

Broyles & al. (2013) proposent également une formation continue à l'utilisation du RN-SBIRT pour les professionnels qui présentent des lacunes dans cette méthode.

Quand à Melson & al. (2014), ils proposent d'implanter, dans le département des urgences, des indicateurs d'identification des patients ayant expérimenté un syndrome de sevrage lors de précédentes admissions. Le but étant de pouvoir les orienter dans des départements spécialisés dans la gestion du syndrome de sevrage. Ils mettent en avant la nécessité de simplifier l'accès aux informations importantes en lien avec le syndrome de sevrage, notamment les scores élevés de CIWA-Ar.

Pour finir, ils suggèrent que le dosage médicamenteux soit préalablement défini afin que les médecins puissent prescrire des médicaments de manière adéquate pour permettre une meilleure couverture médicamenteuse des patients.

Pour la recherche

Le seul article comprenant des recommandations pour la recherche est celui de Daly & al. (2009), qui soulève l'importance d'effectuer de nouvelles recherches en ce qui concerne les méthodes de formation du personnel soignant.

En effet, il est proposé d'augmenter les compétences cliniques par d'autres biais, tel que des sites web avec des études de cas ou par des DVD. Ces méthodes complémentaires sembleraient importantes pour compléter les connaissances des infirmières. Toutefois, elles mériteraient une évaluation de leur pertinence dans les méthodes d'apprentissage.

Finalement, les auteurs suggèrent que d'autres méthodes, sans préciser lesquelles, devraient être développées pour ceux qui auraient déjà atteint le niveau de base des connaissances dans la gestion du syndrome de sevrage. Ceci ayant pour but de maintenir un niveau élevé de compétences et de savoirs de la part des infirmières.

Dans cette perspective, il serait intéressant de faire des études, à posteriori, pour évaluer les résultats post-implantatoires des protocoles après une longue durée d'implantation. Cela permettrait de voir si les protocoles ont évolué et si la formation continue des professionnels est efficace.

Dans les articles, aucune autre proposition pour la recherche n'est faite mais il serait intéressant, pour de futures recherches, d'explorer le rôle des proches et de la famille dans la prise en soins des patients éthylo-dépendants ainsi que le ressenti des patients sur lesquels les protocoles ont été expérimentés.

Bien que les protocoles expérimentés se soient révélés efficaces, il n'est pas exclu que de nouveaux protocoles soient élaborés et fassent l'objet de recherches futures.

7. CONCLUSION

L'éthylodépendance est un problème mondial, qui a pour conséquence une prise en soins « difficile » pour le personnel soignant et le risque, pour le patient, de développer un syndrome de sevrage.

Visiblement, des protocoles de prise en soins des patients éthylodépendants existent, ont été testés et même implantés dans certaines structures hospitalières, démontrant des résultats positifs sur la gestion du syndrome de sevrage en milieu de soins somatiques.

L'infirmière en soins somatiques a un rôle clé à jouer dans la prise en soins hospitalière de ces patients puisqu'elle se trouve directement confrontée à ceux-ci. La mise en place de protocoles permettant la gestion de ce type de patients leur fournit donc une marche à suivre comprenant les différentes phases de prise en soins. Les infirmières se doivent d'être formées à la gestion du syndrome de sevrage, à l'utilisation des protocoles et, de manière plus globale, à l'éthylodépendance. Cela afin de mettre en place des interventions efficaces, propres à la discipline infirmière, et permettant de limiter les complications à court et à long terme d'une consommation problématique d'alcool.

Cependant, un protocole standardisé, basé sur des preuves scientifiques, facile d'accès et généralisable à un plus grand nombre de services, manque encore pour la pratique infirmière. Dû à la variété des caractéristiques propres à chaque individu et à chaque unité de soins, ainsi qu'à la nature probabiliste des prédictions, la prise en soins de ce type de patient devrait faire l'objet de recherches scientifiques plus poussées et spécifiques.

Toutefois, la réalisation de ce protocole « parfait » semble utopique car elle nécessite la prise en compte d'une multitude de facteurs influençant les résultats des recherches. Cette multitude de facteurs rend l'élaboration d'un protocole laborieuse et complexe.

8. LISTE DES REFERENCES

- Addiction Suisse. (2014). *Fréquence de la consommation*. Repéré à <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/alcool/consommation/frequence-de-la-consommation/>
- Addiction Suisse. (1902). *Consommation à risque*. Repéré à <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/alcool/consommation/consommation-a-risque/>
- Aeschbach, C. (2012). Le patient alcoolique « difficile ». *Forum Med Suisse*, 12, p. 893–896.
- Benyamina, A. (2014). Addictions et comorbidités. Paris, France : Dunod
- Broyles, L. M., Gordon, A. J., Rodriguez, K. L., Hanusa, B. H., Kengor, C., Kraemer, K. L. (2013). Evaluation Of a Pilot Training Program in Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment of Nurses in Inpatient Settings. *Journal of Addictions Nursing*, 24, p. 8-19.
- Cerclé, A. (1998). *L'alcoolisme*. Evreux, France : Dominos Flammarion
- Daly, M., Kermode, S., Reilly, D. (2009). Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 31, p. 98-107.
- Donnelly, G., Kent-Wilkinson, A., Rush, A. (2012). The Alcohol-Dependent Patient in Hospital: Challenges for Nursing. *MEDSURG Nursing*, 21, p. 9-15
- Elliott, D., Geyer, C., Lionetti, T., Doty, L. (2012). Managing alcohol withdrawal in. *Nursing Critical Care*, 8, p. 22-30
- European Commission, Health and Consumer Protection. (2006). *Alcohol in Europe, a public health perspective*. Repéré à http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf

- Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme. (1989). *L'alcool dans notre société* (2^{ème} éd.). Lausanne, Suisse : Imprimeries Populaires.
- Fleury, B. (2003). *Les conduites d'alcoolisation: du repérage précoce au réseau de prise en charge*. Paris, France : John Libbey Eurotext.
- Fortin, M. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2010). *Problème d'alcool*. Repéré à http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/probleme_d_alcool_2010df.pdf
- Johansson, K., Akerlind, I., Bendtsen, P. (2005). Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addictive Behaviour*, 30, p. 1049-1053.
- Melson, J., Kane, M., Mooney, R., McWilliams, J., Horton, T. (2014). Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care. *The Permanent Journal*, 18, p. 141-145.
- Murdoch, J., Marsden, J. (2014). A «symptom-triggered» approach to alcohol withdrawal management. *British Journal of Nursing*, 23, p. 198-202.
- Riddle, E., Bush, J., Tittle, M., Dilkush, D. (2010). Alcohol Withdrawal : Development of a Standing Order Set. *Critical Care Nurse*, 30, p. 38-47.
- Waring, A. (2014). Management of The alcohol withdrawal syndrome at Canberra Hospital Alcohol and Drug Service : a best practice implementation project. *JBIC Data Base of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 12, p. 227-249.

9. ANNEXES

Annexe I : Analyse selon la grille de Fortin de l'article : Murdoch, J., Marsden, J. (2014). A «symptom-triggered» approach to alcohol withdrawal management. *British Journal of Nursing*, 23, p. 198-202.

Annexe II : Analyse selon la grille de Fortin de l'article : Waring, A. (2014). Management of The alcohol withdrawal syndrome ta Canberra Hospital Alcohol and Drug Service : a best practice implementation project. *JBI Data Base of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 12, p. 227-249.

Annexe III : Analyse selon la grille de Fortin de l'article : Broyles, L. M., Gordon, A. J., Rodriguez, K. L., Hanusa, B. H., Kengor, C., Kraemer, K. L. (2013). Evaluation Of a Pilot Training Program in Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment of Nurses in Inpatient Settings. *Journal of Addictions Nursing*, 24, p. 8-19.

Annexe IV : Analyse selon la grille de Fortin de l'article : Melson, J., Kane, M., Mooney, R., McWilliams, J., Horton, T. (2014). Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care. *The Permanent Journal*, 18, p. 141-145.

Annexe V : Analyse selon la grille de Fortin de l'article : Riddle, E., Bush, J., Tittle, M., Dilkhush, D. (2010). Alcohol Withdrawal : Development of a Standing Order Set. *Critical Care Nurse*, 30, p. 38-47.

Annexe VI : Analyse selon la grille de Fortin de l'article : Daly, M., Kermode, S., Reilly, D. (2009). Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 31, p. 98-107.

Annexe I

Lectures critiques d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Murdoch, J., Marsden, J. (2014). A «symptom-triggered» approach to alcohol withdrawal management. *British Journal of Nursing*, 23, p. 198-202.

Eléments d'évaluation		Questions pour faire la lecture critique	
Titre		Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?	La population n'est pas précisée clairement mais elle sous tend que ce sont les personnes ayant un syndrome de sevrage. Le concept est précisé puisque c'est une approche ciblée sur les symptômes.
Résumé		Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	Les grandes lignes sont toutes citées dans le résumé. Le problème concerne la gestion du syndrome de sevrage dans un milieu de soins aigü et soulève l'importance de l'infirmière spécialisée, très sollicitée dans ce genre de cas. Les différentes étapes sont citées également et sont au nombre de 3 (pré-intervention, implémentation du projet et post-intervention). Les résultats sont exposés en pourcentage et démontrent l'amélioration de la prise en charge. La discussion est abordée sous forme de conclusion des résultats.
Introduction			
Problème de recherche		Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?	Le problème général concerne l'abus et la dépendance à l'alcool, qui est un problème de santé mondial. La problématique se contextualise au Royaume-Uni puis plus spécifiquement dans les admissions hospitalières de patients à consommation problématique d'alcool, inadéquatement évalués et traités pour un syndrome de sevrage.
		Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?	Les connaissances actuelles spécifiques au syndrome de sevrage sont exposées ainsi que son traitement. Cependant, ce projet est né sur la base de la perception des infirmières spécialisées qui jugeaient que les équipes les consultent tardivement et lorsque la prise en charge devient difficile. Il relève également un manque d'éducation des professionnels concernant la désintoxication et un manque de protocoles basés sur des preuves scientifiques.
		Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?	Oui. En effet, les infirmières font partie intégrante des professionnels de santé et ce projet comprend tous les professionnels. Les infirmières sont également directement concernées par la gestion de la désintoxication alcoolique.
Recension des écrits		Les travaux de recherche antérieurs sont-ils et rapportés de façon critique ? Les études montrent-elles la progression des idées ?	Le syndrome de sevrage est parfaitement décrit à partir d'écrits et dans son ensemble, comprenant les symptômes, la physiopathologie et la gestion de ce syndrome, ainsi que le traitement indiqué.

	<p>On peut voir une progression dans les idées puisque ces écrits amènent l'équipe du projet à développer un protocole basé sur les benzodiazépines.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Le problème de recherche, qui est la difficulté de la gestion du syndrome de sevrage et le manque de connaissances et de protocoles à ce sujet, n'est pas recensé à partir d'écrits puisque c'est en réalité ce manque d'écrits qui est rapporté.</p> <p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? Principalement oui avec quelques sources secondaires provenant de revues systématiques.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Oui, le syndrome de sevrage ainsi que ses symptômes sont décrits dans les détails.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ? Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ? Le cadre conceptuel est explicite et lié au but de l'étude puisqu'il est clairement écrit que le projet se base sur un protocole basé sur les benzodiazépines, celles-ci étant reconnues comme médicament de choix pour la détoxification.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Tout à fait, le but est de normaliser les régimes de désintoxication à l'alcool dans un hôpital à site unique, en raison de la perception que les régimes existants ne sont pas fondés sur des preuves évidentes et ne sont pas cohérents.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Les variables à l'étude sont la méthode de désintoxication, la médication utilisée et le temps nécessaire à la désintoxication.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui puisque les variables représentent les différents points à traiter dans la gestion du syndrome de sevrage.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ? La population est définie de manière précise. Ce sont les patients éthylo-dépendants et hospitalisés dans un milieu de soins aiguë. Ce sont les 50 premiers patients ayant été référés au service d'alcoologie et qui avaient terminé une cure de désintoxication lors d'une hospitalisation. L'échantillon comprend 50 patients dont les dossiers médicaux concernant ont été analysés.</p>

	<p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Aucun moyen spécifique n'a été envisagé mais il a été suggéré que la taille de l'échantillon mettrait en évidence les tendances de la population totale et serait assez grand pour extraire les conclusions adéquates nécessaires au projet. Pour faire partie de l'échantillon, les patients devaient remplir les critères de classification de dépendance à l'alcool présenté par l'Organisation Mondiale de la Santé.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? La taille d'échantillon n'est pas justifiée par une base statistique.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Un groupe de pilotage a été réalisé avec les directions de l'hôpital et a été approuvé. Tout le projet a été réalisé de manière à ce que les professionnels inclus dans le projet soient formés correctement et l'outil d'évaluation des symptômes utilisé est un outil recommandé et validé.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? L'outil utilisé pour évaluer les symptômes se nomme Clinical Institute of Withdrawal Assessment Scale et a été validé. De plus, cette approche réalisée en fonction des symptômes a été recommandée par le National Institute for Health and Care Excellence (ceci n'est pas l'outil de récolte de données).</p> <p>La question de recherche est examinée. Le devis de l'étude met en place des outils validés et recommandés, intégrés dans une brochure expliquant la politique de désintoxication et utiles pour les infirmières. Des plans ont été mis en place pour favoriser l'implantation du projet et des séances d'enseignement ont été organisées pour le personnel soignant.</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? L'outil de récolte de données utilisé permet de récolter des données quantitatives permettant de comparer les phases de pré-intervention et post-intervention. Il est détaillé et mis en annexe.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? L'outil pour la récolte de données a été développé pour le projet.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ? La fidélité et la validité de l'outil de récolte de données ne sont pas précisées. Les résultats ne sont pas présentés.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ? Oui le processus de récolte de données est clairement décrit.</p>

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? Les méthodes d'analyse statistique ne sont pas précisées.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Les résultats de la pré et post-interventions sont résumés sous forme de texte narratifs et sous forme de graphiques. Les comparaisons sont faites entre les différentes phases d'intervention.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, ils démontrent qu'avec l'implantation de ce nouveau protocole mis en place, les patients ont développé moins de symptômes de syndrome de sevrage. De plus, le questionnaire de satisfaction répond à la demande du personnel soignant qui a répondu de manière positive et encourageante à ce nouveau protocole qu'ils trouvaient bénéfiques, autant pour le patient que le personnel.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ? Oui, ils concordent.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui. Les séances d'enseignements et la mise en place de protocole semblables pour tous a permis de guider la pratique des professionnels. L'évaluation réalisée sur la base d'outils validés a également permis une meilleure prise en charge et a permis à l'équipe de réagir en fonction des symptômes en fonction d'indicateurs précis et d'une terminologie générale.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Les limites sont définies. L'échantillon n'est pas un échantillon de cas-témoins, ce qui pourrait fausser les résultats. Le fait que des nouveaux médecins sont arrivés en même temps que ce nouveau protocole a permis de faciliter son implantation.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? Cette étude a permis de mettre en évidence certaines tendances. Par exemple, elle a démontré que certains patients ne montraient pas de signes physiques de syndrome de sevrage et que leur corps ne nécessitait pas de médication. Elle a également permis une diminution du temps d'hospitalisation, des coûts de la santé et des accidents et une amélioration de la satisfaction des patients. La crédibilité de l'équipe s'en est trouvée augmentée car les patients se sentaient vraiment aidés avec une prise en charge individuelle et adaptée.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ? Une étude plus large devrait être réalisée pour assurer et préciser ses résultats. Ce sujet reste un objectif à étudier pour les travaux futurs.</p>

Annexe II

Lectures critiques d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Waring, A. (2014). Management of The alcohol withdrawal syndrome ta Canberra Hospital Alcohol and Drug Service : a best practice implementation project. *JBI Data Base of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 12, p. 227-249.

Eléments d'évaluation		Questions pour faire la lecture critique	
Titre		Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? Le titre précise clairement les concepts clé qui sont l'évaluation du syndrome de sevrage dans un service d'alcoologie et de drogues. Il précise également que c'est un projet d'implantation. Cependant, même si le titre suggère que la population étudiée sont les personnes faisant un syndrome de sevrage, elle n'est pas précisée davantage.	
Résumé		Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Le problème est synthétisé ; il s'agit d'une mauvaise détection et d'un mauvais traitement du syndrome de sevrage dans un service de soins aigus, l'amenant à une forme sévère. La méthode consiste premièrement en un recueil de données dans des dossiers de patients auprès de deux domaines cliniques. Des sessions d'enseignement ont été planifiées ainsi que séances de discussion et un formulaire de demande simplifié dans l'attente d'améliorer la pratique. Un suivi a également été réalisé après l'implantation. Les résultats diffèrent entre les deux domaines cliniques à l'étude avec une meilleure compliance dans un des deux. Une conclusion est présente dans le résumé mais une discussion des résultats ne figure pas.	
Introduction			
Problème de recherche		Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Les patients hospitalisés en service de soins aigus peuvent posséder d'autres comorbidités dont une consommation d'alcool problématique. Leur hospitalisation peut les amener à faire un syndrome de sevrage. Du à des variations dans la gestion du syndrome de sevrage dans cet hôpital et de plus grands risques de complications pour le patient si le syndrome est mal évalué ou le traitement inadapté, c'est ce phénomène qui va être étudié. Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Selon les connaissances actuelles, le syndrome de sevrage est compris et peut être appropriément gérer dans les unités spéciales. Il est rapporté que la gestion de ce syndrome varie grandement selon les services hospitaliers et que l'évaluation et le traitement sont inadaptés et méconnus dans les services de soins aigus. Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ? Oui puisque les infirmières sont directement impliquées dans l'évaluation clinique du syndrome de sevrage et dans sa gestion, même si l'intérêt pour la discipline n'est pas clairement formulé.	

Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ? Les études montrent-elles la progression des idées ? Sauf pour l'échelle AWS (Alcohol Withdrawal Scale), qui est critiquée dans son utilisation, il n'y a pas de critiques des recherches antérieures qui sont rapportés telles quelles. Cependant, elles montrent la progression des idées en partant du plus général au plus précis.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension commence par des données épidémiologiques reflétant la consommation d'alcool chez la population américaine touchée et les comorbidités qu'elle implique. Le syndrome de sevrage est décrit de manière globale (symptômes, conséquences, complications, ...). Ces informations sont, de plus, contextualisées en fonction des différentes unités citées qui sont les soins aigus et les unités spécialisées en alcoologie et addiction. Le traitement pharmaceutique est également abordé (benzodiazépines).</p> <p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? Principalement sur des sources primaires mais également sur des sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Les concepts clés sont mis en évidence et sont le syndrome de sevrage, son évaluation et sa gestion en fonction des domaines cliniques et la collaboration entre ces deux unités.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ? Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ? Le cadre de recherche utilisé est cité dans le résumé et a été utilisé pour promouvoir le changement dans la pratique. Le cadre est celui de « Joanna Briggs Institute's Practical Application of Clinical Evidence System (PACES) and Getting Research into Practice (GRiP). Les phases du cadre sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'établissement d'une équipe responsable du projet et entreprendre une base de données sur des critères de l'evidence based 2. Réfléchir sur le résultats de ces données pour créer et implanter des stratégies pour remédier à la non-compliance rapportées dans les données. 3. Conduire un suivi pour évaluer les résultats des interventions implantées pour améliorer la pratique.
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Le but est énoncé clairement et consiste à assurer précisément la gestion du syndrome de sevrage à travers deux départements différents de soins aigus, promouvant une meilleure pratique d'administration pharmaceutique en fonction des symptômes déclenchés. Un deuxième objectif est également abordé et qui est d'augmenter la collaboration et la communication de la part des services de soins aigus vers les unités spécialisées d'alcoologie et d'addiction.</p>

	<p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Le problème n'est pas formulé sous forme de question. La population à l'étude est assez floue puisqu'il s'agit d'étudier les patients réalisant un syndrome de sevrage en unités de soins aigus</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui, elles le reflètent bien.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ? Il est question des unités qui sont incluses dans l'étude et le type de patient et du nombre de patients qui est égal à 10 patients pour chaque aire. Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas énoncés.</p> <p>Dans l'unité A, les patients ont été choisis car il existe un fort taux de comorbidité chez les personnes avec des troubles mentaux et des abus d'alcool. Dans l'unité B, les patients présentant des problèmes primaires ou secondaires liés à l'abus d'alcool et de drogues dont la santé est trop compromise pour permettre une sortie d'hôpital.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Oui, car les unités choisies sont plus représentatives de la population en raison d'une grande diversité de patients et de beaucoup de données.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? La petite taille de l'échantillon a été déterminée par la contrainte temporelle mais il n'y a pas d'autre critère.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Des approbations éthiques n'ont pas été requise puisque ce projet de vérification a été enregistré comme une « Quality Improvement Activity » dans le « Australian Capital Territory Health Alcohol and Drug Services ».</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui, il est question de minimiser les risques pour la santé des patients en optimisant la prise en charge des patients avec un syndrome de sevrage.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? Oui, le devis permet l'atteinte du but puisque le cadre utilisé permet l'atteinte de l'objectif de l'étude qui est de trouver et d'implémenter une meilleure pratique.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui, car l'équipe comprend des membres de chaque domaine permettant d'examiner toutes les questions de recherche et de répondre aux objectifs posés.</p>

Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les données auprès de ces patients ont été récoltées selon les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'administration de benzodiazépine selon le score du syndrome de sevrage - le dosage est graduellement diminué selon le score de syndrome de sevrage. - Les hypnotiques sédatifs sont utilisés en premier lieu pour contrôler le délirium - Les thiamines sont administrés lors du traitement du syndrome de sevrage - Les échelles de syndrome de sevrage sont complétées et documentées correctement. <p>Un nouveau système de récolte de données a été utilisé, le CRIS (Clinical Records Information System), ce qui a retardé la récolte de données, du au besoin de formation pour l'utilisation de ce nouveau système.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les instruments ont été importés et référencés dans l'article.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ?</p> <p>Oui, car ce sont des instruments importés qui ont déjà été évalués.</p> <p>Les résultats sont-ils présentés ?</p> <p>Oui, ils sont présentés clairement et dans le détail, puisque, après le recueil de données, les différents membres des équipes préalablement formées, se sont réunis pour en discuter.</p> <p>Les points soulevés sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les séances d'enseignements données par l'unité spécialisée au personnel hospitalier, sont informelles et irrégulières. - Des connaissances pratiques variées de l'échelle du syndrome de sevrage - Un monitoring adéquat de l'administration des benzodiazépines pour les patients expérimentant un syndrome de sevrage. La procédure d'opération standard est en cours d'approbation - La redirection à l'unité spécialisée d'alcoologie et d'addiction est complexe.
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <p>Elles ne sont pas précisées, il n'y a que les résultats qui sont présentés.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Oui, les résultats de chaque unité et de chaque phase sont présentés sous forme de tableaux.</p>

	<p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Les résultats sont rapportés sous forme écrite pour chaque critère point par point mais pas sous forme de texte narratif.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, car tous les critères sont pris en compte lors de l'analyse des résultats, ainsi que dans les tableaux.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ? Il a été démontré que, effectivement, les patients détecté précocement ne vont pas évoluer vers un délirium tremens. Il est également prouvé qu'avec les enseignements, il y a une meilleure compliance à l'utilisation des échelles et du traitement pharmaceutique.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui, elles sont conformes</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, les conclusions découlent des résultats présentés.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Une des limitations est la nature critique de l'hospitalisation des patients et le rapide retour à la normalité prévu pour l'unité A. Pour l'unité B, la limitation est le changement du personnel junior et la proportion de patients pour la chirurgie et ceux de médecine. Il y a également une limitation de temps qui a restreint la taille de l'échantillon. Il y a également un besoin de temps pour les praticiens pour pouvoir fournir des vérifications des pratiques dans le but d'améliorer la pratique.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? Obtenir un cadre de pratique améliorée pour la gestion du syndrome de sevrage est vital, surtout dans les unités aiguës, où le syndrome est moins familier et peut être mal reconnu.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ? Une des autres priorité serait d'assurer une meilleure connaissance, de la part des cliniciens, de quand et comment adresser les patients à une consultation d'alcoologie et d'addiction. La seconde recommandation serait de revoir et de standardiser les dosages appropriés de thiamine au sein de l'hôpital de Canberra.</p>

Annexe III

Lectures critiques d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Broyles, L. M., Gordon, A. J., Rodriguez, K. L., Hanusa, B. H., Kengor, C., Kraemer, K. L. (2013). Evaluation Of a Pilot Training Program in Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment of Nurses in Inpatient Settings. *Journal of Addictions Nursing*, 24, p. 8-19.

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? Oui, car il définit les trois interventions clés de l'étude, que c'est une étude pilote et qu'il s'agit de patients hospitalisés. Cependant, il n'y a pas l'évocation que cette étude concerne les patients en syndrome de sevrage.
Résumé	Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Le problème est énoncé sous forme de but de l'étude et que les infirmières doivent être également formées à une forme de SBIRT. La méthode est expliquée avec le groupe contrôle qui est formé avec un site web et le groupe expérimental qui est formé avec des sessions de cours. Les résultats montrent qu'il y a eu une augmentation significative dans le savoir être, savoir faire et les compétences au SBIRT. Ils énoncent les problèmes d'organisation en ce qui concerne la planification et la participation aux cours mais également la satisfaction des infirmières dans le renforcement de leur rôle autonome, dans la discussion.
Introduction	
Problème de recherche	Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le phénomène à l'étude concerne le fait que les infirmières ont très peu ou pas du tout de connaissances pour la détection et la prise en charge des patients éthylo-dépendants, seul les médecins le sont. Comme le SBIRT permet d'avoir des stratégies pour diminuer les ravages de l'alcool sur la santé, il paraît nécessaire, dans l'article, que les infirmières puissent participer à la détection et les interventions. L'étude servira donc à déterminer la pertinence de l'implication des infirmières et si le programme est adapté et permet cette implication. Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Il est justifié par plusieurs articles qui démontrent la pertinence du SBIRT et la possibilité d'entraîner les infirmières à ceci mais, dans les articles, il n'est pas question de la manière dont l'enseigner ni l'évaluation. Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ? Oui, car il est question d'augmenter le savoir, savoir faire et savoir être des infirmières pour leur permettre d'augmenter leur rôle autonome et la prise de décisions éclairées.

Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ? Les études montrent-elles la progression des idées ? Ils sont rapportés et critiqués lorsqu'il est dit que dans aucune étude il n'y a de description de comment pratiquer les enseignements et leurs évaluations. Les études sont présentées dans un certain ordre pour montrer l'évolution des idées, c'est-à-dire qu'ils montrent l'acceptation progressive d'inclure les infirmières et les former dans la détection et les interventions pour les patients éthylo-dépendants dans les soins somatiques.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Il y a une synthèse qui montre que l'idée d'introduire les infirmières, dans la détection et le traitement des patients éthylo-dépendants, est envisagée mais qu'il leur reste, dans l'étude, à déterminer comment enseigner aux infirmières, sous quelle forme (vidéos, longueur des cours,...) et comment évaluer la stratégie utilisée.</p> <p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? Il y a présence de sources primaires mais également secondaires en proportions presque identiques.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Les concepts sont énoncés comme tel : patients hospitalisés en milieu de soins somatiques ayant des problèmes de consommation abusive d'alcool, augmenter le savoir, savoir être et savoir faire des infirmières pour leur permettre d'avoir les outils pour comprendre et aider ces patients éthylo-dépendants, le manque de connaissances des infirmières à ce sujet et le besoin d'adapter les enseignements au niveau infirmiers.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ? Le cadre théorique est clairement énoncé sous forme de paragraphe propre. Cependant, le nom du modèle théorique utilisé n'est pas énoncé et l'explication de celui-ci est lacunaire. Il est difficile de comprendre le modèle et nécessite d'aller le rechercher et d'en lire la théorie pour le comprendre.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Il est dit que le dépistage de la consommation d'alcool, les interventions brèves et la référence à un traitement est primordial pour faire baisser le taux de maladies et d'incapacités provoquées par la consommation excessive d'alcool. Pour ce faire, les infirmières doivent être formées en conséquence et le but de cette recherche est de trouver la meilleure manière d'enseignement pour une meilleure prise en charge de la part des infirmières en milieu de soins somatiques de patients éthylo-dépendants.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La question de recherche est définie mais n'est pas sous forme de question et il ne s'agit pas d'hypothèse mais plutôt de postulat, comme par exemple que les infirmières n'ont pas ou peu de connaissances sur le sujet de la consommation d'alcool. Les variables clés sont clairement définies et la population également avec les critères d'éligibilité.</p>

	<p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui, car les variables sont reliées aux compétences infirmières et les concepts sont basés sur ces mêmes compétences.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ? La population est définie mais il n'y a pas assez de détail sur l'échantillon. Il n'est précisé, par exemple, qu'il y a 75% de « blancs » mais pas le reste. Il est présenté que les plus gros pourcentage de chaque caractéristique.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Il est amené que la taille de l'échantillon devrait être augmentée afin d'avoir des résultats plus représentatifs.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? La taille de l'échantillon primaire a d'abord été déterminé par le nombre d'unités concernées par le projet, puis, comme l'étude n'était pas obligatoire, la taille de l'échantillon final a été déterminé par la volonté et la disponibilité des infirmières des deux unités.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui, un formulaire de consentement a été signé en mettant au courant les participants de ce qui leur sera demandé.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Il n'y est pas fait mention de ceci.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? Oui, malgré les problèmes d'organisation qui a mené à la baisse d'assiduité de suivi des cours. Il s'agit d'une recherche expérimentale.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui, car l'élaboration d'un comité constitué d'une équipe pluridisciplinaire a permis de régler les derniers problèmes prévisibles. Les questions de recherche ont pu être explorées mais, selon les auteurs, pas de façon aussi poussée qu'ils l'auraient souhaité en raison de l'indisponibilité de certains professionnels lors des cours.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui. Les outils de mesure sont des questionnaires et une évaluation formative pour estimer le niveau obtenu par les infirmières.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Cela n'est pas précisé mais le modèle de question utilisé est précisé (RE-AIM)</p>

	<p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ? Il n'y est pas question d'évaluation d'outils. Les résultats sont présentés sous forme de texte suivi ainsi que d'un tableau pour la satisfaction des infirmières face à ce projet.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ? Oui, il est clairement décrit avec les modèles choisis. Cependant, les modèles ne sont pas expliqués.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? Ils ont utilisé des statistiques descriptives pour plusieurs caractéristiques qu'ils listent, le chi carré est également utilisé et le t test ou le Mann-Whitney u test. Ensuite le modèle mixte de régression est utilisé pour tester l'efficacité du RN-SBIRT concernant l'augmentation des capacités liées au rôle infirmiers.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? Il n'y a que la tableau de satisfaction des infirmières qui est représenté. Les autres tableaux montrent un extrait de l'évaluation formative, des sessions didactives du RN-SBIRT et un derniers pour montrer la procédure de randomisation des deux unités.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui mais il s'agit surtout d'analyser les compétences propres à la profession infirmière.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ? Il n'existe pas d'études antérieures sur ce sujet précis comme indiqué au début de l'étude. Il s'agit d'une étude pilote.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui mais ils admettent des limites qui ont pu être un biais aux résultats.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui. Ils mettent en lumière les difficultés de trouver un moment adéquats dans la journée pour tous le monde pour les cours ce qui entraîne une autre limite à l'étude qui est la taille réduite des groupes. Le fait que les infirmières étaient toutes volontaires montre que celles-ci étaient déjà ouvertes aux changements de pratiques.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, car les résultats montrent la satisfaction des infirmières et que la manière d'enseigner est bonne.</p> <p>Les résultats montrent également qu'il y a un changement dans la pratique et les connaissances et que cela fournit une approche différente et une meilleure assurance dans leur travail pour les infirmières.</p>

Conséquences et recommandations

Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?

Cela montre que les infirmières peuvent acquérir plus d'autonomie dans leur rôle de décision partagée et prennent plus d'assurance grâce à l'acquisition de savoir.

L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?

Il s'agirait de faire des groupes plus grands et de trouver des solutions pour favoriser cela au niveau de l'organisation et de l'entente au niveau des horaires. Cela permettrait plus de confrontation de savoir entre paires ce qui enrichit les connaissances et le regard critiques des professionnels de la santé.

Annexe IV

Lectures critiques d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Melson, J., Kane, M., Mooney, R., McWilliams, J., Horton, T. (2014). Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care. *The Permanent Journal*, 18, p. 141-145.

Eléments d'évaluation		Questions pour faire la lecture critique	
Titre		Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?	<p>Le titre présente le problème général des patients en syndrome de sevrage dans des unités de soins mais cela ne dit pas exactement ce qui va être observé ni mesuré dans l'étude comme le taux d'utilisation de mesures de contrainte, par exemple.</p>
Résumé		Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<p>Oui, le résumé présente chacun de ces aspects avec le contexte, l'objectif de l'étude, la méthode, les points mesurés, les résultats et une conclusion. Il manquerait donc la discussion.</p>
Introduction			
Problème de recherche		Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?	<p>Oui, car il s'agit d'identifier et de traiter le plus vite possible les patients en syndrome de sevrage pour réduire l'utilisation des mesures de contrainte, baisser les transferts en unité de soins intensifs ainsi que l'aggravation en délirium tremens.</p>
		Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?	<p>Il est déterminé, dans l'article, que la consommation excessive d'alcool est la 3^{ème} cause mondiale de mort évitable. Il est également montré l'importance de la détection précoce pour éviter au patient de faire des complications tel que le délirium tremens, ce qui va éviter les mesures de contraintes et les transferts en milieu de soins intensifs.</p> <p>Il y a aussi un manque de protocole de traitement, d'approche et de méthode de monitoring autre que dans les unités de soins intensifs. C'est la raison pour laquelle ils ont décidé d'inclure, dans l'équipe de recherche, des infirmières, des médecins, un assistant social, un pharmacien une infirmière clinicienne et un analyste.</p>
		Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?	<p>Oui, car il y a un réel danger de violence chez des patients en syndrome de sevrage ou délirium tremens.</p> <p>Il y a également un signalement de la part d'autres professionnels de la santé, dans d'autres hôpitaux, faisant état du manque de moyen de détection et de protocole de traitement pour ces patients.</p>

Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ? Les travaux antérieurs sont ammenés comme des faits qui sont justes et ne sont, à aucun moment, critiqués. La seule critique est que le Christina Care n'avait pas de protocole de détection, traitement et prise en charge des patients en syndrome de sevrage, autre que dans une unité de soins intensifs.</p> <p>Les études montrent-elles la progression des idées ? Les études montrent le besoin en perfectionnement de la pratique en milieu de soins somatiques.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Cela démontre le besoin de trouver de nouvelles méthodes et stratégies pour détecter les éthylo-dépendants à risque de syndrome de sevrage, comment les traiter et comment éviter des complications.</p> <p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? Oui, les sources sont principalement primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Le concept clé est que l'identification des patients à risque de syndrome de sevrage est essentiel et que tous les patients adultes devraient être testé à l'aide d'outils de détection de consommation à risque couplé avec un outil basé sur les symptômes.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ? Le cadre conceptuel n'est pas explicite. Il est incorporé à la recension des publications qui prouvent le bien fondé des concepts qui sont lié au but de l'étude.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui il l'est, au tout début de l'introduction. Il est de déterminer si la détection précoce va réduire l'utilisation des mesures de contrainte, les transferts en unités de soins intensifs et la progression en délirium tremens.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La question de recherche n'est pas formulée sous forme de question mais sous forme d'affirmation. Les variables sont énoncée mais la population à l'étude est vague, car il s'agit de tous les patients adultes qui se présentent dans les services qui vont être soumis aux tests de détection. C'est seulement quand la détection sera faite que la population se restreint, mais ceci n'est pas clairement énoncé.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Les variables sont l'utilisation des mesures de contrainte, les transferts en unités de soins intensifs et la progression en délirium tremens qui sont reliées au concept de gestion du syndrome de sevrage.</p>

Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ? La population, ainsi que l'échantillon ne sont pas déterminés. On peut voir dans les tableaux de résultats que, tous les patients hospitalisés et détecté comme ayant un syndrome de sevrage ou un délirium tremens, ont été pris en compte.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Non, car il n'y a pas mention de l'échantillon. Dans l'article, il n'est fait mention de l'échantillon que lors du chapitre des résultats et il n'y a pas de base statistique ni de critère pour déterminer la taille de cet échantillon.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Il n'y a pas eu de détermination statistique de la taille de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Il n'y est pas fait mention de cela dans l'article.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Dans un sens oui, car le but de l'étude est de trouver un moyen pour augmenter la qualité de la prise en charge des patients en syndrome de sevrage, leur éviter des complications en délirium tremens, faire baisser le taux de transferts en unités de soins intensifs et limiter l'utilisation des mesures de contraintes.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? Oui, malgré le fait que les résultats soient pris sur 9 mois avant l'implantation et 12 mois après, ce qui n'est pas cohérent. Lorsque l'on compare deux périodes, elles doivent être de la même durée. Il s'agit d'une recherche quasi expérimentale.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Toutes les questions et les hypothèses ont pu être examinées, d'après les tableaux.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Les outils de mesure du syndrome de sevrage et des symptômes de celui-ci sont présentés mais les outils de mesure du nombre de patients admis pour syndrome de sevrage, de transferts en unités de soins intensifs, de progression en délirium tremens et l'utilisation des mesures de contrainte ne sont pas présentés. Il n'y a qu'une carte de rapport de données qui est mentionnée.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Il est indiqué l'importation des outils de détection.</p>

	<p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</p> <p>Les outils de mesure sont déjà des outils référencés, en ce qui concerne l'AUDIT-PC et la CIWA-Ar. En ce qui concerne les outils de mesure d'utilisation des protocoles et des guidelines, ils sont juste présentés dans la méthode ainsi que le pourcentage des patients avec un diagnostic de syndrome de sevrage ou de délirium tremens, les mesures de contrainte, le temps d'hospitalisation, les admissions et transferts en unités de soins intensifs.</p> <p>Les résultats sont présentés dans le paragraphe destiné à ceux-ci.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</p> <p>Le processus est décrit dans le paragraphe des résultats. Ils ont été scindé en deux périodes : les 9 mois avant implantation du projet et les 12 mois suivant l'implantation du projet avec les outils et les guidelines. Ils prennent en compte tous les patients adultes admis, font une première détection pour savoir quel patient a une consommation à risque. Puis, avec les patients détectés, ils recherchent les critères propres à l'étude (syndrome de sevrage ou délirium tremens, utilisation de mesures de contrainte, transferts en unités de soins intensifs).</p> <p>Les évolutions des ces 3 critères sont mis en comparaison avec les pourcentages avant et après implantation du projet. Ceci est fait pour mesurer la réussite du projet qui est d'améliorer les 3 critères sus-mentionnés.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <p>Chaque critères est évalués. Les bases statistiques utilisées sont énoncées (R2 et la variabilité, par exemple)</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques montrant l'évolution des critères mesurés en fonction de deux périodes bien définies mises en parallèle.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui, ils sont résumés et expliqués.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Chacun des résultats est interprétés selon les critères de recherche énoncés.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</p> <p>Oui, les résultats montrent la baisse des critères/variables comme cela a été démontré dans les études précédentes mentionnées dans l'article.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, elles le sont et il en ressort des conclusions pour la pratique.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Une limite est énoncée, celle de la réévaluation constante des méthodes et le besoin de transposer l'étude dans le milieu des urgences.</p>

	<p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, elles découlent des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? Cette étude démontre l'importance de la détection précoce des patients éthylo-dépendants à risque de faire un syndrome de sevrage dans le but d'éviter les complications diverses. Cela implique une éducation des professionnels de la santé à cette détection.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ? Oui, il recommande de transposer l'étude dans le milieu des urgences, et de créer une méthode de détection spécialement pour ces patients à risque de syndrome de sevrage qui ont été détecté lors d'une hospitalisation précédente.</p>

Annexe V

Lectures critiques d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Riddle, E., Bush, J., Tittle, M., Dilkhush, D. (2010). Alcohol Withdrawal : Development of a Standing Order Set. *Critical Care Nurse*, 30, p. 38-47.

Eléments d'évaluation		Questions pour faire la lecture critique	
Titre		Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? Oui, il précise clairement les concepts clés qui sont le syndrome de sevrage et le développement d'un protocole pour celui-ci. La population n'est pas précisée mais elle sous tend que ce sont les personnes réalisant un syndrome de sevrage.	
Résumé		Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Non, il n'y a pas de résumé. Quatre points clés qui reflètent la problématique générale sont exposés mais ils ne reflètent pas les grandes lignes de la recherche.	
Introduction			
Problème de recherche		Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, il est clairement formulé puisqu'il s'agit d'étudier la gestion du syndrome de sevrage, chez les personnes gravement malades et hospitalisées, et qui est difficile et qui reste un challenge pour les infirmières, les pharmaciens et les médecins. De plus, si mal traité, le syndrome de sevrage peut s'avérer mortel s'il se complique en delirium tremens. Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, à partir de connaissances actuelles, le problème est décrit dans les détails et argumenté en fonction des connaissances actuelles. Le syndrome de sevrage est décrit et largement développé. Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ? Oui, les infirmières sont en effet concernées par la gestion du syndrome de sevrage.	
Recension des écrits		Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ? Les études montrent-elles la progression des idées ? Oui, les travaux antérieurs sont rapportés de façon critique et montrent la progression des idées. En effet, il est clairement expliqué que le syndrome de sevrage nécessite un traitement sans lequel il peut évoluer en delirium tremens et s'avérer mortel. La complexité et la nécessité d'une bonne évaluation est donc primordiale. De plus, le traitement approprié est également apporté de manière critique. En fonction du principe actif utilisé mais également de la méthode de traitement.	

	<p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Tout à fait. La littérature suggère qu'un traitement basé sur les symptômes est plus approprié qu'un traitement basé sur les horaires. Cependant, peu d'études existent concernant le traitement et peu de traitement ont été développé et testé sur ce type de patients. Etant donné que la littérature supporte le besoin d'identifier et de traiter le syndrome de sevrage précocement, les auteurs de l'étude concluent donc de l'importance de développer un protocole basé sur des preuves scientifiques.</p> <p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? La récolte de données s'appuie principalement sur des sources primaires et quelques sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Oui, les concepts sont le syndrome de sevrage, défini dans les détails. D'autres concepts sont présentés tels que l'évaluation du patient ainsi que le traitement par benzodiazépines et les deux diverses méthodes de traitement qui sont le traitement par horaires et celui basé sur les symptômes.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ? Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel explicite dans cette étude.</p> <p>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ? L'absence de cadre n'est pas justifiée.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Le but de cette étude est de développer un protocole basé sur les symptômes et permettant d'identifier et de traiter le syndrome de sevrage dans l'hôpital où a été réalisé cette étude. Ce protocole sera utilisé dans les soins intensifs mais également dans les services médicaux de l'hôpital où cette étude a été réalisée.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Oui, la population est précisée puisque ce sont les personnes hospitalisées, développant un syndrome de sevrage. L'hypothèse est faite qu'un traitement basé sur les symptômes serait plus efficace qu'un traitement basé sur l'horaire. Les variables sont exposées dans la méthode et sont : la durée du séjour, la démographie, les jours des médicaments avec le protocole, les jours des médicaments sans protocole, la quantité de lorazépam administrée, la quantité de chlordiazépoxyde administrée, l'agent d'inversion nécessaire, des antécédents de convulsions, l'utilisation des dispositifs de retenue, la présence d'un gardien, d'autres médicaments pertinents utilisés et le score de niveau d'alcool dans le sang.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui, elles reflètent la gestion du syndrome de sevrage.</p>

Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ?</p> <p>Les unités sélectionnées sont l'unité de soins intensifs de traumatologie et l'unité de traumatologie médicale / chirurgicale.</p> <p>L'échantillon est décrit de manière détaillée. Les patients qui avaient des antécédents d'abus d'alcool, qui étaient intoxiqués à l'admission, ou qui étaient sur le point de faire un delirium tremens selon l'évaluation du médecin, ont été identifiés sur les 2 unités.</p> <p>1) Un total de 31 patients a été sélectionné et sur lequel le protocole basé sur les symptômes serait testé. ; dont 14 dans l'unité de soins non critique et 17 dans l'unité de soins intensifs.</p> <p>2) Un total de 25 patients a été sélectionné et sur lequel le traitement basé sur les horaires a été testé ; dont 16 dans l'unité de soins non critique et 9 dans l'unité de soins intensifs.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>La deuxième unité de traumatologie médicale et chirurgicale a été choisie car beaucoup de patients de l'unité de soins intensifs étaient transférés dans cette unité. Les données démographiques étaient similaires dans les deux groupes.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Non, elle n'est pas justifiée sur une base statistique mais la taille de l'échantillon n'est pas suggérée non plus.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Aucun moyen particulier n'est mentionné dans l'étude.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Le protocole a premièrement était réalisé par une infirmière en soins intensifs et un pharmacien clinicien. Il a ensuite été présenté à un comité multidisciplinaire, incluant des infirmiers, des pharmaciens, des diététiciens et des médecins. Le protocole a été discuté et des changements mineurs ont été réalisés. Finalement, il a été présenté dans la revue institutionnelle de l'hôpital, au comité pharmacologique et thérapeutique et finalement au conseil des médecins pour approbation.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</p> <p>Cette étude est une étude expérimentale et permet que l'étude atteigne son but.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui, il permet de comparer à la fois les deux groupes qui varie de par la méthode de traitement et également d'obtenir des données sur les patients en unité de soins critiques et ceux en unité de soins non critiques.</p>

Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Le protocole, ainsi que l'échelle d'évaluation, sont clairement décrits et présentés en annexe et permet de mesurer les variables.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Certains outils comme l'échelle d'évaluation (CIWA-Ar) ont été importés mais révisés. Le protocole créé a été basé sur la littérature puis légèrement modifié par le comité multidisciplinaire. Le personnel infirmier était évalué à travers un test de 5 items pour s'assurer que le processus et la documentation avaient bien été compris et qui devait être réussi à 100%, sans quoi plus d'instruction était délivrée.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ? L'échelle d'évaluation est une échelle validée et le protocole a été approuvé par l'hôpital et divers comités dont celui des pharmaciens et le conseil des médecins. Le choix des critères présent dans le protocole est justifié par des preuves scientifiques. Les résultats en lien avec les variables sont présentés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ? Oui, la récolte de données s'est déroulée sur 18 mois. Après avoir identifié les patients respectant certains critères et une fois l'ordre médical reçu, les infirmières pouvaient commencer la mise en place du protocole. Avant le développement du protocole, les patients traités pour sevrage alcoolique ont été identifiés en fonction de leur degré d'alcool dans le sang et de leur histoire de consommation rapportée par le patient ou par sa famille. Le groupe de comparaison incluait uniquement les patients qui avaient reçu les mêmes principes actifs que ceux du groupe contrôle.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? Non, des analyses statistiques détaillées n'ont pas été réalisées à cause de la petite taille des échantillons.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? Les résultats ne sont pas présentés à l'aide de figures ni de tableaux mais sous forme écrite, à part les résultats permettant de comparer les groupes avec et sans protocoles.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, en grande partie par texte narratif.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Tout à fait. Toutes les variables sont explicitées par des résultats et cela pour chacun des groupes.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ? Oui, les patients ayant été suivi avec l'ordre permanent ont reçu moins de médication, sur moins de jours et ont été traités plus rapidement. Une diminution des coûts et des complications a également été rapportée.</p>

	<p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Une des limites, non directement citée, est qu'il était parfois difficile, comme pour les mesures de contention, de définir si la raison pour laquelle elles étaient utilisées provenait du syndrome de sevrage ou alors un autre problème.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? Les résultats trouvés sont cliniquement significatifs. Les infirmières ont donc un rôle à jouer dans l'évaluation des patients à l'admission et d'encourager l'utilisation du protocole chez les patients à risque de développer un syndrome de sevrage.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ? Concernant l'administration d'agents réversibles, il serait important de rechercher des tendances à propos de ce critère avec de futurs patients. La sécurité des patients peut en effet être compromise si ces agents sont nécessaires chez les patients traités pour le sevrage alcoolique. L'hypothèse est faite que le traitement en fonction des symptômes permettant une médication uniquement si nécessaire.</p> <p>Il recommande également, pour la pratique future institutionnelle, de former le personnel soignant, qui comprend notamment les nouveaux employés, à l'utilisation du protocole, ainsi que la mise en place d'un référentiel. De plus, l'évaluation des compétences en lien avec ce protocole devrait également être réalisée.</p>

Annexe VI

Lectures critiques d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Daly, M., Kermode, S., Reilly, D. (2009). Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 31, p. 98-107.

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? Oui. Le titre précise qu'il s'agit de l'évaluation de programmes de pratiques pour les infirmières dans le but de leur permettre de savoir gérer le syndrome de sevrage chez les patients hospitalisés.
Résumé	Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui, car le problème de syndrome de sevrage est posé. Puis, le but de l'étude qui est de tester des programmes d'éducation pour les infirmières. La méthode est brièvement expliqué en ce qui concerne l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar. Les résultats sont présentés clairement et brièvement ainsi que la discussion qui annonce des recommandations pour le futur en ce qui concerne la pratique .
Introduction	
Problème de recherche	Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, il est dit que le phénomène à l'étude est le besoin de connaissances des infirmières pour pouvoir ensuite détecter, évaluer et gérer les patients en syndrome de sevrage. Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, car dans l'articles, ils amènent les problèmes de prise en soins des patients éthylo-dépendants. Puis, la nécessité de former les infirmières à ce type de prise en charge avec des articles prouvant la pertinence du besoin de formation pour la pratique infirmière. Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ? Oui, car le manque de connaissances dans la gestion des patients éthylo-dépendants amène à une prise en charge de moins bonne qualité, pas complète et avec des risques pour la vie du patient si le syndrome de sevrage n'est pas détecté. Ainsi les connaissances sont bénéfiques pour l'autonomie de l'infirmière mais également pour le pronostic vital du patient.
Recension des écrits	Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ? Les études montrent-elles la progression des idées ? Les travaux de recherche antérieurs sont amenés du plus général au spécifique de façon à défendre le but de l'étude. Ils ne sont donc pas critiqués. La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui la synthèse est faite et les besoins pour la pratique mis en avant grâce à ceux-ci.

	<p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? Il s'agit de sources primaires et secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Oui, ils sont présentés lors du chapitre de collecte des données avec un cadre théorique à l'appuie.</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ? Le cadre théorique est le « NSW Detoxification Clinical Practice Guidelines (NSW Department of Health, 1999) Il est lié au but qui est de tester deux méthodes d'enseignement aux infirmières. Les concepts sont donc en lien avec le but.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, il est d'investiguer le niveau de compliance des professionnels de la santé aux protocoles et de tester deux méthodes d'enseignements pour les infirmières afin de leur permettre de savoir comment gérer des patients en syndrome de sevrage.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La population est clairement énoncée, en ce qui concerne les infirmières, par contre, en ce qui concerne les médecins et la partie médicale, la population n'est pas vraiment explicitée. Les questions de recherche sont claires et les variables clés sont listées et reliées à un cadre théorique.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Les concepts sont les variables.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ? La population infirmière est clairement décrite ainsi que l'échantillon avec le nombre d'infirmières participants à chacune des méthodes.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Non, ceci n'est pas discuté.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Il n'est pas discuté de la méthode de choix de la taille de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a été soumise à la comition d'éthique au « Human Research Ethics Committee ». Cependant, le comité, en raison de la valeur d'assurance qualité de l'étude, a jugé que l'aval éthique n'était pas nécessaire. Mais, le comité a approuvé l'évaluation et la publication de l'étude.</p>

	<p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui, car les participants vont gagner en connaissances et donc améliorer leur pratique ce qui va faire baisser les risques pour le patient.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? Oui, car le but est de connaître quelle méthode d'enseignement est la plus appropriée et a le plus de résultats. Donc, la comparaison entre les deux groupes est nécessaire.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui, toutes les questions de recherche sont examinées. Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale, car il n'y a pas de groupe contrôle.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Ils sont clairement décrits ainsi que la méthode statistique utilisée et ceci permet de mesurer les variables.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Le CIWA-Ar est importé. La Likert Scale est également importée et sert à mesurer le niveau de savoir acquis. En ce qui concerne les méthodes d'enseignement, elles ont été créées pour l'étude.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ? Les outils de mesure sont déjà des outils agréés. Les résultats sont présentés sous forme de tableau avec, également des tableaux de comparaison pour les deux méthodes d'enseignement.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ? La période est clairement définie (12 mois) avec, même, les dates et la méthode statistique pour les traiter (méthode descriptive)</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? Oui, il s'agit de la méthode de statistiques descriptives.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? Plusieurs tableaux sont présentés pour montrer les variables selon les méthodes et, ensuite, des tableaux pour montrer la différence entre les deux méthodes en fonction des variables à l'étude. Il y a également une figure montrant les différences entre les deux méthodes selon les variables.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, le texte narratif expose les résultats avec références aux tableaux.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui puisque les variables à l'étude sont les concepts de la théorie.</p>

	<p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ? Les résultats sur la méthode d'enseignement qui convient le mieux sont corrélés par les études antérieures.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui, ils correspondent parfaitement.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Elles sont définies et des propositions pour le futur sont également proposées.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Les conclusions découlent des résultats obtenus ainsi que les tableaux de comparaison.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? Cela va permettre de former les infirmières au plus près de leurs besoins et de leur disponibilités physiques et psychiques.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ? Oui, il en fait 5.</p>