

Table des matières

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 1 | Résumé | 4 |
| 2 | Remerciements | 5 |
| 3 | Déclaration | 6 |
| 4 | Introduction | 1 |
| 4.1. | Problématique | 1 |
| 4.2. | Question de recherche | 3 |
| 4.3. | But de la recherche | 3 |
| 5 | Cadre théorique | 3 |
| 5.1. | Consommation d'alcool | 3 |
| 5.1.1 | Dépendance | 4 |
| 5.1.2 | Le syndrome de sevrage alcoolique (SSA) | 5 |
| 5.1.3 | Etat confusionnel aigu | 6 |
| 5.1.4 | Traitements | 6 |
| 5.2. | Prévention | 8 |
| 5.2.1. | Les types de prévention | 8 |
| 5.2.2. | La prévention de la rechute | 9 |
| 5.3. | Relation thérapeutique | 9 |
| 5.3.1. | Modèle transthéorique du changement | 10 |
| 5.3.2. | Entretien motivationnel | 11 |
| 5.3.3. | Le modèle de Minnesota | 12 |
| 6. | Méthode | 13 |
| 6.1. | Devis de recherche | 13 |
| 6.2. | Collecte des données | 13 |
| 6.3. | Sélection des données | 15 |
| 6.4. | Analyse des données | 15 |
| 7. | Résultats | 18 |
| 7.1. | Description de l'étude 1 | 18 |
| 7.1.1. | Validité méthodologique de l'étude 1 | 19 |
| 7.1.2. | Pertinence clinique de l'étude 1 | 19 |
| 7.1.3. | Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 1 | 20 |
| 7.2. | Description de l'étude 2 | 20 |
| 7.2.1. | Validité méthodologique de l'étude 2 | 21 |
| 7.2.2. | Pertinence clinique de l'étude 2 | 21 |
| 7.2.3. | Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 2 | 22 |
| 7.3. | Description de l'étude 3 | 22 |
| 7.3.1. | Validité méthodologique de l'étude 3 | 23 |
| 7.3.2. | Pertinence clinique de l'étude 3 | 24 |
| 7.3.3. | Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 3 | 24 |
| 7.4. | Description de l'étude 4 | 25 |
| 7.4.1. | Validité méthodologique de l'étude 4 | 26 |
| 7.4.2. | Pertinence clinique de l'étude 4 | 26 |

| | |
|--|-----------|
| 7.4.3. Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 4 | 27 |
| 7.5. Description de l'étude 5 | 27 |
| 7.5.1. Validité méthodologique de l'étude 5 | 28 |
| 7.5.2. Pertinence clinique de l'étude 5 | 29 |
| 7.5.3. Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 5 | 30 |
| 7.6. Description de l'étude 6 | 30 |
| 7.6.1. Validité méthodologique de l'étude 6 | 31 |
| 7.6.2. Pertinence clinique de l'étude 6 | 31 |
| 7.6.3. Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 6 | 31 |
| 7.7. Synthèse des principaux résultats | 32 |
| 8. Discussion | 32 |
| 8.1. Discussion des résultats | 32 |
| 8.2. Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences | 34 |
| 8.3. Limites et critiques de la revue de la littérature | 34 |
| 9. Conclusions | 35 |
| 9.1. Propositions pour la pratique | 35 |
| 9.2. Propositions pour la formation | 37 |
| 9.3. Propositions pour la recherche | 38 |
| 10. Références bibliographiques | 39 |
| 11. Annexes | 42 |
| 11.1. Echelle de CIWA-ar | 42 |
| 11.2. Analyse de rechute | 43 |
| 11.3. Contrat de sevrage | 44 |
| 11.4. Glossaire méthodologique | 45 |
| 11.5. Glossaire technique | 47 |
| 11.6. Tableau de recension Etude 1 | 49 |
| 11.7. Tableau de recension Etude 2 | 50 |
| 11.8. Tableau de recension Etude 3 | 51 |
| 11.9. Tableau de recension Etude 4 | 52 |
| 11.10. Tableau de recension Etude 5 | 53 |
| 11.11. Tableau de recension Etude 6 | 54 |

1 Résumé

Contexte : Cette revue de la littérature porte sur le syndrome de sevrage alcoolique et le délirium tremens, autrement nommé état confusionnel aigu. Elle considère également la prévention infirmière de l'apparition de symptômes de sevrage et de ses conséquences chez un patient hospitalisé dans un milieu somatique.

But : Identifier les situations à risque influençant l'apparition d'un syndrome de sevrage alcoolique et d'un état confusionnel aigu. Par ailleurs, il sera explicité à l'aide de diverses études empiriques que la prévention est primordiale.

Méthode : La recherche des articles s'est déroulée en consultant diverses bases de données : Sciencedirect, CINAHL complete, cochrane library, Pubmed et BDSP. Ces bases de données ont été consultées de novembre 2016 à avril 2017. Les critères d'inclusion sont les suivants : patients alcoolo-dépendants adultes, hospitalisés dans un service de soins somatiques, à risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique.

Résultats : Il a été démontré que si les patients à risque sont identifiés rapidement, le taux de mortalité diminue et la durée d'hospitalisation également. Un manque de formation spécifique des infirmières peut être à l'origine d'une évaluation insuffisante de la situation de santé des patients. Une personnalisation du traitement est la meilleure prévention pour un syndrome de sevrage alcoolique et un délirium tremens.

Mots-clés : Syndrome de sevrage alcoolique, Délirium tremens, prévention, infirmière, relation thérapeutique, dépendance

2 Remerciements

Je tiens à remercier la HES-SO Valais/Wallis d'avoir mis en place des ateliers de méthodologie qui m'ont permis de rédiger au mieux ce Travail de Bachelor. Grâce à la disponibilité des professeurs intervenant dans ces cours, j'ai pu mener à bien cette revue de la littérature.

Je suis reconnaissante envers Mr. Thomas Urben, cadre de l'unité ambulatoire de la Fondation Addiction Valais, qui a pris du temps pour me rencontrer afin de répondre à mes questions concernant la réalité de la pratique. Il m'a donné des informations pertinentes pour m'aiguiller dans la rédaction de mon travail.

J'aimerais également remercier Mme Ana Rita Alves Soares et Mme Sophie Reynard, respectivement infirmière clinicienne et infirmière praticienne formatrice dans le service de médecine de l'Hôpital de Sierre, pour m'avoir éclairée au sujet de la prise en charge du sevrage alcoolique.

Un grand merci à mon directeur de Travail de Bachelor, Mr. Aziz Salamat, pour m'avoir accompagnée durant l'élaboration de cette revue de la littérature. Il s'est montré disponible et m'a régulièrement permis d'améliorer la qualité de ce travail. De plus, il m'a donné l'occasion de pouvoir prendre contact avec les professionnels qui gravitent autour du patient.

Finalement, je remercie ma famille et mes amis de m'avoir soutenu durant la rédaction de ce travail de Bachelor.

3 Déclaration

*Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation **Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers** à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).*

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES

De plus l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Lieu et date :

Signature

4 Introduction

Cette revue de la littérature porte sur le syndrome de sevrage alcoolique et le délirium tremens¹, autrement nommé état confusionnel aigu. Elle considère également la prévention infirmière de l'apparition de symptômes de sevrage et de ses conséquences chez un patient hospitalisé dans un milieu somatique.

4.1. Problématique

L'alcoolisme est une pathologie psychiatrique qui a un impact conséquent sur la qualité de vie du patient et de son entourage.

Une consommation d'alcool dite « à risque » consiste en un excès d'alcool qui peut engendrer des conséquences pour la santé de la personne concernée, qu'elles soient biologiques, psychologiques, sociales ou encore économiques, mais également pour celle de son entourage. La consommation chronique à risque exprimée en chiffres correspond à 40gr. d'alcool pur par jour pour un homme et 20gr. par jour pour une femme (<http://www.suchtschweiz.ch/fr/faits-et-chiffres/alcool/consommation/consommation-a-risque/>, novembre 2016).

Selon l'Association américaine de psychiatrie (Mini DSM-5, 2016) et le service d'alcoologie du CHUV, le terme d'alcoolodépendance peut être utilisé si la situation correspond à trois des sept critères suivants : tolérance à l'alcool, symptômes de sevrage, contrôle de la consommation limité, préoccupations en lien avec l'approvisionnement d'alcool, volonté de diminuer voire de stopper sa consommation sans aboutissement, vie sociale et loisirs mis à mal et finalement, maintien de la consommation malgré les répercussions négatives.

Le syndrome de sevrage alcoolique (SSA) est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « ensemble de symptômes qui [...] surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive. » Les symptômes de sevrage sont les suivants : dépression, agitation, tremblements, nausées, anxiété et un état de malaise. De manière générale, les symptômes se déclarent dès 6 à 48h après le sevrage alcoolique. Ceux-ci disparaissent dans les 2 à 5 jours, si le patient ne présente pas d'état confusionnel aigu (WHO, 2016, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/).

Le délirium tremens (DT) est une complication du syndrome de sevrage alcoolique. Ces mots proviennent du latin et signifient littéralement « délire tremblant ».

¹ Dans cette revue de la littérature, le terme « Délirium Tremens » est utilisé, même si on le nomme actuellement état confusionnel aigu, en raison de son emploi dans les études analysées.

D. Mennecier et M. Thomas (2009) décrivent cette complication ainsi :

Le delirium tremens est caractérisé par des troubles psychiatriques à type de désorientation temporo-spatiale, confusion, délires oniriques, hallucinations non critiquées. Il s'associe à de l'anxiété, de l'agitation, des troubles neurologiques, à des tremblements commençant aux extrémités puis progressivement extensifs, de la dysarthrie, des troubles de l'équilibre et de la coordination. Sa gravité est due aux signes généraux associés : fièvre, déshydratation, sueurs, tachycardie. Ces complications sont graves, avec une mortalité non nulle.

La prévalence de développer un délirium tremens, et donc la forme la plus sévère du SSA, se trouvent entre 5% et 24%. Grâce au développement des traitements appropriés et à la possibilité de diagnostiquer rapidement la pathologie, le taux de décès a pu diminuer de 35% à 2% (Ignjatovic-Ristic et al., 2013, p.1).

Les chiffres suivants indiquent que la prévention de la dépendance alcoolique, du SSA et de l'état confusionnel aigu font partie intégrante de la nécessité de la prévention infirmière. En 2013, selon l'Office Fédérale de Santé Publique (OFSP), 48 personnes sont décédées et 498 ont été grièvement blessées dans un accident de la route lié à l'alcool. Dans la vie quotidienne, 48% des couples rencontrent des problèmes liés à une consommation abusive. En Suisse, environ 4,2 milliards de francs par an sont consacrés à l'excès d'alcool : 2,2 milliards de francs pour des décès, maladies ou retraites anticipées, 1,2 milliards pour des absences professionnelles, 613 millions pour le traitement et 251 millions pour des poursuites judiciaires. En 2012, environ 25'000 personnes ont vécu une hospitalisation pour une intoxication alcoolique ou une dépendance. Plus précisément, près de 17'000 patients ont été pris en charge pour cette dernière (<http://www.bag.admin.ch/org/?lang=fr>, 2016).

L'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS) constate que la consommation quotidienne d'alcool est supérieure en Valais par rapport à la moyenne suisse. En 1992, 38% des hommes valaisans consommaient quotidiennement de l'alcool, contre 30% dans le reste de la Suisse. Ces chiffres ont diminué régulièrement jusqu'à atteindre respectivement 24% et 17% en 2012. Les femmes tendent à moins consommer que les hommes (15% en 1992 et 9% en 2012 en Valais). Concernant la consommation à risque, on note toujours une différence entre le Valais et la Suisse générale. En 2007, 9% des hommes et 5,2% des femmes présentaient une consommation chronique, contre 5,4% et 4,3% en Suisse. En 2012, 9,4% des valaisans et 5,8% des valaisannes consomment de manière chronique, contre 5,5% et 4,1% en Suisse (<http://www.ovs.ch/sante/consommation-alcool-valais-suisse.html>).

La prévention du syndrome de sevrage alcoolique est un problème infirmier. En effet, le diagnostic est complexe à définir du fait de l'absence de symptôme dans les premières

heures de l'hospitalisation. Il est donc probable que l'évaluation des risques soit mise à mal. L'inefficacité de celle-ci peut avoir une incidence sur la durée de l'hospitalisation et accroît les risques de rechute du patient. On peut constater par ailleurs une augmentation des coûts de la santé. Les complications extraites de la littérature vont des traumatismes cérébraux aux infections et accidents vasculaires cérébraux jusqu'à l'apparition d'une crise convulsive (Dong Wook K. et al., 2014).

Il est particulièrement important d'être attentif aux symptômes d'un syndrome de sevrage alcoolique et aux conséquences que cela provoque tant sur le patient que sur le système de santé. En outre, l'équipe soignante se doit d'agir de manière efficace face à cette pathologie, afin de diminuer les effets d'une consommation abusive d'alcool (Murdoch & Marsden, 2014).

4.2. Question de recherche

La question de recherche qui dirigera ce travail de bachelor est formulée selon PICO (Population, intervention, contexte et « outcomes »). Elle découle donc logiquement de la problématique explicitée ci-dessus.

| | |
|----------|---|
| P | Personnes adultes, hommes et femmes, alcoolo-dépendants |
| I | Prévention du syndrome de sevrage alcoolique et délirium tremens |
| C | Milieu somatique |
| O | Augmentation de l'efficacité de la prise en charge du patient et de sa pathologie |

Comment prévenir l'apparition d'un syndrome de sevrage alcoolique et d'un délirium tremens chez le patient alcoolo-dépendant ?

4.3. But de la recherche

Cette revue de la littérature a pour but d'identifier les situations à risque influençant l'apparition d'un syndrome de sevrage alcoolique et d'un état confusionnel aigu. Par ailleurs, il sera explicité, à l'aide de diverses études empiriques, que la prévention est primordiale.

5 Cadre théorique

Dans le but de bien comprendre cette revue de la littérature, il est nécessaire de présenter les concepts autour desquels ce travail est articulé.

5.1. Consommation d'alcool

Il existe un modèle de consommation d'alcool et d'usage abusif de celui-ci. Il montre l'évolution de l'alcoolisme en quatre phases bien distinctes.

La phase symptomatique de préalcoolisme qualifie la consommation d'alcool comme un soulagement et une réponse au stress. Il se trouve que l'usage d'alcool est un moyen d'adoucir les aléas de la vie quotidienne du consommateur. Alors, la tolérance s'installe

insidieusement et l'individu doit consommer d'avantage d'alcool dans le but d'atteindre l'objectif escompté.

La phase prodromique est caractérisée par l'apparition de trous de mémoire et de phases d'amnésie suite à la consommation. La personne ne boit plus par plaisir, mais par nécessité. L'alcool devient une drogue dont elle ne peut plus se passer. C'est lors de cette phase que le sujet est préoccupé par l'approvisionnement en alcool, il se sent également coupable, mais reste, tout de même, dans un stade de déni et de rationalisation.

La phase critique est marquée par la perte de contrôle. L'individu ne maîtrise plus ses émotions et entre dans une dépendance psychologique. Il n'est plus conscient de ses actes, il devient violent et agressif. Les répercussions sociales sont conséquentes : perte d'emploi et de l'entourage. Malgré cela, son intérêt reste exclusivement porté sur l'alcool. La phase chronique est placée sous le signe de l'intoxication continue. En effet, l'individu est pour la quasi-totalité du temps sous l'influence de l'alcool. A ce moment-là, la détérioration physique et le risque de mort sont notables. Au niveau psychologique, la personne est en détresse et éprouve un sentiment d'impuissance. On note également que les symptômes de sevrage apparaissent lors de cette phase chronique (Towsend, 2010, p.314-315).

Selon Towsend (2010), à long terme, les conséquences sur l'organisme sont graves et systémiques. On y trouve la neuropathie périphérique (atteinte des nerfs périphériques accompagnée de douleurs à type de brûlure dues à une carence en vitamine B), la myopathie alcoolique (affaiblissement musculaire et douleurs dus à une carence en vitamine B), l'encéphalopathie de Wernicke (paralysie musculaire liée à une carence en thiamine), la démence de Korsakoff (confusion, démence et stupeur), la cardiomyopathie alcoolique (hypertrophie et affaiblissement myocardique dus à un surplus lipidique), l'œsophagite (vomissements et toxicité de l'alcool), la gastrite (altération de la paroi de l'estomac), la pancréatite (caractérisée par des nausées et vomissements, perte de poids et apparition d'un diabète), l'hépatite alcoolique (hypertrophie et nécrose hépatique), la cirrhose (destruction de cellules hépatiques et remplacement par du tissu cicatriciel), la leucopénie (fonctionnement leucocytaire perturbé, augmente le risque d'infection), et la thrombocytopénie (diminution de la production de plaquettes, augmentation du risque d'hémorragie) (Towsend, 2010, p.315-316).

5.1.1 Dépendance

Selon les critères diagnostiques du DSM-5 regroupant la classification et les troubles mentaux, on peut y retrouver les troubles liés à l'usage de l'alcool.

Ce diagnostic peut être envisagé si au moins deux des caractéristiques suivantes sont présentes sur une période de 12 mois :

1. Consommation plus importante que d'habitude ou de longue durée.
2. Diminution ou contrôle insuffisant de la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps mis à profit d'activités en lien avec l'alcool, obtention de l'alcool, à sa consommation ou à la récupération de ses effets.
4. Obsession liée à la consommation.
5. Incapacité d'accomplir des obligations qu'elles soient professionnelles ou au sein du ménage.
6. Maintien de la consommation malgré les répercussions sociales ou interpersonnelles.
7. Abandon ou réduction d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs.
8. Consommation d'alcool malgré le risque de dangerosité physique.
9. Poursuite de la consommation bien que la personne soit consciente d'avoir un trouble psychologique ou somatique lié à l'alcool.
10. Tolérance à l'alcool se manifestant par une augmentation des quantités dans le but d'avoir l'effet désiré ou par l'effet diminué lors de la même consommation d'alcool.
11. Présence d'un sevrage se manifestant par un syndrome ou par la nécessité de consommer de l'alcool afin de diminuer les symptômes (American Psychiatric Association, Mini DSM-5, 2016, p. 209-210).

5.1.2 Le syndrome de sevrage alcoolique (SSA)

Le syndrome de sevrage peut toucher tous les consommateurs chroniques d'alcool. Il survient de manière générale quelques heures après l'arrêt d'alcool. On peut retrouver des syndromes de sevrage lorsque l'individu se réveille le matin avec des tremblements, des nausées ou encore de l'anxiété. Il est immédiatement soulagé avec la consommation d'alcool.

Le SSA est défini comme une phase d'hyperexcitabilité du système nerveux central (SNC). Sa durée est propre à chaque situation et varie de un à sept jours. Cette phase est le reflet des mécanismes de compensation ou de tolérance du SNC dans le but de pallier l'effet sédatif de l'alcool.

Dans la première phase du sevrage, des symptômes de types psychomoteurs sont mis en évidence : tremor, nervosité, anxiété, nausées, hallucinations visuelles ou auditives. Puis, des symptômes reliés au système nerveux autonome apparaissent, tels que la tachycardie, hypertension artérielle (HTA), hyperthermie et sudation.

Le syndrome de sevrage n'évolue pas systématiquement en état confusionnel aigu, mais se complique de manière proportionnelle avec le nombre d'épisodes vécus par le patient (Pilet & Yersin, 1998).

5.1.3 Etat confusionnel aigu

Selon Yersin Bertrand et Pilet François (1998), le délirium tremens, autrement nommé l'état confusionnel aigu, est une évolution ou une complication du syndrome de sevrage alcoolique, se manifestant par une désorientation complète.

L'état confusionnel aigu se trouve dans la catégorie des troubles neurocognitifs. En effet, il est défini selon les 5 points suivants :

1. Perturbation de l'attention et de la conscience.
2. Installation de cette perturbation dans un temps court (quelques heures à quelques jours) et changement de la conscience et de l'attention par rapport au préalable, qui tend continuellement vers la sévérité.
3. Présence d'une autre perturbation cognitive (déficit du langage, de la mémoire, de l'orientation, de perceptions ou des habiletés visuo-spatiales).
4. Les critères 1 et 3 ne peuvent pas être expliqués par un trouble neurocognitif pré-existant, stabilisé ou en évolution et ils ne doivent pas survenir lors d'un niveau de vigilance bas comme le coma.
5. Mise en évidence que la perturbation est d'origine médicale, toxique ou provoquée par le sevrage d'une substance.

Le diagnostic d'état confusionnel dû au sevrage d'une substance doit être retenu lorsque les critères 1 et 3 prédominent dans la clinique du patient et quand ils sont suffisamment sévères pour justifier une prise en charge (American Psychiatric Association, 2016, p. 258-259).

5.1.4 Traitements

La mise en place d'un traitement doit prendre en compte le stade de préparation au changement de Prochaska et DiClemente dans lequel le patient se trouve. (Cf relation thérapeutique). Jean-Bernard Daepfen (2003) explique que la prise en charge de la dépendance doit prendre en considération plusieurs aspects du patient : l'approche sociale, psychologique et médicale. Se focaliser sur un seul de ces aspects mènerait le traitement à l'échec.

Le traitement de la dépendance alcoolique peut se faire en milieu hospitalier stationnaire ou en ambulatoire. Cette dernière manière de faire est plus fréquente et moins coûteuse, et maintient le patient dans son milieu de vie habituel. Contrairement au traitement ambulatoire, l'hospitalisation permet de sortir le patient de son environnement et donc de

l'éloigner de ses habitudes de consommation. Le choix entre ces deux propositions revient au patient.

Selon Jean-Bernard Daepfen (2003), les benzodiazépines (par exemple le seresta®) ont montré leur efficacité dans la prévention de l'épilepsie, du délirium tremens et des symptômes aigus du sevrage alcoolique. On peut prescrire cette classe de médicament de deux manières différentes : administration fixe ou selon les symptômes. L'administration selon les symptômes nécessite une surveillance accrue de ceux-ci à l'aide d'une échelle appelée « Clinical Institute Withdrawal Assessment » (CIWA) (Annexe 11.1) et est donc préférable durant l'hospitalisation. Cette échelle permet de quantifier les symptômes et donc d'ajuster le traitement. Le traitement du syndrome de sevrage alcoolique aux benzodiazépines ne devrait jamais dépasser les sept à dix jours, en raison du risque de dépendance. Les benzodiazépines ont un effet myorelaxant, anticonvulsivant, anxiolytique, sédatif et elles induisent le sommeil (<https://compendium.ch/mpro/mnr/3129/html/fr#7550>).

Le disulfirame (par exemple l'antabuse®) joue un rôle dans le blocage du métabolisme de l'alcool, provoquant une accumulation d'acétaldéhyde qui engendre un malaise important accompagné de symptômes tels que tachycardie et flush (rougeur du visage). L'indication prioritaire des disulfirames est de dissuader le patient de consommer de l'alcool en provoquant une réaction d'aversion. Il permet de garantir une abstinence modérée (<https://compendium.ch/mpro/mnr/21367/html/fr#7550>).

L'acamprosate (par exemple le campral®) est un psychotrope qui influence l'activité glutamatergique et réduit donc l'activation des récepteurs NMDA associés à la dépendance, à l'alcool et au sevrage. Cette classe de médicament est utile lors de la prévention des rechutes et donc une diminution de leur fréquence (<https://compendium.ch/mpro/mnr/5370/html/fr#7550>).

Le naltrexone (par exemple Nemexin®) est un antagoniste aux récepteurs des opiacés, ce qui réduit l'effet positif de l'alcool. Le but est de diminuer le « craving » (fort besoin et envie de consommer). Le naltrexone diminue également le taux de rechute et la fréquence de la consommation d'alcool (Daepfen, 2003, p.89).

La thiamine (Becozyme®, Benerva®) est un complément vitaminique utile pour la prévention et le traitement des complications de l'alcoolisme chronique, comme l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (<https://compendium.ch/mpro/mnr/20567/html/fr>).

Le baclofène (Lioréal®) est un médicament actuellement controversé à cause des biais méthodologiques des recherches effectuées à ce sujet. Son indication primaire est neurologique (antiépileptique et antispasmodique), mais il a été démontré par plusieurs

études qu'il pourrait agir sur le comportement et la neurotransmission GABA qui est responsable du « craving ». Il diminuerait donc le besoin de boire et serait utile dans la prévention de la rechute et dans l'abstinence (Imbert & Simon, 2016).

5.2. Prévention

5.2.1. Les types de prévention

Il existe trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire consiste à protéger l'état de santé des patients et à éviter l'apparition de maladie. On y trouve les interventions mises en place avant la déclaration d'une pathologie ou d'une atteinte biologique ou psychique. La prévention primaire peut également se concentrer sur l'élimination des facteurs de risque d'une maladie. Dans ce type de prévention, les interventions peuvent être par exemple l'arrêt du tabac, une bonne alimentation, une activité physique régulière, la vaccination ou encore une amélioration des routes. Concernant l'alcoolisme, l'achat de est limité à l'âge de 16 ans pour le vin et la bière et à 18 ans pour les alcools forts en Valais, des associations prennent la parole dans les établissements scolaires, la loi routière interdit une alcoolémie supérieure à 0.5‰ (correspond au nombre de grammes d'alcool contenus dans un litre de sang).

La prévention secondaire a pour but de repérer la maladie le plus rapidement possible et ce, avant les premiers symptômes. Le dépistage est un moyen efficace pour intervenir tôt dans l'évolution de la pathologie et de la ralentir. Le dépistage de l'alcoolisme peut s'effectuer grâce aux marqueurs biologiques. Une présence d'éthanol dans le sang, l'haleine, l'urine, la sueur et la salive explique une consommation récente, mais ne renseigne en aucun cas sur une consommation chronique. La gamma-glutamyl-transférase (GGT) est élevée dans le sang lorsque la consommation est d'au moins 8 boissons alcoolisées par jour durant 4 semaines. La transferrine décarboxylée (CDT) est en augmentation lorsque le patient consomme 6 boissons alcoolisées durant une semaine. Le volume globulaire moyen (VGM) représente la taille des globules rouges et reste élevé plusieurs mois après le sevrage alcoolique (<http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/alcool/depistage/>).

La prévention tertiaire se concentre sur les interventions mises en place pour stopper l'évolution de la maladie et met en évidence les répercussions qu'elle engendre. Les buts principaux sont de diminuer l'incapacité et le handicap, atténuer la souffrance et favoriser l'adaptation du patient aux effets irréversibles. Cette prévention est particulièrement utilisée dans les services de réadaptation (https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Prevention_f.htm).

5.2.2. La prévention de la rechute

La prévention de la rechute a pour but de prévenir ou de prendre en charge la rechute du patient alcoolique. Elle se focalise sur les situations à risque dans lesquelles le sujet peut se retrouver et sur les stratégies de coping suite à une rechute antérieure. D'après Marlatt et Donovan (2008), les deux objectifs prioritaires de cette prévention tertiaire sont « (1) de prévenir un écart de consommation initial et maintenir un objectif d'abstinence ou de réduction des risques et des méfaits, et (2) favoriser la gestion d'un écart de consommation si celui-ci survient et prévenir une rechute antérieure ».

Il est important de reconnaître les raisons des écarts et de la rechute afin d'augmenter l'efficacité de la prévention. Il existe les déterminants intra-personnels et inter-personnels. Dans les intra-personnels, on peut retrouver le sentiment d'efficacité personnelle, qui correspond au degré de confiance en soi. Plus ce sentiment est élevé, meilleurs seront les résultats du traitement. On y trouve également les effets positifs attendus (effets anticipés par l'individu après sa consommation). Plus ce facteur est présent moins bonne sera l'observance thérapeutique. La motivation est une composante essentielle à la préparation au changement du patient. Les stratégies de coping reflètent la capacité du patient à faire face à une situation risquée. Elles peuvent être de l'ordre de l'exposition (acceptation, exposition à l'alcool et restructuration des envies) ou de l'ordre de l'évitement (détournement de l'attention). Les états émotionnels négatifs sont des prédicteurs de la rechute. Le « craving » est un mot qui décrit les fortes envies de consommer et est souvent un véritable frein à la guérison. Dans les déterminants inter-personnels, le soutien social est un facteur d'influence très important dans la rechute. En effet, un soutien social négatif est une source de conflits inter-personnels et de pression à la consommation. Cette pression peut être directe (les pairs poussent à la consommation), indirecte (par modeling, c'est-à-dire par imitation) ou par exposition aux déclencheurs (Marlatt & Donovan, 2008, p.21-54).

Les approches cognitivo-comportementales permettent d'apprendre au patient à repérer les situations à risque de favoriser une rechute. Il pourra donc mettre en place des stratégies de coping qui lui permettront un déconditionnement face à l'alcool. Il sera donc capable « d'identifier les situations risquées, d'apprendre à les gérer, d'identifier les processus de pensée qui augmentent le risque de rechute et de développer des stratégies permettant de lutter contre le « craving » » (Daepfen, 2003, p. 72).

5.3. Relation thérapeutique

Carl Rogers a fondé la relation soigné-soignant. Cette relation thérapeutique est exclusivement tournée vers le patient, son ressenti et ses émotions. Il y a sept critères pour qu'une relation d'aide soit efficace : La présence (être là pour le patient, être disponible),

l'écoute (laisser la place au silence), l'acceptation (ouverture à l'expérience d'autrui), le respect, l'empathie (compréhension du soignant face à la situation du patient), l'authenticité (capacité du soignant à rester lui-même) et la congruence (correspondance entre le ressenti et la pensée du soignant) (<http://rechercheensoinsinfirmiers.com/2014/05/03/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/>).

5.3.1. Modèle transthéorique du changement

James Prochaska et Carlo DiClemente ont mis en évidence, en 1970, un modèle du changement qui n'est pas un phénomène linéaire, mais l'aboutissement d'un processus complexe. Il se produit par étapes. C'est un modèle d'approche comportementale. Ils ont également montré que l'ambivalence est omniprésente. Les sujets dépendants à une substance passent par plusieurs stades de changement : la précontemplation, la contemplation, la détermination, l'action, le maintien et la rechute. Le thérapeute adapte son intervention en fonction de la phase dans laquelle le patient se trouve.

Dans la phase de précontemplation, l'individu ne se rend pas compte de sa dépendance et ne pense pas avoir de problème ou, alors, le considère sans importance. Le patient n'envisage pas de changement. Il ne voit que les bénéfices de sa consommation. A ce stade, le soignant a pour objectif une prise de conscience du problème. Afin d'y parvenir, il va donner des informations, explorer avec le patient les « pour » et les « contre » de la consommation, aborder le sujet de son entourage et de leur vision. Il ne faut pas inciter au changement, mais provoquer le doute chez le sujet alcoolo-dépendant.

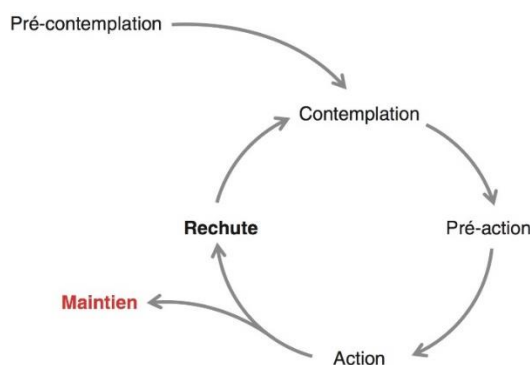
La contemplation est caractérisée par une ambivalence importante. Le patient reconnaît avoir un problème, mais hésite à renoncer aux bénéfices que l'alcool lui apporte. Il envisage un changement. L'objectif de cette phase est de faire pencher la balance décisionnelle et d'accompagner le patient vers la décision. Les interventions sont d'évoquer « pour » et « contre » du changement, évoquer l'image que le patient a de lui-même et celle de son entourage.

La phase de préparation ou de décision est marquée par la volonté du changement. Le patient reconnaît son problème et est prêt à mettre en place des stratégies. L'objectif est d'aider le patient à trouver un plan d'action et des stratégies de changement. Le soignant va accompagner le patient à la réalisation d'objectifs personnels accessibles, appropriés, efficaces et mesurables.

L'action se caractérise par la mise en route du changement. Le patient tente des stratégies, fait des choix et prend confiance en lui. Le soutien et l'encouragement sont primordiaux à ce stade de changement. Le patient aura besoin de conseils pratiques. Il est nécessaire de maintenir la motivation et le sentiment d'efficacité personnelle de l'individu.

Le maintien est une phase très délicate, car les tentations sont nombreuses. Le sujet reste motivé à continuer son sevrage, il développe des stratégies de coping afin de faire face aux situations à risque. L'objectif est d'aider le patient à prévenir la rechute et cela en identifiant les situations à haut risque.

La rechute est une règle et non une exception. Le patient a un sentiment d'échec et est très pessimiste. Le soignant doit aider son patient à surmonter cet obstacle tout en lui expliquant que ce n'est pas un échec et que la rechute fait partie du processus qui le mènera à la réussite. Il peut également lui proposer une analyse de la rechute (Annexe 11.2) et fixer de nouveaux objectifs (Daeppen, 2003, p.64-65).



Tiré du site internet : Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation. (2017). *Le modèle transthéorique du changement*.

5.3.2. Entretien motivationnel

Le patient dépendant ne manque pas de motivation, il est ambivalent. C'est pourquoi, il est judicieux d'effectuer un entretien motivationnel dans le but de faire pencher la balance décisionnelle. Cet entretien se déroule donc dès la phase de contemplation. Le patient se rend compte de sa dépendance et hésite à mettre des actions en place afin de commencer un sevrage alcoolique.

Le but de l'entretien motivationnel est d'amener le patient au changement. Cet entretien est une approche centrée sur le patient. Il s'effectue dans une atmosphère d'empathie et de non jugement. Le soignant ne confronte pas le patient, ce qui va favoriser la participation de celui-ci. Le thérapeute se met à la place du patient et regarde la situation avec les yeux de son patient. Etant compris, il peut s'ouvrir et partager d'avantage ses émotions. Par ce biais, le soignant peut déterminer les ressources et les obstacles de la situation dans laquelle se trouve son patient.

Dans l'entretien motivationnel, on ne trouve pas d'argumentation. Le but n'étant pas de confronter le sujet à son manque de conscience du problème. Des recherches ont montré que s'il y a une présence d'argumentation, le patient se sentirait attaqué et rabaissé, ce qui engendrerait une diminution de la participation et de l'échange. La résistance au

changement est une conséquence d'une mauvaise relation thérapeutique patient-soignant. Celle-ci est une indication que le soignant n'a pas évalué correctement la phase dans laquelle se trouvait le patient.

La décision du changement appartient seulement au patient. Le soignant n'est qu'un accompagnant. Par contre, celui-ci peut mettre en avant le sentiment d'efficacité personnelle de la personne dépendante, les expériences bénéfiques antérieures et l'encourager à trouver ses propres solutions (Daepfen, 2003, p.68-71).

5.3.3. Le modèle de Minnesota

Le modèle de Minnesota provient du rapprochement entre le sevrage en milieu hospitalier et le mouvement des Alcooliques Anonymes (AA), fondé aux USA. Ce mouvement consiste en un regroupement de personnes alcoolo-dépendantes. Elles ont pour consigne de partager leurs expériences, leurs ressentis, leur vécu avec l'alcool afin de prendre conscience du problème et de le résoudre. Ce modèle vise avant tout l'abstinence et le maintien de la qualité de vie.

Les AA ont mis en place douze étapes :

1. « Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool et que nous avons perdu la maîtrise de nos vies.
2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-même pouvait nous rendre la raison.
3. Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevions.
4. Nous avons courageusement procédé à un inventaire moral minutieux de nous-mêmes.
5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain, la nature exacte de nos torts.
6. Nous avons pleinement consenti à ce que Dieu élimine tous ces défauts de caractère.
7. Nous lui avons humblement demandé de faire disparaître nos déficiences.
8. Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et nous avons résolu de leur faire amende honorable.
9. Nous avons réparé nos torts directement auprès de ces personnes chaque fois que c'était possible, sauf lorsqu'en ce faisant nous pouvions leur nuire ou faire tort à d'autres.
10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en apercevions.

11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu tel que nous Le concevions, Lui demandant seulement de nous faire connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.
12. Comme résultat de ces étapes, nous avons connu un réveil spirituel : nous avons alors essayé de transmettre ce message aux autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie » (Daepfen, 2003, p. 73-74).

6. Méthode

6.1. Devis de recherche

Cette revue de la littérature cherche à optimiser la prévention du syndrome de sevrage alcoolique et du délirium tremens en explorant six études : toutes les recherches sont quantitatives. Les études quantitatives s'inscrivent dans le paradigme positiviste. Selon Loiselle (2007) et Fortin (2010), le paradigme guide la recherche à travers des postulats philosophiques, autrement dit des théories jamais remises en cause. C'est un modèle sur lequel les auteurs se reposent pour structurer leur recherche. Fortin explique que le paradigme naturaliste, associé aux recherches qualitatives, « part du principe que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps » (Fortin, 2010, p.25). A l'inverse, le paradigme positiviste « suppose qu'il existe une réalité objective indépendante de l'observation humaine, mais que cette réalité ne peut être connue qu'imparfaitement » (Fortin, 2010, p. 25). Deux études sur six ne proviennent pas de la discipline infirmière, mais médicale. Elles ont tout de même été sélectionnées, car elles apportaient des compléments intéressants à réponse de la question de recherche.

6.2. Collecte des données

La rédaction de cette revue de la littérature nécessitait de s'assurer de la faisabilité de la recherche. C'est pourquoi, une première recension des publications scientifiques infirmières concernant le syndrome de sevrage alcoolique a été effectuée sur plusieurs bases de données. Pour étoffer la diversité des sources, d'autres informations ont été consultées, comme des livres et sites internet.

La lecture minutieuse des articles retenus a permis d'établir la question de recherche, à savoir, l'optimisation de la prévention du SSA et du délirium tremens.

Une fois la problématique mise en évidence et la question établie, la recherche des articles utilisés dans cette revue a débuté par la consultation de diverses bases de données : Scienccdirect, CINHALL complete, cochrane library, Pubmed et BDSPP. Ces bases de données ont été consultées de novembre 2016 à avril 2017.

Les mots français utilisés ont été traduits en anglais par MeSH (Medical Searching Heading). Le tableau ci-dessous présente la liste des mots anglais employés accompagné de leur traduction.

| Anglais MeSH | Français |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Alcohol withdrawal | Sevrage alcoolique |
| Alcohol withdrawal syndrome | Syndrome de sevrage alcoolique |
| Assessment | Evaluation |
| Hospital | Hôpital |
| Hospitalization | Hospitalisation |
| Interventions | Interventions |
| Adulthood | Âge adulte |
| Nursing | Soins infirmiers |
| Stategies | Stratégies |
| Best practices | Pratiques exemplaires |

Le tableau suivant explique le nombre d'études trouvées sur la base de données, les mots-clés employés, le nombre d'études retenues pour la revue de la littérature et le numéro de l'étude. Parmi toutes les recherches scientifiques, seulement six ont été sélectionnées pour l'analyse.

| Base de données | Mots-clés et opérateurs booléens | Nombre d'études trouvées | Nombre d'études retenues | N° d'étude |
|-----------------|--|--------------------------|--------------------------|------------|
| CIN-HAL | Alcohol withdrawal AND alcohol withdrawal syndrome AND delirium tremens AND assessment | 13 | 1 | 1 |
| CIN-HAL | Prevention AND alcohol AND delirium AND Nursing | 95 | 2 | 2, 4 |
| CIN-HAL | Alcohol withdrawal AND alcohol withdrawal syndrome AND intervention | 79 | 1 | 3 |
| PUB-MED | Prevention AND alcohol AND delirium AND Nursing Research | 227 | 3 | 2, 3, 4 |
| CIN-HAL | Alcohol withdrawal AND interventions or strategies or best practices | 219 | 2 | 5, 6 |



6.3. Sélection des données

Il était nécessaire d'établir des critères d'inclusion et d'exclusion concernant les articles trouvés sur les bases de données, dans le but de faire une sélection pertinente et de restreindre le choix des études.

Ce tableau expose les critères d'inclusion et d'exclusion définis pour la sélection des données.

| | Critères d'inclusion | Critères d'exclusion |
|------------------------|---|--|
| Date de l'étude | 2011 à aujourd'hui | Parution de l'article avant 2011 |
| Contexte | Hospitalisation stationnaire en service somatique | Patients consultants en ambulatoire, services psychiatriques |
| Population | Hommes et femmes alcooliques d'âge adulte | Patients de moins de 18 ans |
| Pathologie | Sevrage alcoolique et délirium tremens | |

6.4. Analyse des données

La crédibilité des études a été analysée grâce au tableau de niveau de preuve ci-après décrit par Stetler et al. (Loiselle, 2007, p.463).

| Niveau | Type d'études |
|---------------|-----------------------------------|
| I | Méta-analyses |
| II | Expérimentales |
| III | Quasi-expérimentales, cas-témoins |
| IV | Non-Expérimentales |
| V | Projets d'amélioration, rapports |
| VI | Recommandations |

Cette revue de la littérature respecte les considérations éthiques. Les sources sont référencées selon les normes APA 6. Parmi les études sélectionnées, cinq ont été approuvées par un comité d'éthique. Pour une des publications, il n'a pas été nécessaire, selon le comité, de l'approuver, car elle concernait une simple évaluation des services de soins. Pour la plupart des études, un consentement éclairé des patients ou de la famille a été obtenu par les chercheurs et l'anonymat a été respecté pour chacune d'entre elles.

L'analyse des données s'est déroulée principalement sous forme de tableau de recension. Il est composé de plusieurs sections, telles que : le type d'étude ou devis, le paradigme, le niveau de preuve, l'échantillon, l'échantillonnage, les critères d'inclusion et d'exclusion, le but et la question de recherche, le cadre théorique, les hypothèses, les variables, la méthode de collecte de données, la méthode d'analyse, le logiciel statistique, les résultats et la conclusion et les forces et faiblesses de l'étude. Chaque étude est décrite selon ce principe proposé par Loiselle (2007, p. 146) et se trouve en annexe.

| N | Titre | Auteurs | Date | Niveau de preuve | Base de données |
|----------|--|---|-------------|-------------------------|--|
| 1 | Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures | Dong Wook K., Hyun Kyung K., Eun-kee B., So-Hee P., Kwang Ki K. | 2015 | IV | Cinhal |
| 2 | Outcomes after implementation of an alcohol withdrawal protocol at a single institution | Davis W., Eberly M.E., Lockwood A., Lockwood S. | 2016 | III | Cinhal Pubmed |
| 3 | A systematic nurse-led approach to withdrawal risk screening, prevention and treatment among inpatients with an alcohol use disorder in an ear, nose, throat and jaw surgery department – A formative evaluation | Leuerberger D, Fierz K., Hinck A., Bodmer D, Hase-mann W. | 2016 | V | Cinhal Scien- cedirect pubmed |
| 4 | Prospective Validation Study of the Prediction of alcohol withdrawal severity scale (PAWSS) in medically ill inpatients : a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome | Das S., Frenklach A., Hills-Evans K., Lolak S., Maldonado J., Neri E., Sher Y., Talley R. | 2015 | II | Cinhal Pubmed |
| 5 | Alcohol withdrawal prevention : a randomized evaluation of lorazepam and ethanol – a pilot study | Fullwood J., Mostaghimi Z., Granger C., Washam J., Bride W, Zaho Y, Granger B. | 2013 | II | Cinhal |
| 6 | Assessment and management of alcohol-related admissions to UK intensive care units | McPeake J., Bateson M., O'Neill A., Kinsella J. | 2013 | V | Cinhal |

7. Résultats

7.1. Description de l'étude 1

Dong Wook, K., Eun-Kee B., Hyun Kyung, K., Kwang Ki, K., So-Hee, P. (2015). Clinical Predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *American Journal of Emergency Medicine*, 33. 701-704.
doi. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2015.02.030>

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive corrélationnelle. Elle traite principalement du délirium tremens (DT), la complication la plus sévère du syndrome de sevrage alcoolique. Il est caractérisé par une fluctuation de troubles de la conscience et des changements cognitifs durant la journée. Il existe une mortalité non négligeable causée par le délirium tremens due à une hyperthermie, une arythmie cardiaque, des crises convulsives ou des maladies concomitantes. Elle a été menée par une équipe de médecins en Corée.

Cette étude consiste à identifier les prédicteurs du délirium tremens. Les patients se présentant aux urgences dans quatre hôpitaux de référence tertiaire de janvier 2013 à octobre 2014 ont été inclus dans la recherche. Les participants ne devaient pas avoir d'autres maladies, telles que des troubles électrolytiques, une hypoglycémie, un traumatisme crânien, un accident ischémique ou hémorragique, une insuffisance rénale, un diagnostic d'épilepsie et des antécédents de délirium tremens. Dès la première évaluation, les patients ont reçu un complément vitaminique de type thiamine par intraveineuse. Un traitement de benzodiazépines a été administré selon les besoins des patients. Ils furent hospitalisés dans le service de soins intensifs, monitorés et attentivement observés durant 48 heures. Les personnes qui ne sont pas restées à l'hôpital durant le temps imparti furent exclues de l'étude. Après l'évaluation de tous ces critères, l'échantillon se montait à 97 patients, dont 82 hommes.

Avant le début du traitement, les chercheurs ont effectué une ponction veineuse le plus rapidement possible à chaque patient. Les examens de laboratoire étaient composés d'une formule sanguine complète, un contrôle de la fonction hépatique et rénale, un dosage du cholestérol (LDL), de l'homocystéine, des folates, de la vitamine B12 et de la pyridoxine. Deux groupes ont été distincts : un groupe composé des participants ayant développé un délirium tremens et un groupe n'ayant pas rencontré de complication.

7.1.1. Validité méthodologique de l'étude 1

L'échantillonnage est de type aléatoire. En effet, les chercheurs ont inclus dans leur étude tous les patients qui se sont présentés à l'hôpital. L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale. En effet, il est principalement composé d'hommes (82/97) et n'est donc pas assez important. De plus, le recrutement des patients s'est déroulé dans 4 hôpitaux de référence tertiaire.

La négligence de la mesure des paramètres vitaux et de la concentration sanguine en thiamine en début d'hospitalisation est une autre limite de cette étude.

Finalement, les résultats ont été analysés uniquement par les chercheurs afin de poser le diagnostic de délirium tremens. Ils n'étaient pas totalement à l'aveugle lorsqu'ils ont classé les patients dans les deux différents groupes. Il y a également un biais de l'expérimentateur, car les chercheurs ont pu être influencés par leurs attentes.

Un comité d'éthique a approuvé cette étude et les chercheurs ont obtenu le consentement des participants et de leurs proches.

Plusieurs tests statistiques ont été utilisés afin d'analyser les résultats : le Student t-test (comparaison des moyennes) pour les variables continues et le test χ^2 (indépendance entre deux variables) pour les variables aléatoires.

Les auteurs ont fait usage du coefficient de corrélation de Pearson. Celui-ci a pour but d'identifier s'il y a une relation linéaire entre les variables quantitatives.

Les auteurs ont renforcé leurs résultats en s'appuyant sur d'autres études.

7.1.2. Pertinence clinique de l'étude 1

Dans un échantillon de base de 113 personnes, seulement 97 patients ont été retenus pour l'étude (82 hommes et 15 femmes). La moyenne d'âge se trouve entre 26 et 84 ans. La proportion de patients ayant développé un délirium tremens est de 35,1%, contre 65,%. Les résultats de cette recherche ont montré qu'un taux élevé d'homocystéine et une thrombocytopénie sont des facteurs de risque indépendants pour le développement d'un délirium tremens. Il a été prouvé que plusieurs marqueurs étaient associés à un développement antérieur du DT, tels qu'un déficit en plaquettes, une hypokaliémie et une augmentation de l'homocystéine. Celle-ci intervient dans le métabolisme des folates et de la vitamine B12. L'hyperhomocystéinémie serait causée par une hyperstimulation d'hormones, qui elles-mêmes excitent des acides aminés, tels que l'homocystéine. De plus, un déficit en pyridoxine, qui fait partie du groupe des vitamines B6, pourrait être associé au DT.

7.1.3. Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 1

Cette étude montre l'importance d'une haute surveillance des patients hospitalisés pour un sevrage alcoolique souffrant d'hyperhomocystéinémie et de thrombocytopenie. L'apparition d'un délirium tremens pourrait être évité et pris en charge de manière plus efficace, grâce à des tests de laboratoire précoces. De plus, les complications et la mortalité en lien avec le sevrage alcoolique compliqué pourraient être diminuées.

En Valais, une ponction veineuse est effectuée à l'admission du patient, mais l'homocystéine ne fait pas partie des tests usuels. Il se pourrait que ce test puisse identifier d'avantage les patients à risque.

7.2. Description de l'étude 2

Davis, W., Eberly, M.E., Lockwood, A., Lockwood, S. (2016). Outcomes after implementation of an alcohol withdrawal protocol at a single institution. *Hosp Pharm*, Vol. 51, 752-758. doi. 10.1310/hpj5109-752

Le devis de cette publication est quantitatif. C'est une étude de cas-témoin. Elle a été menée aux USA par une équipe pluridisciplinaire, composée de médecins, pharmaciens et infirmiers. La recherche s'est déroulée de février 2013 à mai 2013 pour le groupe pré-interventionnel et de novembre 2014 à mai 2015 pour le groupe ayant reçu le nouveau protocole.

Les chercheurs ont utilisé un échantillonnage de type probabiliste. Ils ont eu recours au système « Veterans Health Information System ans Technology Architecture (VISTA) » afin d'identifier les patients qui feront partie de l'étude. 274 personnes ont rempli les critères d'inclusion. Ceux-ci étant d'être admis dans l'institution de soins et d'avoir reçu au moins une dose de benzodiazépines pour le sevrage alcoolique. Les patients âgés de plus de 89 ans et ayant reçu un traitement de benzodiazépines pour une autre raison que le sevrage alcoolique sont exclus de la recherche. Deux groupes ont été formés : un groupe pré-protocole (79 patients) et un groupe post-protocole (95 patients). Les caractéristiques des patients des deux groupes étaient similaires.

Les infirmières se sont servies de l'échelle d'évaluation du syndrome de sevrage « Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised scal (CIWA-ar) ». Cet outil permet de repérer les signes de sevrage grâce à 10 items : nausée et vomissement, tremblements, transpiration, anxiété, agitation, céphalées, orientation et hallucinations visuelles, tactiles et auditives. Selon le score obtenu, l'infirmière avait une ordonnance médicale pour l'administration de benzodiazépines (diazépam). De 0 à 7 points, il suffisait de répéter l'évaluation CIWA-ar aux 4h durant 24h, puis de les espacer aux 12h pendant 72h et, finalement, de les effectuer de manière aléatoire. Aucun traitement

n'était donné à ce stade du sevrage alcoolique. De 8 à 15 points, l'infirmière administrait un comprimé de diazépam 5mg per os et réévaluait l'effet du traitement une heure après. Si le patient requérait plus de deux comprimés, l'infirmière devait faire appel au médecin. Pour un score de plus de 15 points, caractérisant un syndrome de sevrage sévère, l'infirmière donnait 10mg de diazépam et réévaluait l'heure suivante. Si aucun changement n'était apparu dans l'heure, l'infirmière en informait le médecin.

7.2.1. Validité méthodologique de l'étude 2

Les chercheurs estiment qu'il serait intéressant de poursuivre les recherches à ce sujet en utilisant un échantillon plus important, afin de prouver un changement au niveau des complications (crise convulsive et délirium tremens). En effet, l'échantillon employé dans cette étude ne peut pas être généralisé à toute la population. Les participants étaient des vétérans et donc principalement des hommes. Les auteurs n'ont pas pris en compte les comorbidités et les traitements habituels des personnes présentes dans l'échantillon, ce qui peut avoir un impact sur le score de CIWA-ar. Ce type de protocole ne peut pas être mis en place dans toutes les institutions, car les infirmières doivent être formées avant de pouvoir évaluer les symptômes de sevrage alcoolique. Cette étude n'a montré les bénéfices que d'une seule sorte de benzodiazépines : le diazépam. C'est pourquoi, les résultats ne peuvent être généralisés.

Les auteurs se sont appuyés sur deux tests pour évaluer leurs résultats : le student's T-test et le test Khi-carré. Ils ont également eu recours à d'autres résultats d'études afin de renforcer leur recherche.

Cette étude a été examinée par le comité d'évaluation institutionnel et le comité de recherche et de développement.

7.2.2. Pertinence clinique de l'étude 2

Les résultats de cette étude ont montré une diminution importante du dosage quotidien de benzodiazépines administré aux patients présents dans le groupe post-protocole. En effet, ils recevaient une moyenne de 5,36mg de diazépam contre 12,05mg dans le groupe pré-interventionnel. De plus, la dose cumulée de benzodiazépines durant l'hospitalisation est de 35mg pour le groupe ayant reçu le nouveau protocole et de 77,57mg pour les patients n'ayant pas reçu le nouveau protocole.

Les résultats de cette recherche n'ont pas montré de différence significative dans la durée de l'hospitalisation entre les deux groupes (6,44 jours pour le groupe pré-protocole et 6.53 jours pour le groupe post-protocole). La durée du traitement de benzodiazépines a été de 2,21 jours pour le groupe post-interventionnel et de 4,70 jours pour le groupe pré-interventionnel.

Les auteurs n'ont pas prouvé de diminution au niveau des complications du SSA. Dans le groupe pré-protocole, ils ont recensé trois crises convulsives et deux épisodes de délirium tremens. Dans le groupe post-protocole, quatre crises convulsives et un délirium tremens ont été documentés.

7.2.3. Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 2

Cette étude montre l'importance de la mise en place d'un protocole d'administration de benzodiazépines en fonction des symptômes. Grâce à une personnalisation du traitement et une utilisation rigoureuse de l'échelle d'évaluation CIWA-ar, il y a une diminution notable du dosage et de la durée de traitement aux benzodiazépines. Selon les auteurs, cliniquement, ces résultats sont probants, car un traitement prolongé peut provoquer des chutes, un risque de sédation trop intense et une dépression respiratoire. De plus, les patients seraient plus à même de suivre leur traitement en ambulatoire et de participer à des activités physiques, ce qui réduirait le risque d'accident thromboembolique. Un sevrage alcoolique sous contrôle permet à l'équipe soignante de se focaliser sur les comorbidités associées à l'hospitalisation du patient.

Pour le Valais, cette étude est pertinente. En effet, les institutions régionales ont recours aux benzodiazépines (Seresta®) pour prévenir le SSA. Mettre l'accent sur une surveillance accrue avec l'échelle de CIWA-ar permettrait une diminution des doses de médicaments administrés et de la durée du traitement.

7.3. Description de l'étude 3

Bodmer, D., Fierz K., Hasemann, W., Hinck, A., Leuenberger, D.L. (2016). A systematic nurse-led approach to withdrawal risk screening, prevention and treatment among inpatients with an alcohol use disorder in a ear, nose, throat and jaw surgery department – a formative evaluation. *Applied Nursing Research*, 33. 155-163. doi. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.013>

Le devis de cette étude est quantitatif. C'est une recherche rétrospective qui s'est déroulée dans un service de chirurgie spécialisé dans la sphère oto-rhino-laryngée dans un hôpital universitaire suisse. En Suisse, environ 10% de la population présente une consommation d'alcool quotidienne. L'abus d'alcool est un facteur de risque pour le développement d'un cancer. 30 à 60% des patients souffrant de carcinome du nez, de l'oreille, de la gorge ou de la mâchoire sont des personnes alcoolodépendantes. En raison de la durée de la chirurgie, les patients ont un risque plus élevé de complications et surtout de syndrome de sevrage alcoolique, ce qui impliquerait une augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité.

Le but de cette étude est premièrement de décrire le processus d'admission du patient en lien avec la mise en place d'un algorithme et deuxièmement d'évaluer la compliance des infirmières face à cette implémentation.

L'algorithme, conçu en cinq étapes, a pour objectif de dépister, de prévenir et de traiter le syndrome de sevrage alcoolique et le délirium tremens. Durant la première étape, les infirmières font l'anamnèse des patients et planifient une hospitalisation de plus de 72h en attendant la chirurgie. La deuxième phase consiste à évaluer le risque de développer un SSA ou un délirium tremens. Les patients ne faisant pas partie des personnes à risque ne sont plus suivis à partir de ce moment-là. L'étape trois débute lorsque l'infirmière considère un patient à risque de sevrage compliqué. Elle demandera une substitution de benzodiazépines qui commencera le premier jour post-opératoire. Les patients refusant le traitement médicamenteux sont autorisés à consommer durant leur hospitalisation. La quatrième étape est caractérisée par l'évaluation régulière des symptômes de sevrage à l'aide de l'échelle de CIWA-ar (3x/24h). Selon le score obtenu, l'infirmière peut administrer une réserve de benzodiazépines. Finalement, la réduction de la dose médicamenteuse marque la cinquième étape de l'algorithme.

De septembre 2013 à septembre 2014, 1073 patients ont été hospitalisés dans le service et seulement 87 ont été retenus pour participer à cette recherche. Ils devaient être âgés de plus de 18 ans, souffrant d'un carcinome du nez, de l'oreille, de la gorge ou de la mâchoire et hospitalisés pour une durée de 72h après la chirurgie.

7.3.1. Validité méthodologique de l'étude 3

L'échantillon utilisé dans cette recherche n'est pas représentatif. Selon les auteurs, le nombre de participants n'est pas suffisant pour généraliser les résultats obtenus. L'échantillonnage est de type probabiliste. Il est possible que des biais ou des confusions soient présents dans cette étude, car aucune randomisation ou aveuglement du chercheur n'ont été effectués. De plus, les auteurs ont dû avoir recours à des données pré-existantes concernant les patients. L'étude étant rétrospective, il est probable que des informations se soient perdues. Pour diminuer certaines faiblesses, les médecins ont contrôlé la documentation des infirmières afin de vérifier les résultats.

Les données ont été analysées selon la significativité, la déviation standard, l'intervalle de confiance (95%) pour les variables à distribution normale, la médiane et l'interquartile pour les valeurs à distribution non-normale. Pour chaque analyse, les auteurs ont utilisé le logiciel statistique IBM SPSS Statistics 22.0. La validité de cette étude est prouvée par la valeur P qui est inférieure à 0.0001.

Les auteurs ont effectué une comparaison de leurs résultats avec la littérature internationale et cela a montré une analogie.

Le comité d'éthique du nord-ouest de la Suisse a approuvé cette étude.

7.3.2. Pertinence clinique de l'étude 3

1073 patients ont été hospitalisés durant la période de septembre 2013 à septembre 2014. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de retenir 87 patients. Suite à la récolte de données effectuée par les infirmières, les chercheurs ont formé 4 groupes de patients : (1) Patients avec un faible risque de syndrome de sevrage et avec une consommation quotidienne d'alcool inférieure à 25gr. (2) Patients avec un risque de syndrome de sevrage alcoolique et de délirium tremens avec une consommation quotidienne d'alcool supérieure à 25gr. (3) Patients avec informations manquantes. (4) Patients non évalués par les infirmières.

Les patients du groupe 1 n'ont pas reçu de traitement d'office de benzodiazépines en raison du faible risque de SSA. 9 patients du groupe 2 ont reçu un traitement de benzodiazépines, 5 l'ont refusé et 1 a reçu de faibles doses. La médication maximale par jour se monte à 4mg avec 2,5mg de réserve. 4 patients sur 9 ont montré des signes de SSA. Un des 5 patients qui avait refusé le traitement a développé un SSA et a été autorisé à consommer. Dans le groupe 4, les médecins ont détecté 6 patients avec une consommation fréquente. La moitié était à risque de développer un SSA ou un DT. 6 patients ont montré des signes de sevrage et ils avaient tous été identifiés lors de l'évaluation. 5 patients ont montré des signes de délirium tremens induit par la médication dans la phase post-opératoire.

Tous les patients à risque ont été identifiés correctement par les infirmières grâce à l'algorithme.

Malheureusement, l'adhérence à l'algorithme ne fut pas concluante : durant l'hospitalisation, les infirmières ont effectué 50% des évaluations CIWA-ar attendues (82% lors du 4^{ème} jour et 25% lors du 10^e jour).

7.3.3. Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 3

Dans cette étude, aucun patient n'a développé de syndrome de sevrage alcoolique, mais quatre ont montré des signes de délirium post-opératoire dus à la médication. Cela prouve la nécessité de prendre en charge le patient dans sa globalité et de ne pas se focaliser sur son abus d'alcool.

Les patients du groupe 4 n'ont pas été détectés à risque par les infirmières, mais les médecins les ont évalués sans le transmettre à l'équipe soignante. Il est donc crucial de renforcer la collaboration interprofessionnelle afin d'optimiser la prise en charge du patient. Les chercheurs n'ont pas pu clairement identifier les raisons pour lesquelles les infirmières n'avaient pas une haute compliance avec l'algorithme. Ils émettent pourtant

quelques hypothèses : une attitude négative, un manque de connaissance, des préoccupations personnelles et peu de compétences cliniques. Ils conseillent donc d'effectuer des compléments de formation afin de maintenir les infirmières dans l'actualité des soins prodigués aux patients alcooliques.

Grâce à l'algorithme, les dosages de benzodiazépines étaient adaptés à chaque patient et étaient suffisant pour prévenir un syndrome de sevrage alcoolique.

Cette étude explique donc qu'une évaluation précoce et une thérapie adaptée potentialise la prévention d'un SSA et d'un délirium.

L'utilisation de cet algorithme en Valais pourrait augmenter l'efficacité la prévention du SSA.

7.4. Description de l'étude 4

Das, S., Frenklach, A., Hills-Evans, K., Lolak, S., Maldonado, J., Neri, E., Sher Y., Talley R. (2015). Prospective Validation Study of the Prediction of alcohol withdrawal severity scale (PAWSS) in medically ill inpatients : a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Medical Council on Alcohol and Oxford University Press*, 50. 509-518. doi. 10.1093/alcalc/agv043

Le devis de cette étude est quantitatif et s'inscrit donc dans le paradigme positiviste. C'est une recherche prospective qui a été menée aux USA et publiée dans le « Medical Council of Alcohol and Oxford University Press ». Son but est de tester et de valider un nouvel outil permettant d'identifier les patients à risque de développer des complications suite à un sevrage alcoolique : « The Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) ». Le score maximal de cette échelle est de 10 points. Un résultat supérieur à 4pts représente un risque élevé de faire un SSA. Ce test contient 10 questions concernant : l'intoxication, la réhabilitation, les antécédents de sevrage alcoolique, les potentiels oublis dus à l'alcool (« Blackout »), les antécédents de SSA et de DT, l'association d'alcool avec d'autres médicaments ou substances, l'alcoolémie du patient et leur signes vitaux.

Les patients ont été identifiés grâce au registre journalier d'hospitalisation. Les chercheurs ont établis les critères d'inclusion suivants : être âgé d'au moins 18 ans, être capable de s'exprimer en anglais et désirer participer à l'étude. Les patients étaient exclus de la recherche s'ils devaient rentrer à domicile dans les jours suivants, s'ils étaient instables, s'ils souffraient de syndrome de sevrage actif, s'ils étaient sédatisés ou souffrant de troubles cognitifs. 409 patients ont rempli les critères d'inclusion, mais seulement 403 participants ont été sélectionnés (6 évaluations PAWSS étaient invalides).

La collecte de données s'est déroulée sur trois jours. Le premier jour, un membre de l'équipe de recherche a informé les patients sur les conditions de l'étude et a effectué le test de PAWSS et ce, sans connaître les antécédents du patient. Durant les trois jours, les infirmières ont exécuté des tests de CIWA-ar aux 8h et un chercheur procédait deux fois par jour à l'évaluation de la situation grâce à l' « Alcohol Withdrawal Severity Scale ».

7.4.1. Validité méthodologique de l'étude 4

L'échantillonnage employé dans cette étude est de type probabiliste. Les chercheurs ont utilisé le registre journalier d'hospitalisation, afin de repérer les patients qui pourraient participer à la recherche. Malgré un échantillon de taille importante, les chercheurs expliquent qu'il est difficile de généraliser les résultats obtenus. En effet, le nombre de patients à risque de développer un SSA est bas et donc peu représentatif. De plus, les participants étaient hospitalisés dans un service de médecine générale. Quelques patients de l'échantillon souffraient de pathologie traumatique ou chirurgicale, mais ne représentaient pas la majorité. Les auteurs préconisent donc de réitérer une étude de ce genre avec un échantillon plus grand et dans des services spécifiques tels que les urgences, les services de chirurgie, les services de soins intensifs, les services de psychiatrie et les centres de désintoxication.

Une des limites de cette recherche est que certains patients ont été évalués à risque de complications lors de leur admission et ont reçu un traitement prophylactique. Ils n'ont donc pas pu expérimenter la totalité du test de PAWSS.

L'analyse statistique s'est appuyée sur plusieurs outils précis. Les Z-ratios ont été calculés pour tester les différences entre les patients du groupe A et du groupe B et le T-test pour les différences entre les moyennes. Deux membres de l'équipe de recherche ont effectué leurs évaluations en étant totalement aveuglés par les antécédents des patients et par les résultats de chacun.

Les auteurs ont eu recours aux coefficients de Cohen's Kappa et de Lin's concordance, au « receiver operating characteristic (ROC) » et au « Quality Receiver Operating Characteristic (QROC) ». Les valeurs obtenues ont été vérifiées grâce au modèle de régression logistique.

Cette recherche a été approuvée par le comité d'examen institutionnel et les chercheurs ont obtenu le consentement des patients.

Les chercheurs ont comparé leurs résultats avec ceux d'autres études.

7.4.2. Pertinence clinique de l'étude 4

Sur les 403 personnes présentes dans l'étude, 374 (groupe A) ont obtenu un résultat inférieur à 4 dans le test de PAWSS, ce qui implique qu'elles n'étaient pas à risque de

complication de sevrage alcoolique. Parmi ces patients, deux cas ont développé des symptômes de sevrage et ont dû recevoir un complément médicamenteux. Ils n'ont pas souffert de crise convulsive. Les chercheurs les ont identifiés comme « faux négatif ». Après réévaluation des résultats, ils ont appris que les patients n'avaient pas répondu honnêtement au test de PAWSS et ont omis certaines informations.

Dans le groupe B, 29 patients avaient un score supérieur à 4. Deux personnes n'ont pas expérimenté de syndrome de sevrage. Il y a donc deux « faux positifs ».

Les analyses ROC et QROC ont montré qu'un PAWSS de 4 est la limite pour avoir des caractéristiques psychométriques optimales. Ce résultat est également prouvé par le coefficient de Cohen's Kappa. Le modèle de régression logistique a montré qu'un PAWSS = 4 représente 50% de chance de faire un SSA, alors qu'un PAWSS = 3 montre 13,9% et un PAWSS = 5, 83,3%

7.4.3. Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 4

Les résultats de cette publication montrent que le test PAWSS est utile pour prédire les complications d'un sevrage alcoolique chez les patients hospitalisés en milieu somatique. Ce test permettrait d'identifier les patients à risque de SSA et aiderait les équipes médicales et soignantes à adopter la meilleure approche. Elles pourraient mettre en place un traitement prophylactique et donc diminuer les comorbidités associées : dommages neurologiques, perte de mémoire et récurrences de SSA.

Cette étude prouve qu'il est plus important de prévenir les complications que de débiter un traitement lors de l'apparition des symptômes.

Afin d'augmenter la prévention du SSA en Valais, il pourrait être intéressant de mettre en place l'échelle PAWSS qui n'est pas du tout utilisée dans les hôpitaux.

7.5. Description de l'étude 5

Bride, W., Fullwood, J., Granger, B., Granger, C., Mostaghimi, Z., Washam, J., Zaho, Y. (2013). Alcohol Withdrawal Prevention : A randomized Evaluation of lorazepam and ethanol – A pilot study, *American Journal of critical care*, Vol. 22, N°5, 398-406. doi. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013283>

Cette recherche, publiée en 2013, a été menée aux USA par une équipe majoritairement composée d'infirmières. C'est une étude pilote prospective, randomisée et contrôlée. Son but est d'évaluer la sécurité de deux stratégies de prévention du SSA et de ses complications chez les patients souffrant d'infarctus du myocarde (IDM) et d'angine de poitrine. Les auteurs ont choisi cette population, car une hospitalisation pour un IDM oblige le patient à cesser sa consommation et peut entraîner un syndrome de sevrage.

De plus, 24% des patients développent un délirium tremens, 56% souffrent de complications sévères (fibrillation ventriculaire, extubation, encéphalopathie, hémorragie gastro-intestinale, prolongation de l'hospitalisation, etc.) et le taux de mortalité se monte à 11%.

57 patients admis en service de soins intensifs de cardiologie ont été choisis pour participer à cette étude. La procédure de dépistage s'est déroulée en deux étapes. Durant la première, les infirmières ont évalué la consommation quotidienne d'alcool du patient. Deuxièmement, si celle-ci était supérieure ou égale à 3 verres, l'équipe procédait au questionnaire CAGE (« cut down, annoyed, guilty, eye-opener »). Ce test s'appuie sur quatre questions en lien avec le sentiment de culpabilité, l'envie de diminuer la consommation, le besoin de boire et le désagrément de l'entourage (1pt par question). Si le patient obtenait un score de 2 ou plus, il était invité à participer à l'étude. Les patients étaient exclus de l'étude s'ils avaient eu une expérience de réaction allergique aux benzodiazépines ou en cas de grossesse.

Deux groupes ont été créés afin de tester les deux stratégies. La randomisation s'est faite de manière informatique et à l'aide d'enveloppes scellées contenant l'assignation du groupe.

La première stratégie consistait à administrer 2mg de lorazépam en intraveineuse toutes les 6h. Si le patient présentait des symptômes de sevrage, les infirmières injectaient 2mg supplémentaires chaque 30min jusqu'à la sédation du patient. Cette sédation était évaluée selon l'échelle de Ramsey (score permettant d'évaluer le degré de sédation : 1. Anxieux, 2. Coopérant, calme, 3. Répond aux ordres, 4. Endormi, mais réaction au bruit, 5. Endormi, mais réponse faible à la stimulation, 6. Aucune réponse à un stimulus douloureux). Puis, la dose de benzodiazépines était maintenue à 2mg toutes les 4h. Le deuxième groupe se voyait recevoir 50% de la quantité d'alcool quotidienne par voie orale ou parentérale. Le choix du type d'alcool dépendait des habitudes de chaque patient. De plus, ils recevaient 2mg de lorazepam chaque 12h. Si les symptômes apparaissaient, les infirmières augmentaient la dose d'alcool jusqu'à 100% et au besoin le lorazepam également. Les patients de ce groupe étaient également surveillés grâce à l'échelle de Ramsey.

7.5.1. Validité méthodologique de l'étude 5

L'échantillonnage de cette étude est de type probabiliste. Les auteurs ont effectué une première sélection en choisissant tous les patients admis dans le service de soins intensifs de cardiologie. 57 patients ont été invités à participer à cette recherche selon les critères d'inclusion et d'exclusion. L'échantillon n'est pas représentatif de la population

en raison de son faible nombre. De plus, la majorité des patients sont des hommes caucasiens. Un patient est décédé durant l'étude : les chercheurs ont attribué la perte de ce participant à une complication due à l'infarctus et non pas à une complication du sevrage alcoolique. Les auteurs ont obtenu le consentement des patients ou de leurs proches pour la participation à cette recherche. Elle a été approuvée par le comité d'examen institutionnel.

Concernant l'analyse statistique, plusieurs tests ont été effectués pour analyser les résultats. Les variables démographiques sont analysées à partir de statistiques descriptives. Les variables continues sont exprimées en percentiles (moyenne et médiane) et les variables discrètes en pourcentage. Pour la comparaison des variables continues, le test de Wilcoxon a été réalisé. Le test χ^2 a été employé pour analyser les variables discrètes. Les premiers résultats ont été examinés selon le test de Fisher. La comparaison statistique s'est appuyée sur un alpha de cronbach de 0,05.

Les auteurs ont utilisé d'autres recherches pour interpréter et confirmer leurs résultats. La randomisation de cette étude s'est effectuée de manière anonyme et à l'aide d'enveloppes scellées.

Une des limitations principales expliquées par les chercheurs est la question éthique. En effet, certaines infirmières et médecins étaient en désaccord avec la stratégie de combiner de l'alcool et des benzodiazépines.

7.5.2. Pertinence clinique de l'étude 5

Dans cette étude, 57 patients représentent l'échantillon. La moyenne d'âge est de 53 ans avec une déviation standard de 12,4 ans. La plupart des participants sont des hommes ($n=53$, 93%) et sont des caucasiens ($n=37$, 65%). Pour la majorité, le diagnostic principal est l'infarctus du myocarde. 76% de tous les participants ($n=15$) ont des antécédents de sevrage alcoolique. Concernant la répartition en deux groupes, les données démographiques ont été distribuées de façon similaire. Les paramètres vitaux et résultats de laboratoire (pulsation, pression artérielle, fréquence respiratoire, température corporelle, facteurs de coagulation, albumine et alcoolémie) ne sont significativement pas différents entre le groupe « lorazépam » et le groupe « Ethanol/Lorazépam ».

Les résultats de cette recherche ne montrent pas de différence significative au niveau de l'incidence et de la fréquence des complications dues au sevrage ($p=0,56$). Lors de la comparaison des complications, les auteurs n'ont pas trouvé de disparité entre les deux stratégies de prévention ($p=0,75$). De plus, la moyenne des jours d'hospitalisation diverge d'un jour entre les deux groupes, ce qui ne montre également pas de différence significative ($p=0,32$).

Grâce à ces résultats, les chercheurs insinuent que cette comparaison de deux stratégies de prévention de complications du sevrage alcoolique est sécuritaire et réalisable.

7.5.3. Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 5

Malgré l'avancée médicale, les risques associés à un sevrage alcooliques sont toujours présents et sont dangereux pour les patients souffrants de pathologies sévères. Ces risques peuvent être une augmentation de la durée de ventilation mécanique, une infection, un choc septique et une augmentation des coûts. Comme expliqué dans la problématique, 4,2 milliards de francs par année sont consacrés à l'alcool, dont 613 millions pour son traitement. 17'000 patients ont été hospitalisés en 2012 pour une prise en charge de sevrage alcoolique (<http://www.bag.admin.ch/org/?lang=fr>, 2016).

De plus, cette étude montre qu'une collaboration étroite entre l'équipe d'infirmière, de médecins, de travailleurs sociaux et de pharmaciens potentialise la prévention du SSA et du DT. Une stabilisation de la situation de santé du patient permet un plus prompt transfert dans une unité spécialisée, qui promeut des soins centrés sur la personne et à long terme. En Valais, l'institution qui assure la continuité du sevrage alcoolique est la Villa Flora, localisée à Sierre. Une des conditions de cette institution est que le patient doit être stable concernant son sevrage et ne pas être à risque de développer des complications (<https://www.villaflorasierre.ch/>, 2017).

7.6. Description de l'étude 6

Bateson, M., Kinsella, J., McPeake, J., O'Neill, A. (2013). Assessment and management of alcohol-related admissions to UK intensive care units. *Nursing in Critical Care, Vol. 18, N°4*, 187-191. doi. 10.1111/nicc.12006

Cette étude s'est déroulée en Angleterre. Elle est de type quantitatif. C'est une recherche pilote qui a pour but d'examiner l'utilisation d'outils d'évaluation de l'alcoolisme et du syndrome de sevrage alcoolique dans les services de soins intensifs.

Les chercheurs ont envoyé une invitation de participation à 248 responsables d'unité de soins intensifs en Irlande du Nord, dans le Pays de Galles, en Ecosse et en Angleterre. Ceux-ci devaient compléter un questionnaire informatique comportant 9 questions, dont deux concernant l'admission de patients alcoolodépendants. Les 7 autres questions ne sont pas abordées dans cette étude. Les personnes responsables de deux unités de soins devaient répondre à deux questionnaires différents. Chaque participant a reçu un email contenant le résumé de l'étude et un lien du site internet contenant le sondage. Chaque question a été développée et testée selon une étude pilote.

7.6.1. Validité méthodologique de l'étude 6

L'échantillonnage utilisé dans cette recherche est de type aléatoire simple. Selon les chercheurs, l'échantillon choisi pour cette étude est représentatif de la population générale. Celui-ci a été calculé à l'avance, mais le taux de participation des personnes sélectionnées n'est pas satisfaisant. En effet, seulement 41,05% des responsables d'unité de soins intensifs a complété le questionnaire. Les auteurs expliquent tout de même que pour ce type de recherche et de méthodologie le nombre de réponses est convenable. Les auteurs n'ont pas mentionné d'outil de mesure des données. Ils ont uniquement recensé les résultats des questionnaires et les ont interprétés en pourcentage, puis présentés sous forme de diagramme.

Aucun test et logiciel statistique n'a été utilisé. La notion d'intervalle de confiance et la valeur P ne sont pas présentées dans cette étude.

Cette publication est la première dirigée dans les services de soins intensifs en Angleterre. Les auteurs recommandent donc de poursuivre les recherches concernant ce sujet.

Il a été expliqué qu'après discussion avec un membre du comité d'éthique, l'approbation n'a pas été jugée nécessaire.

7.6.2. Pertinence clinique de l'étude 6

Les résultats de cette étude prouvent que l'évaluation de la dépendance alcoolique et du syndrome de sevrage sont insuffisants dans les services de soins intensifs.

En ce qui concerne l'évaluation de la consommation d'alcool, 8% des unités ont recours à l'évaluation CAGE (identification de l'abus et de la dépendance alcoolique à travers 4 items, un point est attribué à chaque réponse positive et un score de 2 ou plus affirme une dépendance). Seulement 1% emploie le FAST (un score de 3 à 8 fait référence à une consommation à risque et un score supérieur détermine une probable dépendance). 67% n'utilise que la consommation quotidienne d'alcool. A noter que 23% des services n'utilise d'aucun moyen d'évaluation.

L'évaluation du syndrome de sevrage par l'échelle de CIWA-ar est appliquée dans 11% des unités, le GMAWS (« The Glasgow Modified Alcohol Withdrawal Scale ») dans 5% et dans 73% des cas aucune évaluation n'est effectuée.

7.6.3. Utilité pour la pratique professionnelle de l'étude 6

De nombreuses conséquences peuvent découler d'une évaluation incomplète de la situation de santé des patients alcooliques hospitalisés : symptômes de sevrage menaçant la vie, convulsions, agitation et délirium, sevrage de ventilation mécanique compliqué et stress supplémentaire pour le patient.

Il est possible que certains obstacles viennent contrecarrer le recours aux outils d'évaluation. Les patients étant sédatisés, il est difficile d'obtenir des informations complètes concernant leur consommation. Les infirmières priorisent d'autres soins et sont hypothétiquement peu formées à l'utilisation de ces échelles.

Les infirmières valaisannes se servent de l'échelle de CIWA-ar qui est mise à disposition sur le dossier « Phoenix » du patient, mais elles n'utilisent pas d'autre moyen d'évaluation.

7.7. Synthèse des principaux résultats

Les études de Dong Wook et al. et de Das et al. ont été menées afin de développer des prédicteurs ou des outils de prédiction de complications du sevrage. Il a été démontré que si les patients à risque sont identifiés rapidement, le taux de mortalité diminue et la durée d'hospitalisation également. De plus, en connaissant les patients à risque, les équipes soignantes et médicales seraient plus à même d'adopter la meilleure approche. Les études de Bodmer et al. et de Bateson et al. reconnaissent qu'un manque de formation spécifique des infirmières peut être à l'origine d'une évaluation insuffisante de la situation de santé des patients. Cette dernière publication explique que si l'évaluation est déficiente lors de l'admission des personnes alcoolodépendantes, il en découlera de nombreuses complications, comme par exemple des symptômes de sevrage, des crises convulsives et le patient ressentirait plus de stress lors de son hospitalisation.

L'étude de Davis et al. admet qu'une personnalisation du traitement est la meilleure prévention pour un syndrome de sevrage alcoolique et un délirium tremens.

Finalement, l'étude de Bride et al. montre qu'un traitement prophylactique permet de réduire les complications potentielles, les frais engendrés et la durée d'hospitalisation.

Toutes les études analysées dans cette revue de la littérature s'accordent sur le fait que la prévention des complications du sevrage alcoolique, i.e. le syndrome de sevrage et le délirium tremens est un point fondamental de la prise en charge d'un patient alcoolique dans un service de soins somatiques. Pour chaque évaluation des patients, un test de CIWA-ar est utilisé et selon le score obtenu, complété avec un traitement de benzodiazépines.

8. Discussion

8.1. Discussion des résultats

En référence à la problématique, la consommation d'alcool des valaisans est supérieure à la moyenne suisse. En 2012, 9.4% des hommes et 5.8% des femmes consomment de

manière chronique. Lorsque cette population est hospitalisée, il en découle une cessation brutale de la consommation, ce qui pourrait engendrer un syndrome de sevrage alcoolique ou un délirium tremens.

Les études analysées dans cette revue de la littérature s'entendent sur le fait que la prévention des complications du sevrage a un réel impact sur la suite de la prise en charge du patient.

Il est conseillé d'évaluer la situation des patients alcoolo-dépendants dès l'admission dans le service. Plusieurs outils sont mis à disposition des équipes de soins, p.ex. l'échelle de CIWA-ar et le questionnaire AUDIT. Parfois, en raison de la charge de travail, ces moyens peuvent être mis de côté au profit de la pathologie du patient.

Des algorithmes spécifiques liés à l'échelle de CIWA-ar ont été testés dans ces publications et ont montré des résultats prometteurs concernant la prévention des complications. Administrer des doses de benzodiazépines en prophylaxie et bénéficier de réserves en fonction des symptômes de sevrage est un moyen sûr de pallier aux complications.

Selon Murdoch et Marsden (2014), une prévention personnalisée du sevrage et une surveillance rapprochée réduiraient considérablement la durée d'hospitalisation et ainsi que les coûts qui en découlent. Les résultats de cette étude menée en Angleterre sont en accord avec ceux relatés dans l'analyse de cette revue de la littérature.

Waring et Lockwood (2014) renforcent ces résultats en expliquant que plus l'évaluation de la situation est rapide et ciblée, plus les complications du sevrage pourraient être évitées.

Durant l'analyse de certaines publications, il a été noté que les membres de l'équipe infirmière pourraient faire face à un manque de connaissance des outils d'évaluation et de la situation dans laquelle se trouve le patient. Ils pourraient également ressentir un malaise face aux patients souffrant de dépendance à l'alcool et faisant l'expérience d'un sevrage. Selon le cadre théorique explicité dans ce travail, Carl Rogers rappelle que la congruence et l'empathie sont deux des sept critères pour une bonne relation thérapeutique. Il est également nécessaire de placer le patient au centre des soins et de situer dans quel stade du modèle de changement il se trouve. Des compléments d'informations et des formations continues pour les infirmières seraient conseillés par les chercheurs. Les quatre méta-paradigmes infirmiers renforcent l'argumentation de la prévention et permettent de répondre à la question de recherche. Pour la personne, une personnalisation du traitement et une réduction des complications seraient deux moyens de diminuer considérablement le stress engendré par le sevrage et par l'hospitalisation et donc d'augmenter le confort du patient. A propos des soins infirmiers, la qualité de la relation thérapeutique et le renforcement des connaissances seraient essentiels pour prodiguer

des soins efficaces. Assurer la continuité de la prise en charge et collaborer de manière interdisciplinaire permettraient de maintenir le patient dans un environnement sain. Finalement, une évaluation complète et précise de la situation dans laquelle se trouve le patient à l'aide d'outils spécialisés raccourcirait la durée d'hospitalisation, les coûts engendrés et augmenterait le sentiment de bien-être du patient.

8.2. Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

La validité méthodologique a été précédemment explicitée pour chaque étude. Cette section se concentrera donc sur la globalité de la crédibilité des évidences.

Toutes les études analysées ont été publiées durant les cinq dernières années et sont quantitatives. Parmi elles, deux écrits scientifiques ne sont pas disciplinaires, elles ont été réalisées par des médecins.

Les études sélectionnées comportent toutes les différentes sections, telles qu'introduction, méthodologie, résultats, discussion et conclusion. Les chercheurs ont présenté les faiblesses de leur publication. Elles comportent toutes des biais.

Concernant l'éthique, les recherches ont été approuvées par un comité d'éthique. Cette approbation n'a pas été nécessaire pour une étude. L'anonymat des participants est respecté dans chaque publication et pour la plupart, les auteurs ont obtenu leur consentement éclairé.

De nombreux tests ont été réalisés pour évaluer la qualité et la crédibilité des évidences. Le test Khi-carré et le student T-test sont les plus fréquemment utilisés. Les intervalles de confiance et les valeurs P sont présentés. Pour quatre études, un logiciel statistique a été utilisé.

Les niveaux de preuve se trouvent entre II et V. Les études n'ont pas été sélectionnées en raison de cette échelle, mais en lien avec le sujet traité et leur capacité à répondre à la question de recherche.

8.3. Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature comporte des limites.

Premièrement, toutes les publications analysées font partie du paradigme positiviste. Toutes les recherches sont quantitatives et ont pour but la recherche de l'objectivité et de la généralisation (Loiselle, 2007, p.16). Il aurait pu être intéressant d'y inclure des études qualitatives afin d'obtenir des données sur le ressenti des patients alcoolodépendants expérimentant des complications du sevrage alcoolique.

Deuxièmement, deux des études sélectionnées ne font pas partie de la discipline infirmière, mais proviennent des sciences médicales.

Troisièmement, une étude a été réalisée en Corée, trois aux Etats-Unis, une en Angleterre et une en Suisse. Les auteurs expliquent que les résultats sont difficilement généralisables en raison, soit d'un échantillon trop petit, soit du nombre d'hommes trop important.

Finalement, pour entrer dans les critères d'inclusion, l'étude devait être de source primaire, c'est pourquoi les revues de la littérature systématiques et les méta-analyses ont été écartées. Ces deux types d'étude ont le plus haut niveau de preuve.

Malgré cela, la considération de deux bases de données au minimum a été respectée. En effet, CINHAL, PubMed, Sciencesdirect, Cochrane Library et BDPS ont été consultées afin de permettre une meilleure sélection des données. Les mots-clés ont été traduits en anglais par MeSH et proviennent directement du cadre théorique dans le but d'en assurer la pertinence.

9. Conclusions

9.1. Propositions pour la pratique

Parmi les rôles autonomes de la profession infirmière, on trouve la prévention. Elle est essentielle à la prise en charge optimale d'un patient hospitalisé dans un service de soins somatiques. Comme défini dans le cadre théorique, la prévention est composée de trois types : primaire, secondaire et tertiaire. La prévention secondaire est pertinente en ce qui concerne le sevrage alcoolique. En effet, elle s'appuie sur le dépistage des symptômes avant que les complications n'apparaissent. La prévention tertiaire est plus adaptée dans les centres de réadaptation.

Ce travail a montré l'importance de reconnaître les situations à risque lors de l'hospitalisation d'un patient alcoolique. Il serait donc intéressant de mettre en place d'autres outils d'évaluation lors de l'admission du patient. En effet, dans les services somatiques de l'Hôpital du Valais, les équipes soignantes utilisent l'échelle CIWA-ar et l'administration de benzodiazépines en fonction du degré des symptômes. Il serait également pertinent de mettre plus de temps à disposition pour une anamnèse d'entrée plus complète. Le fait de connaître l'histoire de vie du patient, les raisons de sa consommation ou des potentielles rechutes est un point crucial pour l'expertise de la situation. Considérer le stade de changement dans lequel le patient se trouve lors de l'hospitalisation permettrait de cibler les actions infirmières et de mener à bien un entretien motivationnel. Comme relaté dans les résultats, une personnalisation du traitement est la meilleure prévention du syndrome de sevrage alcoolique. De plus, la comparaison de plusieurs outils d'évaluation, tels que le questionnaire AUDIT, l'échelle de CIWA-ar, le questionnaire PAWSS

pourrait améliorer l'évaluation des risques de développer des complications dues à la cessation de la consommation.

Afin de prévenir la rechute, les équipes soignantes devraient collaborer d'avantage avec les associations. Addiction Valais est une fondation qui a pour but d'aider les personnes souffrant d'addiction de tout genre (jeux, alcool, nourriture, etc.). Elle dispose de quatre centres de traitement résidentiels permettant la poursuite du sevrage et ayant pour objectif principal une qualité de vie décente : les Foyers des Rives du Rhône situés à Sion et Salvan, La Villa Flora à Sierre et la Via Gampel à Gampel (<http://www.addiction-valais.ch/?page=prestations>).

Addiction Valais dispose d'un référent par hôpital. Son rôle est de se rendre une fois par semaine dans les services de médecine et chirurgie avec le psychiatre de liaison afin d'identifier les patients qui auraient besoin d'un soutien en ambulatoire ou en résidentiel. La Fondation n'a que très peu de contact avec les infirmières des soins somatiques et collaborent, de manière générale, d'avantage avec les infirmières spécialisées en psychiatrie. La collaboration se déroule lorsque l'infirmière somatique rencontre des problèmes avec un patient souffrant de dépendance à l'alcool et demande des conseils. Addiction Valais propose des forums quatre fois par année, mais là encore, les infirmières qui y prennent part travaillent majoritairement en psychiatrie.

D'après le service de médecine de Sierre, les infirmières collaborent avec l'équipe de la Villa Flora lorsque ceux-ci viennent chercher le patient pour le transfert dans leur établissement afin de poursuivre le sevrage. Ils appellent le service dans le but d'obtenir des informations sur le patient. Elles travaillent avec la Fondation Addiction Valais lorsque le patient donne son accord. L'équipe somatique de Sierre ne collabore pas avec les infirmières psychiatriques, car elle n'effectue pas de transfert de patient en service de psychiatrie, si celui-ci ne présente pas d'autres composantes psychiatriques. En effet, une fois que le patient obtient une échelle de CIWA-ar égale à 0, il rentre à domicile où il pourra poursuivre son sevrage en ambulatoire, ou alors, il sera admis de manière stationnaire dans une résidence prévue à cet effet. Cette prise en charge n'est pas entièrement remboursée par l'assurance, le patient doit participer financièrement. C'est donc lui qui prend la décision d'y entrer. Il est possible que le patient sorte de l'hôpital avec un léger dosage de benzodiazépines, mais il est essentiel que le traitement soit revu à la baisse rapidement.

L'Hôpital de Sierre propose un contrat de sevrage hospitalier qui explique précisément les conditions et le déroulement de la prise en charge. Il décrit également les clauses que le patient devra respecter, comme par exemple l'interdiction de consommer d'autres médicaments que ceux prescrits par le médecin et la nécessité d'obtenir l'autorisation

de l'équipe soignante pour descendre à la cafétéria et pour recevoir des visites (Annexe 11.3).

Il se peut également que les patients alcooliques hospitalisés pour un sevrage se retrouvent face aux stigmatisations des infirmières somatiques. Il n'est pas rare que les professionnels de la santé aient des jugements de valeurs envers cette population. En effet, ils leur arrivent de ne pas avoir une confiance totale en leur bénéficiaire de soins. Ce manque de confiance peut être expliqué par les hospitalisations répétées des mêmes patients qui rechutent à plusieurs reprises, même s'il est stipulé que la rechute est la règle et non l'exception. Il est possible que les équipes soignantes se questionnent quant à la greffe hépatique lors de cirrhose. Etant donné que les patients peuvent bénéficier d'une greffe après 6 mois d'abstinence, les infirmières peuvent se poser la question si un patient, qui selon elles, n'a pas mis sa santé en danger, ne mériterait pas plus cette greffe. Ces différentes hypothèses montrent qu'il y a encore une déficience quant à la prise en charge du patient en sevrage alcoolique dans un service de soins somatiques.

9.2. Propositions pour la formation

Durant la formation en soins infirmiers à la HES de Sion, le sujet de l'addiction à l'alcool a été abordé en deuxième année dans le module « Santé mentale 2 et dépendances ». Les trois thèmes développés sont la physiopathologie, psychopathologie et traitements des addictions, la physiopathologie et traitement de l'insuffisance hépatique et des intoxications alcooliques aiguës et chroniques et finalement la prévention, promotion et psychoéducation des addictions (<https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/plan-etude-plein-temps/>). A travers ces cours, les liens entre la consommation d'alcool à risque et chronique et entre les conséquences sont effectués. De plus, des notions de relation thérapeutique, d'entretien motivationnel, de modèle transthéorique du changement sont transmises aux étudiants. Une demi-journée est consacrée à l'alcoolisme et à l'intoxication alcoolique. Durant ces cours magistraux, le sevrage alcoolique n'est que brièvement abordé. En effet, les étudiants n'ont pas l'occasion de découvrir les symptômes et les enjeux liés au sevrage et les complications qui en découlent. En Valais, il serait intéressant d'approfondir ce sujet en raison de la consommation des habitants et du risque accru de prendre en charge un patient alcoolique dans un service de soins somatiques.

La HES-SO Valais/Wallis permet de suivre un Certificate of Advanced Studies (CAS) en psychiatrie à tous les professionnels de la santé et du social. Ce CAS permet d'aborder la psychopathologie, l'étiologie des principaux troubles. Il offre également l'opportunité de se perfectionner dans l'élaboration d'interventions spécifiques, dans la communication avec le patient atteint dans sa santé mentale et dans l'action professionnelle lors

d'une situation de crise. Les professionnels de la santé, tels qu'infirmiers, physiothérapeutes, diététiciens, techniciens en radiologie médicale (TRM), ergothérapeutes et sages-femmes ainsi que les professionnels du social (assistants sociaux et animateurs) qui font face à des situations d'ordre psychiatrique peuvent participer à cette formation post-grade (<https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/autres-formations/formation-continue/cas/clinique/cas-hes-so-en-psychiatrie-1716>).

La Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (fordd) est active depuis 1998. Elle donne l'occasion de se perfectionner dans le domaine des addictions pour tous professionnels de la santé qui se retrouvent confrontés à des situations de patients dépendants. Elle propose un CAS qui s'intéresse particulièrement au travail interprofessionnel, à l'entretien motivationnel et aux compétences propres à la connaissance des addictions et dépendances. Ce CAS s'adresse aux professionnels ayant contact avec des personnes souffrant d'addiction et possédant un diplôme universitaire, HES, Croix-rouge ou un diplôme ESTS (ancien titre correspondant à la formation HES). De plus, les professionnels de la santé et du social peuvent effectuer un Diploma Of Advance Studies (DAS). Cette formation post-grade invite les étudiants à approfondir leurs connaissances et leur réflexivité sur le sujet des addictions. Le public cible est le même que pour le CAS (<http://www.fordd.ch/>).

9.3. Propositions pour la recherche

Cette revue de la littérature ouvre des portes à la recherche. En effet, la problématique a montré un déficit en prévention concernant le syndrome de sevrage alcoolique et l'état confusionnel aigu. Grâce à l'analyse de six études scientifiques, il a été possible de répondre à la question de recherche. En raison du niveau de preuve bas des publications scientifiques, il serait intéressant de développer d'avantage le sujet et d'en approfondir les implications. C'est pourquoi, mener une étude contenant des méta-analyses et des revues systématiques de la littérature apporterait du poids à la pratique infirmière.

De plus, l'Hôpital du Valais utilise l'échelle de CIWA-ar lors de la prise en charge d'un patient alcoolique dans les services de soins somatiques. L'intérêt de mener une étude expérimentale ayant pour but d'implémenter un nouvel outil d'évaluation, comme par exemple l'échelle PAWSS, dans les hôpitaux régionaux pourrait être pertinent afin d'augmenter l'efficacité de la prévention des complications dues au sevrage.

10. Références bibliographiques

- Addiction suisse, dépistage de l'alcoolisme. (2016). Repéré à <http://www.addiction-suisse.ch/faits-et-chiffres/alcool/depistage/>. Accès décembre 2016
- Addiction Valais, (2017). Repéré à <http://www.addiction-valais.ch/?page=prestations>. Accès mai 2017
- American Psychiatric Association, Crocq, M-A., Guelfi, J-D., Boyer, P., Pull C-B., Pull M-C. (2016). *Mini DSM-5, critères diagnostiques*, Edition : Elsevier Masson
- Aide et conseil pour les consommateurs et leur entourage, définition de la consommation dite à risque, (2016). Repéré à <http://www.stop-alcool.ch>. Accès novembre 2016
- Bateson, M., Kinsella, J., McPeake, J. & O'Neill, A. (2013). Assessment and management of alcohol-related admissions to UK intensive care units. *Nursing in Critical Care*, Vol. 18, N°4, 187-191. doi. 10.1111/nicc.12006
- Bodmer, D., Fierz K., Hasemann, W., Hinck, A. & Leuenberger, D.L. (2016). A systematic nurse-led approach to withdrawal risk screening, prevention and treatment among inpatients with an alcohol use disorder in a ear, nose, throat and jaw surgery department – a formative evaluation. *Applied Nursing Research*, 33. 155-163. doi. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.013>
- Bride, W., Fullwood, J., Granger, B., Granger, C., Mostaghimi, Z., Washam, J. & Zaho, Y. (2013). Alcohol Withdrawal Prevention : A randomized Evaluation of lorazepam and ethanol – A pilot study. *American Journal of critical care*, Vol. 22, N°5, 398-406. doi. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013283>
- Centre national de la recherche scientifique. (2017). Repéré à <http://www.cnrs.fr>. Accès mai 2017.
- CHUV, service d'alcoologie. (2016). Repéré à <http://www.chuv.ch/alcoologie>. Accès novembre 2016.
- Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation. (2017). Le modèle transthéorique du changement. Repéré à https://www.google.ch/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwis9bfr___QAhVLahoKHf5LD6QQjR-wlBw&url=http%3A%2F%2Fwww.cofemer.fr%2Farticle.php%3Fid_article%3D887&psig=AFQjCNFIYKcUaQNCp1r5NyuUJTSoiYJhNg&ust=1482228027299759. Accès juin 2017.
- Compendium suisse des médicaments. (2016). Repéré à <https://compendium.ch/home/fr>. Accès décembre 2016.
- Daepfen, J.B. (2003). *Vade Mecum d'alcoologie*, Genève, Suisse : Médecine et hygiène.
- Das, S., Frenklach, A., Hills-Evans, K., Lolak, S., Maldonaldo, J., Neri, E., ... Talley R. (2015). Prospective Validation Study of the Prediction of alcohol withdrawal se-

- verity scale (PAWSS) in medically ill inpatients : a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Medical Council on Alcohol and Oxford University Press*, 50, 509-518. doi. 10.1093/alcalc/agv043
- Davis, W., Eberly, M.E., Lockwood, A. & Lockwood, S. (2016). Outcomes after implementation of an alcohol withdrawal protocol at a single institution. *Hosp Pharm*, Vol. 51, 752-758. doi. 10.1310/hpj5109-752
- Dictionnaire médical. (2017). Repéré à www.dictionnaire-medical.net. Accès mai 2017.
- Dong Wook, K., Eun-Kee B., Hyun Kyung, K., Kwang Ki, K. & So-Hee, P. (2015). Clinical Predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *American Journal of Emergency Medicine*, 33, 701-704. doi. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2015.02.030>
- M. Donovan, D., Marlatt, G. A., Simon, O., Lopez, J., Dunker-Scheuner, D. (2008). *Prévention de la rechute, stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. Suisse : Médecine et hygiène.
- Fédération Romande des Organismes de formation dans le domaine des dépendances (Fordd). (2017). Repéré à <http://www.fordd.ch/>. Accès mai 2017.
- Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherches, méthodes quantitatives et qualitatives*, 2^e Edition, Montréal : Chenelière Education.
- Healthline, medical informations. (2017). Repéré à www.healthline.com. Accès mai 2017.
- HES-SO Intranet. (2017). Repéré à <https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/plan-etude-plein-temps/>. Accès mai 2017.
- HES-SO, CAS en psychiatrie. (2017). Repéré à <https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/autres-formations/formation-continue/cas/clinique/cas-hes-so-en-psychiatrie-1716>. Accès mai 2017.
- Ignjatovic-Ristic, D., Jankovic, S., Novokmet, S., Rancic, N. & Stefanovic, S. (2013). Risk factors for lethal outcome in patients with delirium tremens - psychiatrist's perspective: a nested case-control study. *Annals of General Psychiatry*. 12. 1-5. URL. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/12/1/39>
- Imbert, B., & Simon, N. (2016). Pharmacologie du baclofène et utilisation chez le patient alcoolo-dépendant. Une mise au point à l'usage du clinicien. *Le pharmacien Hospitalier et Clinicien*. Vol. 399. 1-8. doi.10.1016/j.phclin.2015.09.008
- Larousse, dictionnaire français. (2017). Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>. Accès mai 2017.
- Les 7 concepts de la relation d'aide. (2016). Repéré à <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/2014/05/03/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/>. Accès décembre 2016.

- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*, Saint-Laurent. France : ERPI
- Lockwood, C., & Waring, A. (2014). Management of the alcohol withdrawal syndrome at Canberra Hospital Alcohol and Drug Service : a best practice implementation project. *JBI Database of systematic Reviews and Implementation Reports*, 12, 227-249. doi. 10.11124/jbisrir-2014-1772.
- Marsden, J., & Murdoch, J. (2014). A symptom-triggered approach to alcohol withdrawal management., *British Journal of Nursing*, Vol 24, No 4, 198-202
- Menecier, D., & Thomas, M. (2009). *Traitement de l'alcoolodépendance*. Edition : Elsevier Masson
- Observatoire Valaisan de la Santé (OVS). (2016). Repéré à <http://www.ovs.ch/sante/consommation-alcool-valais-suisse.html>. Accès décembre 2016.
- Office Fédérale de Santé Publique (OFS), quelques chiffres au sujet de l'alcoolisme. (2016). Repéré à <http://www.bag.admin.ch/org/?lang=fr>. Accès novembre 2016
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Terminologie de l'alcoolisme. (2016). Repéré à http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/. Accès novembre 2016.
- Passeport Santé. (2017). Repéré à www.passeportsante.net. Accès mai 2017.
- Pharmacorama, connaissance des médicaments. (2017). Repéré à www.pharmacorama.com. Accès mai 2017.
- Pilet, F., & Yersin, B. (1998). Syndrome de sevrage alcoolique : prise en charge ambulatoire. *Revue médicale de la Suisse romande*, N°118, 777-781.
- Promed, Laboratoire médical. (2017). Repéré à <http://www.promed-lab.ch>. Accès mai 2017.
- Psychologies. (2017). Repéré à www.psychologies.com. Accès mai 2017.
- Stop alcool, aide et conseil pour consommateurs et leur entourage. (2017). Repéré à <http://www.stop-dependance.ch/alcool/Docs/AnalyseRechute.pdf>. Accès juin 2017.
- Sullivan, J., Swift, R. et Lewis, D. 1991. Benzodiazepine Requirements During Alcohol Withdrawal Syndrome: Clinical Implications of Using a Standardized Withdrawal Scale. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol 11, n°5, 291-295.
- Towsend, M.C. (2010). *Soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale*, 2^e édition, France : Erpi.
- Types de prévention de la santé. (2016). Repéré à https://www.med.uot-tawa.ca/sim/data/Prevention_f.htm. Accès décembre 2016
- Villa Flora, Sierre, (2017). Repéré à <https://www.villaflorasierre.ch>. Accès avril 2017


11. Annexes

11.1. Echelle de CIWA-ar

| Fiche du CIWA-Ar | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Année | Mois | Jour | Heure |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pression artérielle | | Pulsations | |
| <input type="text"/> Mm Hg | | /Min | |
| Température | | °C | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <p>Nausées et vomissements – Demandez : « Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Pas de nausées ni de vomissements</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nausées légères sans vomissements</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements</p> | | | |
| <p>Tremblements – Bras étendus, doigts écartés. Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Pas de tremblements</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis du bout des doigts</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Modérés, le patient ayant les bras étendus</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Importants, sans les bras étendus</p> | | | |
| <p>Sueurs – Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Pas de sueurs visibles</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Front perlé de sueurs</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Trepé de sueurs</p> | | | |
| <p>Anxiété – Demandez : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Calme, détendu</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Légèrement anxieux</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Modérément anxieux ou sur ses gardes</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Équivalent à un état de panique aigu ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizo-phréniques aiguës</p> | | | |
| <p>Agitation – Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Normale</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Normale, mais légèrement accrue</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Patient modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue ou agite les pieds et les mains (agitation presque constante)</p> | | | |
| <p>Troubles tactiles – Demandez : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau ». Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Aucun</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissements</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissements</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissements modérés</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Hallucinations modérées</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Hallucinations importantes</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Hallucinations extrêmement importantes</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Hallucinations continues</p> | | | |
| <p>Troubles auditifs – Demandez : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir ou d'entendre des sons et des bruits qui n'existent pas ? » Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Absents</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Très peu stridents ou effrayants</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Peu stridents ou effrayants</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Modérément stridents ou effrayants</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Hallucinations modérées</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Hallucinations importantes</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Hallucinations extrêmement importantes</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Hallucinations continues</p> | | | |
| <p>Troubles visuels – Demandez : « La lumière vous paraît-elle vive ? La couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? Qui vous dérange ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ? » Observez.</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Absent</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Très peu sensible</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Peu sensible</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Modérément sensible</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Hallucinations modérées</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Hallucinations importantes</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Hallucinations extrêmement importantes</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Hallucinations continues</p> | | | |
| <p>Maux de tête, tête lourde – Demandez : « Avez-vous des sensations étranges à la tête ? Avez-vous l'impression que quelque chose vous serre la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étou ou que votre tête va éclater ? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau autour de la tête ? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété. Évaluez plutôt l'intensité des autres symptômes.</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Absentes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Très légères</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Légères</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Modérées</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Modérément importantes</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Importantes</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Très importantes</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Extrêmement importantes</p> | | | |
| <p>Orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes – Demandez : « Quel jour sommes-nous ? Quelle est la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Orienté(e) et peut additionner des nombres en série</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ne peut additionner des nombres en série ou est incertain de la date</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Erreur de date de 2 jours ou moins</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Erreur de date de plus de 2 jours</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Désorienté(e) dans l'espace ou par rapport aux personnes</p> | | | |
| <p>Score CIWA-Ar Total (max. = 67) : <input type="text"/></p> <p>(Additionner les scores de chaque point)</p> | | | |
| <p>Nom de l'évaluateur : _____</p> | | | |
| <p>Prénom, nom</p> <p><input type="text"/></p> | | | |

Sullivan, Swift et Lewis, 1991


11.2. Analyse de rechute

| | |
|---|----------------------------|
|  | Analyse de rechute |
| <p>En analysant les circonstances de votre dernière rechute, vous pourrez développer des stratégies qui vous permettront d'éviter de rechuter dans des circonstances similaires, la prochaine fois. Cette analyse est un facteur de réussite pour l'avenir.</p> | |
| Date de la rechute | |
| <input type="text"/> | |
| Lieu | Personnes présentes |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Activité lors de la rechute | Mon humeur |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| La raison qui m'a poussé à boire un verre | |
| <input type="text"/> | |
| Comment éviter de boire la prochaine fois dans les mêmes circonstances | |
| <input type="text"/> | |

Copyright © 2016 - Stop-alcool.ch

Tiré du site internet : stop-dependance.ch/alcool. Analyse de rechute. 2017.

11.3. Contrat de sevrage

| | | |
|---|---|--|
| <p>CHVR Prestations DMIG</p> <p>Réf. : IT-4282 Version : 1 Processus : 3.2.03.01 Généralités - Prise en charge médicale</p> | <p>CHVR - Sierre Contrat de sevrage hospitalier</p> |  <p>Hôpital du Valais Spital Wallis</p> |
|---|---|--|

1. Principes de base

Vous avez demandé notre aide, en principe par l'intermédiaire de votre médecin, pour faciliter un sevrage physique d'un produit auquel vous êtes dépendant.

Pour le mener à bien, un encadrement hospitalier bref peut être la première étape dans le long processus de désaccoutumance au produit. La période hospitalière du sevrage n'est qu'une première phase, elle doit absolument s'inscrire dans une démarche de plus longue durée pour renforcer votre motivation et maintenir l'abstinence.

Pour cette raison, le sevrage doit se faire impérativement en collaboration avec *Addiction Valais* et votre médecin traitant. Un contact préalable avec un membre de *Addiction Valais* est souhaitable ; si cela n'a pu se faire, nous informerons un représentant de *Addiction Valais* le jour de votre arrivée. Ce dernier restera en contact avec vous et l'équipe soignante durant votre séjour, en particulier lors de l'aménagement de la sortie et de la suite de votre prise en charge.

La durée de séjour est de 5 jours minimum, mais pourra être prolongée en fonction de votre évolution pendant le sevrage. Le sevrage est une épreuve parfois difficile qui réclamera un effort de volonté très important de votre part. Une prescription médicamenteuse appropriée, si nécessaire, permettra de rendre les effets du sevrage plus supportables.

2. Clauses du contrat

Lors de votre admission, un examen médical physique et sanguin sera effectué.

Durant le séjour, seuls les médicaments prescrits par le médecin hospitalier seront admis. La possession, l'échange ou la consommation de toute substance non prescrite (médicaments, alcool, drogues y compris cannabis) sont interdits durant le sevrage. Nous procédons régulièrement (en principe chaque deux jours) à une analyse d'urine afin de contrôler le respect de cette consigne.

Durant le sevrage, vous devez rester strictement dans le périmètre du service de médecine (2ème étage).

Votre présence à la cafétéria sera sujette à autorisation de l'équipe soignante.

Des visites de personnes extérieures sont également à négocier avec l'équipe soignante.

Par votre signature, vous reconnaissez avoir pris connaissance de ce contrat et vous vous engagez à en respecter tous les termes. Un non-respect de l'une ou l'autre des clauses du contrat entraîne un renvoi immédiat de l'hôpital.

Sierre, le

Signature du patient : _____ Signature du médecin : _____

| | | |
|---|---|--|
| <p>Rédigé par : Maurice Felley Approuvé par : Maurice Felley (02/12/2008)</p> | <p>Rédigé le : 24/07/2012 1/1 Diffusé le : 22/12/2014</p> | <p>www.hopitalvs.ch www.spitalvs.ch</p> |
|---|---|--|

11.4. Glossaire méthodologique

Analyse de régression multiple : « Analyse statistique qui permet de comprendre les effets simultanés de deux ou de plusieurs variables indépendantes (variables explicatives) sur une variable dépendante » (Loiselle, p.381).

Biais : « Variable qui fausse le résultat d'une étude » (Loiselle, p.44).

Crédibilité : « Critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données » (Loiselle, p.44).

Coefficient alpha de Cronbach : « Indice de fidélité destiné à mesurer la cohérence interne ou l'homogénéité d'une mesure composée de plusieurs éléments ou sous-parties » (Loiselle, p.332).

Coefficient de corrélation de Pearson : « Coefficient de corrélation très utilisé, exprimant la valeur de la relation entre deux variables mesurées au minimum sur une échelle à intervalle » (Loiselle, p.366).

Échantillon : « Sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude » (Loiselle, p.60).

Echantillonnage : « Processus de sélection d'une partie de la population, de telle sorte que cette partie représente la totalité » (Loiselle, p.265).

Echantillonnage aléatoire simple : « Type d'échantillonnage probabiliste le plus simple, dans lequel on crée une base d'échantillonnage en énumérant tous les membres d'une population et en sélectionnant par la suite un échantillon à partir de la base d'échantillonnage grâce à des techniques tout à fait aléatoires » (Loiselle, p.270).

Echantillonnage probabiliste : « Sélection d'unités d'échantillonnage (les participants par exemple) dans une population à l'aide de techniques aléatoires [...] » (Loiselle, p.270).

Étude cas-témoin : « Etude reposant sur l'analyse approfondie et minutieuse d'une personne, d'un groupe, d'une institution ou d'un autre élément social » (Loiselle, p.247).

Etude descriptive corrélationnelle : « Etude qui explore les liens entre des variables sans intervention de la part du chercheur » (Loiselle, p.194).

Etude expérimentale : « Etude visant à examiner les effets d'une intervention ou d'un traitement » (Loiselle, p.56).

Étude non expérimentale : « Etude dans laquelle le chercheur rassemble des données sans modifier le cadre naturel de son enquête » (Loiselle, p.56).

Etude pilote : « Version d'une étude à petite échelle en préparation d'une étude grande envergure » (Loiselle, p.61).

Etude quasi-expérimentale : « Etude reposant sur une intervention où les sujets ne se voient pas attribuer un traitement de façon aléatoire, mais où le chercheur exerce un

certain contrôle (par exemple le recours à un groupe témoin) afin d'améliorer la validité interne de l'étude » (Loiselle, p.190).

Examen en aveugle : « Examen d'un manuscrit ou d'une proposition présenté de telle sorte que ni l'auteur ni l'examineur ne puisse reconnaître l'autre partie » (Loiselle, p.73).

Intervalle de confiance (IC) : « Niveau de confiance selon lequel une gamme de valeurs comprises entre deux bornes contient la valeur du paramètre à estimer » (Fortin, p.512).

Médiane : « Statistique descriptive qui mesure la tendance centrale et représente la valeur qui se situe exactement au milieu dans une répartition de score ; la moitié des données se trouvent au-dessus de la médiane, l'autre moitié au-dessous » (Loiselle, p.360).

Méta-analyse : « Technique d'intégration quantitative des résultats de plusieurs études sur un sujet donné » (Loiselle, p.150).

Métasynthèse : « Récits généraux, généralisations ou traduction interprétatives produits à partir de l'intégration ou de la comparaison des conclusions de nombreuses études qualitatives. » (Loiselle, p.151)

Niveau de signification p : « La probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse nulle. Ce niveau est déterminé à partir des résultats obtenus. » (Fortin, p.600).

Opérateur booléen : « Termes (ET, OU, SAUF) servant à unir des mots-clés dans un repérage documentaire » (Fortin, p.600).

Percentile : « Mesure de position qui indique le rang d'un score en précisant le pourcentage de cas dont le score est inférieur » (Fortin, p.497).

Randomisation : « Mode de distribution des sujets dans les groupes au moyen de méthodes probabilistes, donnant à chaque sujet une chance égale de faire partie de l'un ou l'autre groupe » (Fortin, p.602).

Rapport de cotes (RC) : « Rapport d'une cote par rapport à une autre ; utilisé dans une régression logistique comme mesure de l'association et comme estimation du risque » (Loiselle, p.386).

Recherche qualitative : « Analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple » (Loiselle, p.17).

Recherche quantitative : « Analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précise, souvent dans le cadre d'un devis rigoureux et structuré » (Loiselle, p.17).

Régression logistique : « Technique de régression multiple destinée à analyser les relations entre des variables indépendantes multiples et des variables dépendantes nominales ; on emploie aussi le terme *analyse logit* » (Loiselle, p.386).

Significativité : « Expression indiquant que les résultats de l'analyse des données ne sont probablement pas le fruit du hasard, à un niveau donné de probabilité » (Loiselle, p.78).

Test de Wilcoxon : « BUT : Vérifier la différence entre les rangs quant aux scores de deux groupes liés » (Loiselle, p.380).

Test du Khi carré : « Test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables au niveau nominal ; symbolisé par X^2 » (Loiselle, p.278).

Test t : « Test statistique paramétrique destiné à analyser la différence entre deux moyennes arithmétiques » (Loiselle, p.374).

Variable : « Caractéristique ou qualité qui peut avoir plusieurs valeurs » (Loiselle, p.36).

Variable catégorielle : « Variables dont les modalités sont des catégories, comme « homme » et « femme » pour la variable sexe » (Fortin, p.483).

Variable continue : « Variable dont les modalités ont des valeurs numériques, comme les variables d'intervalle et de proportion » (Fortin, p.483).

Variable dépendante : « Variable, qui, suppose-t-on, dépend d'une autre variable ou peut être déterminée par une autre variable » (Loiselle, p.37).

Variable indépendante : « Variable, qui, d'après les chercheurs, est à l'origine de la variable dépendante ou influe sur celle-ci » (Loiselle, p.37).

11.5. Glossaire technique

Acétaldéhyde : « Composé chimique [...] dérivant de l'alcool éthylique par oxydation ménagée ou de l'acétylène par hydratation » (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>).

Activité glutamatergique : « Le glutamate est un neurotransmetteur qui contribue à réguler la libération de dopamine dans le noyau accumbens, l'une des structures cérébrales du système de récompense » (<http://www.cnrs.fr>).

Délires oniriques : « L'onirisme est une activité mentale automatique, comparable au rêve, faite principalement d'hallucinations et d'illusions d'ordre visuel, vécues par le sujet comme étant réelles et susceptibles de provoquer des réactions affectives et motrices » (www.dictionnaire-medical.net).

Dysarthrie : « Difficulté ou impossibilité d'émettre les sons consécutive à une lésion cérébrale malgré l'intégrité des organes de la phonation » (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>).

Folate : « Type de vitamine B essentiel pour la croissance et la reproduction de la cellule » (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>).

Gamma-glutamyl-transférase (GGT) : « La GGT fonctionne dans le corps comme une molécule de transport, aidant d'autres molécules à se déplacer dans le corps. Elle joue un rôle important en aidant le foie à métaboliser les drogues et d'autres toxines » (www.healthline.com).

Récepteurs NMDA : « Les récepteurs NMDA sont appelés ainsi parce qu'ils sont activés par le N-méthyl-D-aspartate, agoniste de synthèse très puissant. Il s'agit d'un récepteur-canal qui s'ouvre lors de la fixation du glutamate et laisse entrer les ions Na⁺ et surtout Ca²⁺. La réponse des récepteurs NMDA est plus lente que celle des récepteurs non NMDA » (www.pharmacorama.com)

Stratégie de coping : « Ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources » (www.psychologies.com).

Transferrine décarboxylée : « La transferrine est une glycoprotéine synthétisée par le foie, qui a un rôle majeur dans le transport du fer. Cette glycoprotéine possède deux chaînes d'hydrates de carbone qui se terminent par des molécules d'acide sialique en nombre variable » = Transferrine désialylée (<http://www.promed-lab.ch>).

Volume globulaire moyen : « Désigne un paramètre sanguin qui rend compte du volume moyen des globules rouges (hématies). Autrement dit de leur taille » (www.passeportsante.net).

11.6. Tableau de recension étude 1

Références : Dong Wook, K., Eun-Kee B., Hyun Kyung, K., Kwang Ki, K., So-Hee, P. (2015). Clinical Predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *American Journal of Emergency Medicine*, 33. 701-704. doi. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2015.02.030>

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|--|
| <p>Type d'étude ou devis :</p> <p>Quantitative Descriptive corrélationnelle</p> <p>Paradigme:</p> <p>Positivisme</p> <p>Niveau de preuve :</p> <p>IV</p> | <p>Echantillon : 97 patients, dont 82 hommes, âgés de 48,6 plus ou moins 13,3 ans</p> <p>Echantillonnage Tous les patients se présentant aux urgences de janvier 2013 à octobre 2014</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion :</p> <p>Inclusion : Patients alcooliques</p> <p>Exclusion : Autres causes médicales : déséquilibre électrolytique, hypoglycémie, traumatisme crânien, accident ischémique ou hémorragique, insuffisance rénale Durée d'hospitalisation insuffisante Diagnostic d'épilepsie Antécédent de DT</p> | <p>But :</p> <p>Démontrer qu'il existe des prédicteurs cliniques du délirium tremens afin de traiter correctement la pathologie et de prévenir un potentiel accident dû à l'agitation</p> <p>Question de recherche :</p> <p>Non formulée par les auteurs</p> <p><i>Existe-t-il des prédicteurs cliniques du délirium tremens ?</i></p> | <p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique :</p> <p>Dépendance Alcoolisme Delirium tremens Traitement</p> <p>Hypothèse :</p> <p>Il y a des prédicteurs cliniques du délirium tremens et ils sont identifiables grâce aux analyses sanguines de laboratoire.</p> <p>Variabes : Sexe Age Divers tests sanguins (ALAT, ASAT, LDL, vit.B12, Folate, PLP, Na, K, créatinine, albumine, GB, hémoglobine, thrombocytes, acide lactique, homocystéine, ammonium)</p> | <p>Méthode de collecte des données :</p> <p>Observation du patient durant 48h dans le service de soins intensifs. Patient monitoré Supplémentation de thiamine et de vitamine intraveineuse. Ponction veineuse aussi vite que possible lors de l'hospitalisation : formule sanguine complète, fonction hépatique, fonction rénale, concentration de cholestérol, homocystéine, folate, Vit. B12 et pyridoxine (PLP).</p> <p>Comparaison des caractéristiques cliniques du groupe DT et non-DT.</p> | <p>Méthode d'analyse :</p> <p>Multiple logistic regression analysis</p> <p>Coefficient de corrélation de Pearson</p> <p>Utilisation du Student <i>t test</i> pour les variables continues et le X² pour les variables catégorisées.</p> <p>Courbe ROC</p> <p>Logiciel statistique :</p> <p>SPSS version 21.0</p> <p>Ethique : Approuvé par le comité d'éthique Obtention du consentement des participants ou des proches</p> | <p>Résultats</p> <p>La proportion des patients ayant développé un DT est de 35,1% (34/97), dont 32 hommes et 2 femmes. 65,9% des patients n'ont pas développé de DT, dont 50 hommes et 13 femmes.</p> <p>Il n'y a pas de corrélation entre les résultats des tests de laboratoire et les folates, la vit. B12, l'homocystéine et la pyridoxine.</p> <p>Le « Multiple logistic regression analysis » a montré que l'hyperhomocystéine et la thrombocytopenie sont des facteurs de risque indépendants pour le développement du délirium tremens.</p> <p>Les patients avec une thrombocytopenie et une forte concentration sanguine d'homocystéine devraient être traités intensivement afin de prévenir et de prendre en charge un délirium tremens dans le but d'éviter des complications et de diminuer le risque de décès.</p> <p>Démonstration de plusieurs marqueurs sanguins qui jouent un rôle dans le développement du délirium tremens.</p> <p>Les données suggèrent qu'une administration rapide de vitamines B12, de folates et de pyridoxine devrait être considérée pour la prévention et la prise en charge du DT.</p> <p>Faiblesses : Petit échantillon, la corrélation de plusieurs marqueurs pourrait être une question de hasard Négligence de mesures des marqueurs, tels la pression sanguine initiale et la concentration en thiamine Possible biais : évalué uniquement par les médecins qui savaient ce qu'ils recherchaient. L'échantillon n'est pas représentatif de la généralité, car les patients se sont présentés aux urgences d'un hôpital de référence tertiaire.</p> |
|---|--|--|---|---|--|--|

11.7. Tableau de recension Etude 2

Références : Davis, W., Eberly, M.E., Lockwood, A., Lockwood, S. (2016). Outcomes after implementation of an alcohol withdrawal protocol at a single institution, *Hosp Pharm*, Vol. 51, 752 à 758. doi. 10.1310/hpj5109-752

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|
| <p>Type d'étude ou devis : Quantitatif</p> <p>Paradigme: Positivisme</p> <p>Niveau de preuve : III</p> | <p>Echantillon : 174 patients 79 patients dans le groupe pré-protocole et 95 dans le post-protocole</p> <p>Echantillonnage Les patients ont été identifiés grâce au « Veterans Health Information System and Technology architecture »</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Inclusion : Patient ayant reçu au moins une dose de benzodiazépine pour un SSA Exclusion : Patients ayant reçu des benzodiazépines pour une autre raison que le SSA Suspicion d'overdose du SNC Ventilation mécanique Intoxication aiguë Âgés de plus de 89 ans</p> | <p>But : Évaluation d'un protocole mis en place en lien avec l'échelle de CIWA-ar.</p> <p>Question de recherche : Non citée par les auteurs</p> | <p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique : Syndrome de sevrage alcoolique Echelle CIWA-ar Hospitalisation Delirium tremens Traitement Prévention</p> <p>Hypothèse : Non citée par les auteurs : <i>L'utilisation de l'échelle de CIWA-ar en fonction du protocole permet d'obtenir un dosage de benzodiazépines adapté.</i></p> <p>Variabes : Dosage de benzodiazépines Âge Genre Taux d'alcoolémie</p> | <p>Méthode de collecte des données : De février 2013 à mai 2013 pour le pré-protocole De Novembre 2014 à mai 2015 pour le post-protocole.</p> <p>Utilisation du « Veterans Health Information System and Technology architecture » afin d'identifier les patients</p> | <p>Méthode d'analyse : Comparaison des deux groupes en fonction du dosage de benzodiazépines cumulé durant l'hospitalisation. Circonstances de l'apparition de complications entre les deux groupes Student T-test pour l'évaluation des premiers résultats Khi-carré pour les données de catégorie.</p> <p>Ethique : examinée par le comité d'évaluation institutionnel et le comité de recherche et de développement</p> | <p>Résultats Le dosage journalier de benzodiazépines est significativement moins élevé dans le post-protocole. - Pré-protocole : 12,05mg - Post-protocole : 5,36mg La dose cumulée administrée est moins élevée dans le post-protocole - Pré-protocole : 77,57mg - Post-protocole : 35mg La durée d'hospitalisation n'est pas significative entre les deux groupes. - Pré-protocole : 6,44 jours - Post-protocole : 6,35 jours La durée du traitement est plus importante dans le pré-protocole : - Pré-protocole : 4,70 jours - Post-protocole : 2,21 jours Cette étude ne montre pas de changement concernant les complications dues au SSA - Pré-protocole : 3 crises convulsives et 2 DT - Post-protocole : 4 crises convulsions et 1 DT</p> <p>Faiblesses : Un échantillon plus grand pourrait être utile dans le développement d'une seconde étude Les patients ne sont pas venus pour un SSA, ce qui peut impliquer des dosages cumulés de benzodiazépines plus bas. Pas de prise en compte des comorbidités et des traitements Généralisation difficile : les patients sont des vétérans et donc, principalement des hommes. Utilisation du diazepam et pas d'autres benzodiazépines Nécessité d'une équipe soignante formée</p> |
|---|---|---|--|--|--|--|

11.8. Tableau de recension Etude 3

Références : Bodmer, D., Fierz K., Hasemann, W., Hinck, A., Leuenberger, D.L. (2016). A systematic nurse-led approach to withdrawal risk screening, prevention and treatment among inpatients with an alcohol use disorder in a ear, nose, throat and jaw surgery department – a formative evaluation. *Applied Nursing Research*, 33. 155-163. doi. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.013>

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|
| <p>Type d'étude ou devis :</p> <p>Quantitatif rétrospectif</p> <p>Paradigme:</p> <p>Positivisme</p> <p>Niveau de preuve :</p> <p>V</p> | <p>Echantillon :</p> <p>1073 patients hospitalisés dans le service, suite aux critères, 87 patients sont retenus pour l'étude, dont 62 hommes</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Tous les patients hospitalisés dans le service depuis septembre 2013 à septembre 2014</p> <p>Inclusion :</p> <p>Plus de 18 ans Hospitalisé pour un carcinome du nez, de l'oreille, de la gorge et de la mâchoire pendant plus de 72h après la chirurgie</p> <p>Exclusion :</p> <p>Employé interne de l'hôpital Chirurgie courte Malentendants des deux oreilles</p> | <p>But :</p> <p>Décrire le processus d'admission des patients en relation avec l'algorithme et d'évaluer l'adhérence des infirmières face à cet algorithme</p> <p>Question de recherche :</p> <p>Non formulée par les auteurs</p> <p><i>Quelle est l'adhérence des infirmières face à une implémentation d'un nouvel algorithme ?</i></p> | <p>Concepts</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Cadre théorique :</p> <p>Dépendance Alcoolisme Hospitalisation Implémentation</p> <p>Hypothèse :</p> <p>La description des décisions des patients durant tout le processus de sevrage donnera des informations importantes pour l'implémentation de l'algorithme.</p> <p>L'adhérence des infirmières face à l'algorithme est primordiale pour la prise en charge du sevrage.</p> | <p>Méthode de collecte des données :</p> <p>Patients sont identifiés grâce au Microsoft Access afin d'extraire des données via l'Open Database Connectivity de la base de données de l'hôpital. Tous les patients en sevrage, délirium ou qui consomment de l'alcool sont identifiés grâce au « structured Query Language ». Les auteurs ont finalement relevé manuellement les diagnostics, le type de chirurgie, la durée d'hospitalisation et les employés.</p> | <p>Méthode d'analyse :</p> <p>L'analyse s'est basée sur les groupes à risque définis dans la phase 2 de l'algorithme. Les données ont été analysées selon la signification, la déviation standard, l'intervalle de confiance (95%), la médiane et l'interquartile.</p> <p>Logiciel statistique :</p> <p>IBM SPSS Statistics 22.0</p> <p>Ethique :</p> <p>Approuvé par le comité d'éthique du nord-ouest et du centre de la Suisse</p> | <p>Résultats</p> <p>Création de 4 groupes de patients :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patients avec un faible risque de syndrome de sevrage et avec une consommation quotidienne d'alcool inférieure à 25gr. 2. Patients avec un risque de syndrome de sevrage alcoolique et de délirium tremens avec une consommation quotidienne d'alcool supérieure à 25gr. 3. Patients avec informations manquantes 4. Patients non évalués par les infirmières <p>Les patients du groupe 1 n'ont pas reçu de traitement d'office de benzodiazépines en raison du faible de risque de SSA. 9 patients du groupe 2 ont reçu un traitement de benzodiazépines et 5 ont refusé le traitement et 1 a reçu de faible dose. La médication maximale par jour se monte à 4mg avec 2.5mg de réserve. 4 patients sur 9 ont montré des signes de SSA, un des 5 patients qui avaient refusé le traitement a développé un SSA et a été autorisé à consommer. Dans le groupe 4, les médecins ont détecté 6 patients avec une consommation fréquente. La moitié était à risque de développer un SSA ou un DT.</p> <p>6 patients ont montré des signes de sevrage et ils étaient tous identifiés lors de l'évaluation. 5 patients ont montré des signes de délirium induits par la médication dans la phase post-opératoire. Tous les patients à risque ont été identifiés correctement par les infirmières grâce à l'algorithme. Durant l'hospitalisation, les infirmières ont effectué 50% des évaluations CIWA-ar attendues (82% lors du 4^e jour et 25% lors du 10^e jour).</p> <p>Faiblesses :</p> <p>Les chercheurs ont utilisé des données déjà existantes. Recherche rétrospective → laisse place à l'interprétation Difficulté à contrôler les biais et les confusions Echantillon peu important, limitation de la généralisation de la population</p> |
|---|---|---|---|---|--|---|

11.9. Tableau de recension Etude 4

Références : Das, S., Frenklach, A., Hills-Evans, K., Lolak, S., Maldonado, J., Neri, E., Sher Y., Talley R. (2015). Prospective Validation Study of the Prediction of alcohol withdrawal severity scale (PAWSS) in medically ill inpatients : a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Medical Council on Alcohol and Oxford University Press, 50.* 509-518. doi. 10.1093/alcalc/aggv043

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|---|
| <p>Type d'étude ou devis :</p> <p>Etude prospective</p> <p>Quantitative</p> <p>Paradigme:</p> <p>Positivisme</p> <p>Niveau de preuve :</p> <p>II</p> | <p>Echantillon :</p> <p>403 patients ont rempli le questionnaire</p> <p>Echantillonnage</p> <p>patients admis au cours des 24h précédentes et identifiés en utilisant des registres journaliers d'hospitalisation</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion :</p> <p>Inclusion :</p> <p>Âgé de plus de 18ans, capable de communiquer en anglais, patients voulant participer à l'étude</p> <p>Exclusion :</p> <p>Patients hospitalisés dans un centre médical externe, ne restant pas 48h hospitalisés avec antécédents de crise convulsive ou de SSA sévère</p> | <p>But :</p> <p>Valider le « Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) ».</p> <p>Question de recherche :</p> <p>Non formulée par les auteurs.</p> | <p>Concepts</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Cadre théorique :</p> <p>Prévention</p> <p>Evaluation</p> <p>Alcoolisme</p> <p>Complication</p> <p>Sevrage alcoolique</p> <p>Hypothèse :</p> <p>Non formulée par les auteurs</p> <p><i>L'échelle PAWSS est un indicateur valable pour repérer les patients à risque de faire un SSA.</i></p> <p>Variables :</p> <p>Âge</p> <p>Sexe</p> <p>Ethnie</p> | <p>Méthode de collecte des données :</p> <p>Les patients ont été suivis durant 3 jours.</p> <p>1^{er} jour : Informations concernant l'étude et première évaluation avec PAWSS</p> <p>Un test de CIWA-ar est effectué par les infirmières chaque 8h chez tous les patients</p> <p>Un test de sévérité de SSA est effectué 2x/jour par les chercheurs.</p> | <p>Méthode d'analyse :</p> <p>Z-ratio pour les différences entre un PAWSS positif et négatif.</p> <p>t-test pour les différences entre les moyennes.</p> <p>Utilisation des coefficients de Cohen's Kappa et de Lin's concordance.</p> <p>ROC et QROC sont utilisés pour réévaluer la limite optimale de l'échelle PAWSS, afin d'avoir un maximum de sensibilité et de performance.</p> <p>Logiciel statistique :</p> <p>Java applets for power and sample size.</p> <p>Ethique :</p> <p>Approuvé par le comité d'examen institutionnel. Consentement des patients</p> | <p>Résultats :</p> <p>Les patients ont été répartis selon 2 groupes : A (PAWSS<4 ; faible risque de SSA ; n=374) et B (PAWSS>4 ; haut risque de SSA ; n=29).</p> <p>Groupe A : sur les 374 patients, 372 personnes n'ont pas expérimenté de SSA. Il y a donc 2 faux négatifs. Ils n'ont pas fait de crise convulsive, mais ont eu besoin de soutien pharmacologique.</p> <p>Groupe B : sur les 29 patients, 27 ont présenté des signes de SSA et ont requis un complément pharmacologique. Il y a également 2 faux positifs.</p> <p>L'analyse présente un PAWSS avec 93,1% de sensibilité avec un intervalle de confiance de 95% et une spécificité de 99,5% avec un intervalle de confiance de 95%.</p> <p>Les analyses ROC et QROC ont montré qu'un PAWSS de 4 est la limite pour avoir de caractéristiques psychométriques optimales. Ce résultat est également prouvé par le coefficient de Cohen's Kappa.</p> <p>Le modèle de régression logistique a montré qu'un PAWSS = 4 représente 50% de chance de faire un SSA, alors qu'un PAWSS = 3 montre 13,9% et un PAWSS = 5 83,3%.</p> <p>Faiblesses :</p> <p>Des patients ont été évalués comme à risque par l'équipe sans avoir pleinement expérimenté les symptômes de sevrage.</p> <p>2 faux négatifs : les patients n'ont pas répondu honnêtement au PAWSS</p> <p>Malgré un échantillon important, le nombre de patients à risque n'est pas suffisant pour généraliser les résultats.</p> |
|---|---|---|--|--|---|---|

11.10. Tableau de recension Etude 5

Références : Bride, W., Fullwood, J., Granger, B., Granger, C., Mostaghimi, Z., Washam, J., Zaho, Y. (2013). Alcohol Withdrawal Prevention : A randomized Evaluation of lorazepam and ethanol – A pilot study, *American Journal of critical care*, Vol. 22, N°5, 398-406. doi. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013283>

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|---|
| <p>Type d'étude ou devis :</p> <p>Étude pilote prospective, randomisée et contrôlée</p> <p>Quantitatif</p> <p>Paradigme:</p> <p>Positivisme</p> <p>Niveau de preuve :</p> <p>II</p> | <p>Echantillon :</p> <p>57 patients</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Patients admis dans le service de soins intensifs de cardiologie</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion :</p> <p>Inclusion :</p> <p>Consommation de 3 verres ou plus par jour CAGE positif Diagnostic d'infarctus ou angor</p> <p>Exclusion :</p> <p>Réaction allergique aux benzodiazépines Grossesse</p> | <p>But :</p> <p>Evaluer la sécurité de deux stratégies de prévention du SSA chez les patients atteints de pathologie cardiaque</p> <p>Question de recherche :</p> <p>Non citée par les auteurs.</p> | <p>Concepts</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Cadre théorique :</p> <p>Sevrage alcoolique Alcoolisme Hospitalisation Evaluation infirmière Prévention</p> <p>Hypothèse :</p> <p>La prévention de la réponse physiologique au sevrage stabiliserait l'état de santé cardiovasculaire et permettrait un meilleur traitement.</p> <p>Variables :</p> <p>Âge Sexe Ethnie Diagnostic</p> | <p>Méthode de collecte des données :</p> <p>Processus sur deux étapes : Evaluation infirmière à l'admission concernant le nombre de consommations quotidiennes. Les patients consommant 3 verres ou plus par jour sont évalués avec le questionnaire CAGE. Création de deux groupes : traitement au lorazepam et traitement combiné lorazepam et éthanol.</p> | <p>Méthode d'analyse :</p> <p>Les variables démographiques ont été analysées avec des statistiques descriptives. Les variables continues sont représentées en percentiles. Test de Wilcoxon et χ^2 pour la comparaison des groupes. Premiers résultats analysés grâce au Fisher exact test.</p> <p>Logiciel statistique :</p> <p>SAS 9.0</p> <p>Ethique :</p> <p>Approuvé par le comité d'examen institutionnel Consentement des patients ou de la famille. Randomisation à l'aide d'enveloppes scellées contenant la répartition des deux groupes.</p> | <p>Résultats :</p> <p>Stratégie 1 : lorazepam. Administration de 2mg IV aux 6h. Si le patient montrait des symptômes de sevrage, administration de 2mg chaque 30min jusqu'à sédation du patient (évalué avec l'échelle de sédation de Ramsey), puis 2mg aux 4h. Stratégie 2 : Ethanol + lorazepam. Administration de 50% de la quantité consommée habituellement chaque 4 à 6h pendant 24h. Augmentation de la dose en fonction des symptômes jusqu'à 100% de la consommation. Administration de 2mg de lorazepam aux 12h. Les premiers résultats analysés avec le test de Fisher ne montrent pas de différence significative. Aucune différence n'a été prouvée concernant l'incidence et la fréquence des complications entre les deux groupes. Aucune différence significative concernant la durée d'hospitalisation entre les deux groupes. Rien ne prouve dans les résultats qu'une combinaison alcool/lorazepam est moins sécuritaire pour les patients. Dans un contexte d'urgence médicale, ce type de traitement permet de se focaliser sur la pathologie létale et d'éviter des complications en lien avec le sevrage alcoolique.</p> <p>Faiblesses :</p> <p>Certains membres de l'équipe soignante étaient en désaccord concernant l'administration d'alcool et le peu d'évidence empirique.</p> |
|--|--|---|---|--|--|---|

11.11. Tableau de recension Etude 6

Références : Bateson, M., Kinsella, J., McPeake, J., O'Neill, A. (2013). Assessment and management of alcohol-related admissions to UK intensive care units, *Nursing in Critical Care*, Vol. 18, N°4, 187-191. doi. 10.1111/nicc.12006

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|---|
| <p>Type d'étude ou devis :</p> <p>Etude pilote Quantitatif</p> <p>Paradigme:</p> <p>Positivisme</p> <p>Niveau de preuve :</p> <p>V</p> | <p>Echantillon :</p> <p>248 responsables de service de soins intensifs représentant 260 unités. 103 responsables ont complété le questionnaire. 109 questionnaires ont été remplis (6 responsables en ont complété 2)</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Les chercheurs ont invité les responsables de service de l'Angleterre, de l'Ecosse, du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion</p> <p>Inclusion : Être responsable d'un service de soins intensifs dans les Royaume-Unis.</p> <p>Exclusion : Non cité par les auteurs</p> | <p>But :</p> <p>Déterminer les pratiques d'évaluation et de management du syndrome de sevrage alcoolique dans les services de soins intensifs en Angleterre.</p> <p>Question de recherche :</p> <p>Non citée par les auteurs</p> <p><i>Est-ce que les outils d'évaluation des patients alcoolodépendants admis dans un service de soins intensifs sont-ils adéquats ?</i></p> | <p>Concepts</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Cadre théorique :</p> <p>Alcoolisme Syndrome de sevrage Evaluation Management</p> <p>Hypothèse :</p> <p>Non citée par les auteurs :</p> <p><i>Les services de soins intensifs n'évaluent pas les patients alcoolodépendants de manière adéquate.</i></p> <p>Variables :</p> <p>Outils d'évaluation utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun - Quantité d'alcool consommée quotidiennement - CAGE - FAST - AUDIT - Protocole local | <p>Méthode de collecte des données :</p> <p>Questionnaire électronique comportant 9 questions. 2 questions sur 9 portent sur l'exploration des admissions de patients alcoolodépendants dans un service de soins intensifs. 7 questions sur 9 concernent l'utilisation d'outils d'évaluation, mais ne sont pas décrites dans cette étude.</p> <p>248 responsables de service ont été approchés et cela représente 260 unités de soins (12 responsables représentaient deux unités). Ces 12 responsables ont dû compléter deux questionnaires.</p> | <p>Méthode d'analyse :</p> <p>Recension des questionnaires remplis par les responsables d'unités de soins intensifs et élaboration d'un diagramme.</p> <p>Ethique :</p> <p>Après des discussions avec un membre du comité national de recherche et d'éthique, l'autorisation éthique n'a pas été jugée nécessaire pour cette étude, car elle concerne une évaluation.</p> | <p>Résultats</p> <p>103 participants (41,05%) sur les 248 invités ont répondu au questionnaire électronique. 6 personnes étaient responsables de deux unités et ont répondu deux fois au questionnaire. 109 sondages ont donc été complétés. Parmi les participants, 10 font partie d'unités spécialisées (9,07%), 3 d'unité médicale (2,09%), 82 d'unité de soins intensifs mixtes (79,06%) et 8 n'ont pas précisé d'information.</p> <p>Evaluation de l'alcoolisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 unités utilisent l'outil CAGE (8%) - 1 unité utilise l'outil FAST (1%) - 73 unités se focalisent sur la quantité d'alcool consommée quotidiennement (67%) - 25 unités n'utilisent aucun outil d'évaluation (23%) - 1 unité se sert d'un protocole interne (1%). <p>Evaluation du syndrome de sevrage alcoolique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 unités se servent de l'échelle de CIWA-ar (11%) - 5 unités utilisent « The Glasgow Modified Alcohol Withdrawal Scale » (GMAWS) (5%) - 79 unités n'évaluent pas le SSA (73%) - 5 unités utilisent un outil de confiance (5%) - 7 responsables d'unité n'ont pas répondu à cette question (6%) <p>Ce sondage montre que l'évaluation de l'alcoolisme et du syndrome de sevrage est insuffisant dans les unités de soins intensifs. Les obstacles à l'utilisation des outils d'évaluation peuvent être que les patients sont sédatisés ou intubés, que les infirmières priorisent d'autres soins, ont peu de capacité concernant l'utilisation de ces outils ou se sentent mal à l'aise de poser certaines questions aux patients.</p> <p>Faiblesses :</p> <p>Questionnaire informatique : réponse plus lente Un taux de réponse de 41.05%</p> |
|---|--|---|--|--|---|---|