

Travail de Bachelor

DEPISTAGE & PREVENTION DU DELIRIUM TREMENS CHEZ LA PERSONNE AGEE HOSPITALISEE

Abinaya Thiruniraiselvan, Alessia Borlizzi, Utkucan Kartal

Sous la direction de Madame

Anne-lise Guye

Présenté à la Haute école Arc

Neuchâtel le 07/07/2017

Table des matières

Abréviations	v
Avertissement	vii
Résumé.....	viii
Remerciements	xi
Chapitre 1 : Introduction	1
Chapitre 2 : Problématique.....	5
La question de départ et sa pertinence.....	6
Les liens avec les métaparadigmes et les savoirs infirmiers	8
Liens avec les métaparadigmes infirmiers.....	8
Liens avec les savoirs infirmiers.....	14
Une revue exploratoire de la littérature.....	19
Le dépistage.....	20
La personne âgée.....	22
Le delirium	22
La dépendance	24
Le rôle infirmier dans les soins aigus.....	25
Les concepts pertinents	27
Chapitre 3 : Champs disciplinaires et concepts	31
Application de la théorie de Neumann et Fawcett	32
Cadre théorique de l'étude.....	32
La structure CTE de Fawcett	34
Les concepts retenus	39

Le syndrome de sevrage alcoolique (SSA)	39
La situation de crise	42
Le dépistage	44
Le vieillissement.....	46
Chapitre 4 : Méthode.....	48
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	50
Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion	56
Détection d'une consommation chronique et nocive	58
Les symptômes et les facteurs de risque du SSA	61
Outils permettant la détection du SSA.....	63
Marqueurs biologiques permettant le dépistage.....	68
Gestion du personnel infirmier.....	69
Conséquences de la synthèse des résultats	70
Vision globale : La TNF	70
Les soins infirmiers.....	72
Propositions pour la pratique infirmière	73
La gestion infirmière.....	75
Chapitre 6 : Conclusion	77
Apports de la recherche bibliographique	79
Apport personnel et limites du travail.....	81
Perspectives pour la recherche	84
Chapitre 7 : Références.....	85
Chapitre 8 : Annexes.....	xiii

Appendice A : définition délirium selon DSM-IV	xiv
Appendice B : définition dépendance.....	xv
Appendice C : explication approfondie TNF.....	xvi
Appendice D : liens entre TNF et les métaparadigmes.....	xviii
Appendice E : liens entre la TNF et les savoirs infirmiers.....	xix
Appendice F : tableau PICOT.....	xxii
Appendice G : grilles adaptées de Fortin des articles retenus..	xxiii
Appendice H : Outils de dépistage du SSA.....	clxxiii
L'Outil AWSC	clxxiii
L'Outil PAWSS	clxxiv
L'Outil CIWA-AR.....	clxxv
L'Outil AUDIT-C.....	clxxvi
L'Outil CAGE	clxxvii
L'Outil AUDIT	clxxviii
L'Outil DRS-R-98.....	clxxix
L'Outil AWS TYPE INDICATOR	clxxxiii
Protocole de prise en charge.....	clxxxiv

ABRÉVIATIONS

AUDIT : (Alcohol Use Disorders Identification Test) ;

CAGE : Cut down, Annoyed, Guilt, Eye-opener ;

CIWA-Ar : Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol
Revisited ;

DRS-R-98 : Delirium Rating Scale-Revised-98 ;

AWSC : Alcohol Withdrawal Symptome Checklist

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux –
4ème édition ;

DT : delirium tremens ;

EMS : Établissement médicaux-sociaux ;

PAWSS : The Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale ;

OFS : Office fédéral de la statistique (Suisse) ;

OMS : Organisation mondiale de la santé ;

SSAC : Alcohol Withdrawal Symptom Checklist ;

SBIRT : Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment ;

SFA : Société française d'alcoologie ;

SFGG : Société française de gérontologie et de gériatrie ;

SSA : syndrome de sevrage alcoolique ;

TNF : théorie de Neuman et Fawcett.

Et coll. : et collaborateurs

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail de Bachelor n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute École Arc, du jury ou du directeur du Travail de Bachelor.

Les traductions présentes dans ce travail sont toutes des traductions libres et personnelles.

Nous attestons avoir réalisé seul le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références.

La Chaux-de-Fonds, le 18 juin 2017

Abinaya Thiruniraiselvan, Alessia Borlizzi et Utkucan Kartal

RESUME

Problématique

Ce travail s'intéresse aux interventions infirmières visant à dépister le delirium tremens (DT) et à prévenir les comorbidités liées au syndrome de sevrage alcoolique (SSA) chez les personnes âgées hospitalisées en soins aigus.

Nous nous sommes aperçus que la consommation chronique d'alcool augmente avec l'âge, selon l'Office fédéral de la statistique (OFS). Nous savons également que les personnes âgées encourent plus de risques de développer d'autres pathologies, de par leur fragilité et les comorbidités liées à d'autres pathologies chroniques. Grâce à cela, nous pouvons préciser notre question de recherche.

Nous cherchons à connaître les outils ou les interventions infirmiers afin d'apporter des pistes de réflexion.

Concepts

Les concepts les plus pertinents se rapportant au SSA, à la situation de crise, au dépistage et au vieillissement sont présentés afin de clarifier la thématique.

L'ancrage disciplinaire est abordé dans le but de situer ce travail dans la discipline infirmière par le biais d'un cadre théorique. Nous nous sommes

intéressés à la théorie de Neumann et Fawcett (2011) (TNF) pour apporter un éclairage concernant la problématique.

Méthode

Nous avons, après une traduction des descripteurs appropriés, consulté plusieurs bases de données. Cette consultation nous a permis d'effectuer une revue de littérature afin de trouver les articles pouvant répondre à notre question PICOT.

Quatorze articles ont été sélectionnés et ont été analysés au travers de la grille de Fortin afin d'assurer un regard critique global.

Synthèse des résultats et discussion

Ce chapitre se compose de la synthèse des résultats des quatorze articles. Les résultats sont regroupés en quatre catégories : la détection d'une consommation alcoolique chronique et nocive, les symptômes et les facteurs de risques du développement du SSA, les outils aidant à la détection du SSA ainsi que les marqueurs pouvant aider à sa détection. Les recommandations pour la pratique sont également explicitées.

Conclusion

Finalement, nous exposons l'apport du travail de bachelor ainsi que les limitations rencontrées lors de sa réalisation. Nous évoquons les perspectives possibles pour des futures recherches.

Mots clés

Dépistage, outils de dépistage, syndrome de sevrage alcoolique, delirium tremens, personnes âgées, hospitalisation, soins aigus, symptômes, facteurs de risques, soins infirmiers.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier plusieurs personnes qui nous ont été d'une grande aide tout au long de ce travail.

Tout d'abord, nous adressons nos sincères remerciements à notre directrice de travail de bachelor, Madame Anne-Lise Guye, pour son accompagnement, sa collaboration, ses précieux conseils ainsi que sa disponibilité.

Nous souhaitons également remercier les différents professeurs de la HE-ARC pour tous les conseils, le temps qu'ils nous ont accordé, pour l'encadrement et pour la transmission de certaines connaissances et compétences nécessaires à la réalisation d'un tel projet.

De plus, nous remercions les bibliothécaires pour l'aide à l'obtention d'articles, de documents, pour leur disponibilité et l'aide qu'elles nous ont apportée lors de la recherche de livres ou revues nécessaires à la rédaction du travail de bachelor.

Nous voulons également remercier tous nos collègues de classe pour le soutien et l'entraide qu'ils nous ont apportés lorsque nous rencontrions des difficultés afin de réaliser ce travail important.

Un tout grand merci à Jonathan Marchand et Oriane Jaquet pour le temps consacré à la correction et à la lecture de notre travail de bachelor.

Pour finir, nous voulons remercier tous nos proches et amis pour leur soutien moral, leur compréhension et leurs encouragements surtout durant cette dernière année.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Selon l'office fédéral de la statistique (2012), la consommation régulière, quotidienne d'alcool augmente avec l'âge (exception faite pour les femmes de plus de 75 ans qui connaissent une baisse de 2,1% et passant ainsi de 21,2% entre 65-74 ans à 19,1%). Alors que seulement 4,8% des hommes de 25-35 ans connaissent une consommation quotidienne d'alcool, ce chiffre monte à 42,1% à partir de 75 ans (OFS, Estimation de la consommation d'alcool selon l'âge et son évolution dans le temps effectuée en 2012, 2014).

Le risque ponctuel lié à une consommation aiguë est plus élevé chez les jeunes alors que le risque chronique ou de dépendance concerne les personnes plus âgées (Baromètre santé 2010 ; dans Alcoologie et addictologie, 2014).

En France, 11% des hospitalisations concernant des troubles liés à l'alcool concernent les personnes de plus de 65 ans selon la société française d'alcoologie (SFA) et la société française de gérontologie et de gériatrie (SFGG). Selon la SFA et la SFGG, dans les hôpitaux français, entre 6 et 9% des personnes âgées sont alcoolo-dépendantes et ce chiffre monte à 14% dans les services d'urgence (Alcoologie et addictologie, 2014).

Deux tiers des personnes âgées qui consomment de l'alcool de manière excessive le font depuis un certain temps et de manière continue, mais seulement un tiers sont concernées par ce type de consommation après leur 60^{ème} année (Alcoologie et addictologie, 2014).

L'âge a une grande influence sur les effets et les dégâts de l'alcool. Par exemple, la diminution de la masse maigre au profit de la masse grasseuse cause une augmentation du taux d'alcoolémie dans le sang pour la même quantité d'alcool consommée. Les effets néfastes de l'alcool sont également majorés par les interactions avec les médicaments. Mais malheureusement, les effets néfastes de l'alcool chez la population âgée ne sont que très peu étudiés et les liens de cause à effet avec les autres maladies ne sont pas considérés (Alcoologie et addictologie, 2014).

Pourtant selon la SFA et la SFGG, en France, l'alcool est reconnu coupable de près de 30'000 décès chez les personnes âgées de plus de 65 ans, sans compter les complications comme les risques d'incapacités liés aux activités de la vie quotidienne, les chutes, les troubles cognitifs et les syndromes démentiels, les syndromes confusionnels, les pathologies psychiatriques, la dénutrition et le risque d'isolement social.

Au vu des résultats que nous avons obtenus pendant nos recherches, nous avons été intéressés par la problématique de l'alcoolisme chronique et des dégâts que peut engendrer ce trouble. Nous avons également été intéressés par cette problématique, car nous voulions baser notre travail sur un sujet concret qui peut être réellement réutilisé dans la pratique.

La question du dépistage du DT peut-être posée dans tous les contextes de soin (urgences, psychiatrie, gériatrie, soins aigus...) et la conservation du

bien-être de nos aînés est un point important dans notre vision de la profession infirmière.

Nous avons entrepris notre travail par une question naïve que nous avons précisée grâce à la revue de littérature. Ceci nous a permis d'élaborer une question clinique professionnelle et de faire un ancrage professionnel afin de démontrer les liens entre les soins infirmiers et notre travail.

Nous avons ensuite exploré les bases de données afin de trouver des articles correspondants à notre question de recherche et qui soient associés au champ professionnel infirmier.

L'analyse des résultats découlant de ces articles nous a permis de faire des recommandations pour la pratique, une sensibilisation vis-à-vis du SSA et une brève identification du rôle de chaque intervenant.

CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE

Nous allons définir l'orientation de notre travail en lien avec la question de départ qui est « Dépistage et prévention du delirium tremens chez la personne âgée hospitalisée ». Nous allons d'abord approfondir la manière dont la question de départ est survenue. Ensuite, nous définirons la pertinence de la question en lien avec les métaparadigmes infirmiers et les savoirs infirmiers. Enfin, nous mettrons en lumière les principaux concepts de la question, ce qui nous permet de sélectionner les points principaux et d'affiner notre question de départ.

LA QUESTION DE DÉPART ET SA PERTINENCE

Notre question de départ est la suivante : comment dépister et prévenir le Delirium Tremens (DT) chez la personne âgée hospitalisée.

Cette question a un intérêt pour notre groupe, car dans notre parcours de formation pratique, nous avons été confrontés à des personnes dépendantes à l'alcool et également à des personnes âgées souffrant d'épisodes de délires aigus, que ce soit lié à une pathologie ou à l'ingestion de substances toxiques.

Nous nous sommes interrogés sur la prise en charge des personnes âgées souffrant d'alcoolisme chronique qui devaient subir une hospitalisation. D'après nos expériences, c'est un sujet qui reste relativement tabou dans cette population et nous nous sommes posé des questions sur la difficulté à dépister cette pathologie.

Nous voulons également approfondir nos connaissances sur le DT que nous connaissons peu. Nos connaissances initiales se limitent à la cause (le sevrage alcoolique) et seulement à quelques symptômes.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2017), l'alcool est l'une des causes principales de décès prématurés et d'atteinte à la santé dès que sa consommation devient excessive, et cette consommation augmente avec l'âge. Cette notion, que nous avons trouvée en faisant quelques recherches afin de mieux comprendre notre question de départ, nous a permis de remarquer que l'alcoolisme était un sujet important dans notre société.

La personne âgée, de par sa fragilité et les comorbidités que l'on peut rencontrer chez elle, semble une proie facile face à la destruction que peut causer l'alcool. En effet selon l'OFS, 86% des personnes résidant dans un établissement médico-social (EMS) souffrent de deux pathologies tandis que 23% d'au moins cinq maladies (OFS, 2016).

En plus de la santé physique, la personne âgée rencontre beaucoup de problèmes liés à la santé mentale, comme la démence, les troubles cognitifs et les troubles du comportement. Selon l'OFS, 40% des résidents souffrent de démences alors que les troubles cognitifs ou comportementaux concernent 33% de la population âgée de 65 ans et plus, tandis que 27% de cette population ne souffre d'aucune de ces pathologies.

Par notre travail, nous voulons contribuer à la prévention et au dépistage du DT afin d'éviter les problématiques qui peuvent être liées à cet épisode de délire. Les problématiques que nous pensons être en lien au delirium sont la sur-médication, la mise en danger de soi ou d'autrui, et un épisode de grand stress, que nous avons rencontrés chez les personnes présentant un épisode de délire aigu lors de notre pratique. Notre travail nous amène à développer de nouvelles connaissances sur le DT, d'avoir un nouveau regard sur le sevrage alcoolique et contribue à la mise en valeur du travail infirmier dans le dépistage et la prévention.

LES LIENS AVEC LES MÉTAPARADIGMES ET LES SAVOIRS INFIRMIERS

LIENS AVEC LES MÉTAPARADIGMES INFIRMIERS

Selon Fawcett (1984), un métaparadigme est un concept ou un thème central d'une discipline. Le métaparadigme infirmier fait référence à la manière dont les phénomènes qui concernent les soins infirmiers sont structurés et organisés (Fawcett, *The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements*, 1984). Fawcett décrit les recherches dans les soins infirmiers précédents les métaparadigmes propres à notre science comme floues et non-coordonnées. Les recherches de Fawcett et d'autres scientifiques ont permis de donner une structure propre à notre discipline grâce à 4 principaux métaparadigmes.

Pour permettre aux lecteurs de mieux comprendre les concepts de notre discipline, nous allons les définir dans notre travail et nous les mettons en lien

avec notre question de départ : « Dépistage et prévention du DT chez les personnes âgées hospitalisées ».

LA PERSONNE

Selon Meleis (2011), la personne est un ensemble en évolution constante. Elle est intégrée dans des contextes multidimensionnels et dynamiques et possède la capacité à s'adapter à son environnement en tenant compte des changements qui ont lieu au sein de celui-ci.

Selon différentes théories en soins infirmiers, la personne est en général en équilibre entre ses besoins, son environnement et les autres sous-systèmes qui l'entourent. Les soins infirmiers permettent de maintenir et/ou de rétablir cet équilibre afin que la personne reste dans les normes qui lui permettent d'affirmer qu'elle est en « bonne santé » physique et/ou psychique et/ou mentale. (Meleis, 2011). Cette notion d'équilibre se retrouve dans plusieurs théories de soins infirmiers, par exemple :

- La théorie des 14 besoins fondamentaux (V. Handerson, 1966) selon laquelle toute personne a quatorze besoins qui doivent être satisfaits par elle-même ou par un tiers ou encore par des moyens auxiliaires pour que la personne soit considérée comme étant en santé.
- La théorie des 21 problèmes (F. Abdellah, 1969) qui s'inspire essentiellement de la théorie de Virginia Handerson.

- La théorie de l'auto-soin (D. Orem, 1988) dans laquelle l'objectif des soins et de donner les moyens nécessaires à la personne afin qu'elle parvienne à prendre soin d'elle-même.

Meleis (2011) définit le client comme un être ayant des besoins en constantes interactions avec son environnement et comme possédant une capacité d'adaptation à cet environnement. Lors d'une maladie, d'un déséquilibre (ou du risque de connaître un déséquilibre), le client devient une personne vulnérable. Ce déséquilibre se manifeste par l'incapacité de la personne à prendre soin d'elle-même, par l'incapacité à répondre à ses besoins ou par des réponses non adaptées.

Les soins infirmiers se préoccupent principalement de la personne et de son bien-être mental, psychique et physique. Notre thématique est en lien avec le métaparadigme infirmier de la personne, car notre question s'intéresse à un moment de vie de la personne dans lequel elle est vulnérable de par son âge, sa pathologie et par les changements que l'hospitalisation a pu amener dans sa vie.

Nous nous intéressons à une population se trouvant dans une situation de déséquilibre. Cette situation empêche le patient de répondre à ses besoins et de se sentir en bonne santé. C'est pourquoi nous sommes concernés par les outils de diagnostic qui permettent d'éviter que le patient à risque se retrouve dans cette situation de perte de contrôle.

LES SOINS INFIRMIERS

Selon Meleis (2011), les soins infirmiers ont pour but le maintien et/ou l'amélioration de la situation de santé des personnes et d'arriver à la satisfaction des besoins. Pour cela, l'infirmier utilise plusieurs outils scientifiques afin d'évaluer, de diagnostiquer et de mettre en place des interventions infirmières. Les soins infirmiers prennent en compte l'environnement de la personne pour identifier les ressources et les difficultés qui émanent de celui-ci.

Selon le Royal College of Nursing (2014), les soins infirmiers passent par l'utilisation de jugements cliniques dans la pratique afin de permettre aux personnes d'améliorer, de maintenir ou de rétablir leur santé, de faire face aux problèmes de santé, et d'avoir la meilleure qualité de vie possible, quelle que soit leur maladie ou handicap.

L'American Nurses Association (2016) définit les soins infirmiers comme la protection, la promotion et l'optimisation de la santé et des capacités, la prévention des maladies et des blessures, la réduction de la souffrance par le diagnostic et le traitement de la réponse humaine, et le plaidoyer dans la prise en charge des individus, des familles, des communautés et des populations.

Cette dernière définition permet la légitimation des capacités des infirmières à diagnostiquer et traiter certains symptômes, et reconnaît l'importance d'accorder une attention particulière aux expériences humaines

vécues au quotidien. L'ajout de concepts tels que la prévention, la protection, la promotion, l'optimisation des capacités pour les individus, les familles et les communautés reflète les préoccupations premières des infirmières.

Dans notre cadre de recherche, le but est de promouvoir et d'optimiser l'état de santé de personnes dans une période de grande détresse et d'éviter les complications liées à la pathologie.

Pour y parvenir, nous allons rechercher les outils optimaux pour parvenir à dépister et prévenir l'épisode de DT.

L'ENVIRONNEMENT

Selon Meleis (2011), la personne est en constante interaction avec son environnement. C'est pourquoi les soins infirmiers doivent promouvoir, maintenir et/ou améliorer l'environnement (ou les *patterns* de la personne) afin de maintenir ou rétablir l'osmose entre les deux systèmes.

Selon Hedin (1986, dans Meleis, 2011), l'environnement est un concept central et il comprend les paramètres environnementaux immédiats du patient (sa famille, les personnes importantes pour lui, les professionnels de la santé), mais aussi le contexte socio-économique et politique de la famille et de la communauté du patient.

LA SANTÉ

Il est difficile, voire impossible, de donner une définition de la santé qui satisfasse tout le monde. En effet, la vision de la santé est propre à chacun. Il

peut s'agir d'un bien-être physique ou psychique ou même mental. Mais l'idée la plus répandue est l'absence totale de maladie alors que certains patients souffrant de maladie chronique se disent en bonne santé, car la maladie est devenue une norme et ne les empêche pas de jouir des plaisirs de la vie. C'est pourquoi l'infirmière doit rechercher quelle définition de la santé a la personne soignée, afin d'adapter sa prise en charge à la vision du patient.

À cause de cette difficulté, on retrouve beaucoup de tentatives de définitions dans la littérature des soins infirmiers. Voici quelques-unes de ces définitions : Johnson (1980 ; dans Meleis 2011) considère la santé comme une homéostasie interne, Smith (1983 ; dans Meleis 2011) voit la santé comme une absence de maladie, Roy (1984 ; dans Meleis 2011) pense qu'une bonne adaptation était signe de bonne santé.

Il existe des théories plus complexes : Watson (1970, dans Meleis 2011) définit la santé comme étant l'unité et l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit tout en étant en cohérence avec *l'inner-self* (le soi profond et vrai). Une autre théorie complexe est celle de Newman, la théorie de l'expansion de la conscience. Elle prend en compte l'espace-temps, les énergies et l'expansion de la conscience. La santé est composée par la sensibilisation, la responsabilité / le contrôle personnel et la maîtrise sur son propre corps (Newman 1986 ; dans Meleis 2011).

Toutes ces définitions ne doivent pas être vues comme contradictoires, mais plutôt comme complémentaires. Ces théories traversent les âges comme

les êtres humains, et durant ce passage l'idée que nous nous faisons de la santé évolue, tout comme les théories l'ont fait et continuent à le faire. Il est de ce fait essentiel de comprendre quelle définition donne le patient à la santé afin de mieux le comprendre et de créer un lien thérapeutique.

En tant qu'infirmiers, nous nous efforçons de répondre aux besoins de la personne afin d'atteindre les critères qui correspondent à sa vision de la santé.

Nous utilisons des outils de soins infirmiers afin que la personne trouve une homéostasie confortable dans le processus de changement qu'a induit l'hospitalisation.

LIENS AVEC LES SAVOIRS INFIRMIERS

Barbara Carper, dans son article fondateur de 1978, a identifié les quatre savoirs spécifiques à la discipline infirmière. Bien que cette typologie originale ait été développée et segmentée plus finement par la suite (Chinn & M.K., 2011), nous retenons ici celle de l'article original, qui a l'avantage d'être simple et ouverte. Les savoirs regroupent les clés de la discipline infirmière ; ils présentent, dans une perspective globale philosophique et idoine, les fondements de notre métier. Dans ce sens, l'approche des infirmières permet de décrire, de rechercher et d'expliquer les phénomènes afin d'y faire des liens et de prévoir les risques ainsi que les conséquences de celle-ci qui y sont liés afin de permettre la mise en œuvre des interventions et d'une prise en charge adéquate qui s'appuie notamment sur ces différents fondements lors

d'investigation des diverses problématiques. C'est cette démarche préliminaire que nous vous proposons ici.

LE SAVOIR EMPIRIQUE

Selon Barbara Carper (1978), le mode de savoir empirique se base sur l'exploration et la compréhension des phénomènes. Il fait appel aux connaissances théoriques et objectives par le biais de recherches qualitatives et quantitatives. Le terme « empirique » ne possède pas la connotation restrictive qu'on lui accorde en français, il se rapproche plutôt d'une démarche expérimentale et scientifique, voire technologique, dans l'acceptation anglo-saxonne de ce dernier terme. Les théories et recherches scientifiques décrivent, expliquent et prédisent les phénomènes rencontrés dans la réalité tangible de notre profession.

L'accès au savoir vise l'habileté de se mettre en question face aux diverses interventions tout en observant, en explorant et en décrivant les phénomènes tout en fournissant des explications claires et de corréler la pratique avec celle-ci tout en incorporant les liens théoriques recherchés.

Dans la problématique qui nous occupe, il est nécessaire d'avoir les bons gestes techniques, tout particulièrement pendant la survenue d'une crise de délire, pour prévenir les blessures que le patient pourrait s'infliger.

LE SAVOIR PERSONNEL

Selon Barbara Carper (1978), ce mode de savoir est lié à l'expérience personnelle de l'infirmière. Il n'est pas uniquement introverti, mais sa facette extravertie est probante et formative. Comment l'infirmière se perçoit elle-même en est l'un de ces aspects, mais aussi la manière dont elle perçoit sa patientèle. C'est un processus qui permet la connaissance, la rencontre, l'actualisation de soi vis-à-vis de l'autre. Un enrichissement de son expérience est un atout pour son développement personnel. Il dépasse le stade de l'empathie pour le patient, en impliquant une constante projection en soi et dans l'autre, afin de déterminer la meilleure façon d'être pour le bien-être du patient. Ce savoir permet à l'infirmière de devenir un être unitaire, ouvert d'esprit, réfléchi, authentique et non-jugeant. Il s'exprime par de la présence vraie auprès des personnes soignées. Il s'agit d'un savoir primordial, dont le métier d'infirmière est souvent le seul garant, justement à cause de ces contacts permanents avec les personnes soignées.

En ce qui concerne la prise en charge, le contact direct avec les personnes soignées et leur entourage est primordial. L'enrichissement du savoir personnel est d'abord lié au vécu du soignant. Sa transmission à d'autres professionnels par l'écrit est très difficile, voire discutable.

Ce savoir sera développé surtout sur le terrain, mais sa mise en place demande une introspection qui est un processus pouvant être entamé en

amont. Il est également nécessaire de se questionner sur le rythme des patients et du respect de celui-ci.

LE SAVOIR ESTHÉTIQUE

Selon Barbara Carper (1978), le savoir esthétique permet d'avoir une appréciation profonde d'une situation, de la comprendre, et ainsi d'en saisir le sens. Le terme « esthétique » est particulièrement parlant : Comme la beauté, ce savoir est très difficile à définir, mais très facile à reconnaître. Il est présent lorsqu'un lien entre soignant et patient se développe, arrive à une relation de confiance réciproque et quand l'un admet l'autre dans toute sa différence en tant qu'être unitaire. Le concept d'empathie est une des bases nécessaires à son développement, mais l'attitude personnelle et le non verbal sont aussi importants. Pour ce faire, il est nécessaire de présenter une certaine créativité, un côté artistique, souvent inconscient d'ailleurs, dans la prise en charge du bénéficiaire de soin. Un climat de paix et d'ouverture permet de le rejoindre dans la recherche de son bien-être, de ses désirs, de ses besoins, pour pouvoir lui procurer une amélioration qualitative. C'est en se confrontant à différentes sortes de situations que l'infirmière s'imprègne de la diversité et acquiert l'expérience de la mise en œuvre de ce savoir.

Ce savoir est évidemment toujours présent dans la pratique infirmière, et est à souligner particulièrement avant et après la crise de délire. Dans une perspective à moyen terme, c'est grâce à son attitude attentive vis-à-vis des modifications de caractère ou d'habitudes de son patient que l'infirmière peut

suspecter l'approche d'une crise de délire. Juste avant une telle crise elle peut prendre les dispositions pratiques pour pallier les manquements physiques et mentaux à venir du bénéficiaire de soins.

Après la crise, une bonne application du savoir esthétique conduit à un apaisement de la situation difficile qui vient d'être vécue. Elle permet de créer une atmosphère propice à la récupération rapide des facultés émoussées du patient, dans un climat de détente et de surveillance adéquates.

LE SAVOIR ÉTHIQUE

Selon Barbara Carper (1978), le savoir éthique est celui des jugements moraux que nous portons dans certaines situations de soins. Bien qu'évidemment lié aux règlements internes comme aux lois et autres codes moraux, il a une portée plus large et personnelle. Il implique une remise en question de soi-même avant tout, de ses valeurs vis-à-vis de la situation ou du patient. Il pousse à être réfléchi et créatif afin de prendre des décisions justes et raisonnables, donc responsables, que l'on applique dans la prise en charge fournie à la personne soignée. La responsabilité du patient et de sa famille est aussi nettement engagée dans l'application pertinente de ce savoir.

Cet aspect du savoir est primordial dans le cas de patients sujets à des crises de DT, ou de tout délire consécutif à des situations de manque. L'équipe de soins doit garder à l'esprit l'importance de la dignité du patient. La démarche du patient est souvent longue pour améliorer la crise de délire et peut nécessiter une posture professionnelle exigeante de la part des soignants,

qui peut être un processus long et complexe. Ce processus comporte des échecs et des régressions qui ont des incidences sur l'état physique et psychique du patient. Les professionnels s'abstiendront de le juger dans ce cas, mais lui apporteront l'encouragement et l'aide nécessaire pour réussir dans sa démarche.

Ce savoir, dans une approche pluridisciplinaire, est confronté à des situations d'interdiction et de dénonciation légales, notamment vis-à-vis de la dépendance alcoolique ou de la toxicomanie. Il n'est pas toujours simple de déterminer la limite d'influence de nos croyances morales et éthiques dans notre travail et notre attitude professionnelle.

Nous ne développerons pas la question de l'éthique dans notre travail, mais il est du devoir de l'infirmière de se mettre en question par rapport à son ressenti et d'essayer d'y amener une réponse adéquate.

UNE REVUE EXPLORATOIRE DE LA LITTÉRATURE

Dans ce chapitre nous allons développer les éléments que contient notre question de départ. Nous allons définir le dépistage, les quatre types de prévention, les catégories d'âges, le delirium, le rôle infirmier en milieu hospitalier et la dépendance. Nous allons intégrer les statistiques de l'OFS afin de compléter ces définitions pour voir le pourcentage de population concerné par notre problématique.

LE DÉPISTAGE

Le dépistage est une action qui s'inscrit dans la prévention secondaire, dans laquelle on s'intéresse à une problématique asymptomatique. Le but étant de rechercher et d'identifier une affection ou un dysfonctionnement afin de poser un diagnostic et de prévenir les complications. La santé publique vise à favoriser et préserver la santé des êtres humains afin d'avoir une bonne santé (Ladner & Audureau, 2011).

Par rapport à notre problématique, l'OFS reconnaît que la consommation chronique d'alcool est nocive pour la santé et que celle-ci peut devenir dangereuse et engendrer une dépendance. Celle-ci peut avoir des conséquences durables sur la santé des individus et provoquer des complications sur leur santé. On sait également que la consommation d'alcool croît avec l'âge. Statistiquement, 38% des hommes et 20 % des femmes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ont une consommation d'alcool quotidienne. En tant que soignant il est important d'avoir connaissance de ces chiffres, car cette population risque de se trouver dans un service de soins aigus pour un problème différent. Ce qui donne du sens à l'évaluation clinique, c'est cela qui nous permet de mettre en avant les risques de SSA, par exemple. C'est pourquoi le dépistage est primordial dans la prise en charge infirmière.

LA PRÉVENTION

La prévention est une action visant à réduire l'impact des problèmes de santé, à diminuer la survenue des maladies, leur progression et leurs

complications. Il peut s'agir d'interventions médicales, d'un contrôle de l'environnement de vie, des mesures législatives et socioculturelles (Monnier & Deschamps, 1980). On retrouve quatre étapes dans la prévention :

LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Il s'agit d'actions mises en place avant la survenue d'un évènement problématique. Elle a pour but de supprimer la survenue de cette dernière en diminuant les facteurs de risque. Il s'agit, par exemple, de la vaccination (BDSP).

LA PRÉVENTION SECONDAIRE

On parle de prévention secondaire lorsqu'on met en place des actions à but préventif chez une population à risque. Le dépistage du cancer du sein, par exemple, entre dans cette catégorie. On essaie d'identifier la maladie prématurément, afin d'éviter les complications et les récives (BDSP).

LA PRÉVENTION TERTIAIRE

Cette étape vise la réduction des invalidités induites par la maladie, les récives, et vise une amélioration de la qualité de vie. Ce concept comprend la réadaptation et la réinsertion professionnelle et sociale (BDSP).

LA PRÉVENTION QUATERNAIRE

Les soins palliatifs font partie intégrante de la prévention et ont leur place au sein de la prévention quaternaire. À ce stade de vie, on essaie de protéger le patient des risques de sur médication, des soins invasifs et on lui

propose des soins éthiquement acceptables. On prend en compte les directives anticipées de la personne soignée (BDSP).

LA PERSONNE ÂGÉE

Selon Helen Bee et Denise Boyd, il existe 3 catégories d'âges de la vie d'adulte. La période de vie du jeune adulte se situe entre 20 et 40 ans, celui de l'adulte moyen entre 40 et 65 ans et pour finir l'adulte avancé en âge est celui qui a plus de 65 ans. C'est dans cette dernière catégorie qu'on retrouve les personnes âgées (Bee & Boyd, 2011).

L'espérance de vie s'allongeant de plus en plus, les gérontologues sont obligés de diviser les personnes âgées en 3 sous-groupes. Nous connaissons tous le terme du « troisième âge ». Dans la littérature celui-ci correspond à une tranche d'âge qui va de 65 à 75 ans alors que le quatrième âge rassemble les 75-85 ans et le cinquième âge est celui des plus de 85 ans (Bee & Boyd, 2011).

LE DELIRIUM

Selon le Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux – 4ème édition (DSM-IV), il existe quatre types de delirium :

- Delirium dû à une affection médicale générale ;
- Delirium induit par une substance (par substance on entend, un médicament ou substance toxique donnant lieu à un abus) ;
- Delirium dû à des étiologies multiples ;

- Delirium non spécifié (étiologie non déterminée).

La perturbation première liée au delirium est un déficit cognitif significatif représentant un changement important par rapport au comportement initial de la personne. Ce déficit s'installe rapidement dans le cas du delirium et ne peut pas être expliqué par une pathologie préexistante. Une baisse de l'état de conscience et l'altération des fonctions comme la capacité à se concentrer ou mobiliser l'attention sont aussi observées, ce qui perturbe la communication avec le patient. La perte de la mémoire et les troubles du langage peuvent également empirer la situation.

Lors de l'hospitalisation, un grand risque d'épisode de délire aigu existe. En effet, 10 à 30% des personnes hospitalisées peuvent souffrir de delirium. Dans une maison de retraite, la prévalence peut monter jusqu'à 60% (DSM-IV, 2005).

La guérison du delirium peut prendre quelques heures, ou quelques jours, mais dans certains cas, cela peut durer plusieurs mois. Cela dépend de l'âge, du fonctionnement cognitif, d'une existence ou non de démence ou d'autres maladies sous-jacentes. Selon le DSM-IV (2005), une guérison complète ne peut être attendue si on ne traite pas la cause. En ce qui concerne les personnes âgées, il a été observé qu'elles présentaient une fréquence de guérison de 4 à 40% à la sortie de l'hôpital, et de 20 à 75% des personnes âgées ont un risque de mourir pendant l'hospitalisation. Cependant le DSM-IV ne donne pas plus de précisions sur les causes réelles de ces décès.

Il n'est pas rare que le delirium soit multifactoriel, chez une personne présentant une affection médicale générale qui consomme une substance toxique ou qui prend de multiples médicaments par exemple (DSM-IV, 2005).

Nous retrouver une définition plus détaillée du délirium selon le DSM-IV en annexe à l'appendice A

LA DÉPENDANCE

A. Goodman (1990) définit l'addiction/la dépendance comme :

« Un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».

Vous pourrez trouver La liste de critères diagnostiques selon A. Goodman en annexe à l'appendice B.

Selon l'OFS, l'une des principales causes de décès prématurés et d'atteinte à la santé est la consommation excessive d'alcool. Il faut savoir que 89% des hommes et 78% des femmes consomment de l'alcool et cette consommation augmente avec l'âge. Cependant, la consommation d'alcool quotidienne a diminué depuis 1992 en passant de 31% chez les hommes à 17% (OFS, Estimation de la consommation d'alcool selon l'âge et son évolution dans le temps effectuée en 2012, 2014).

Selon l'OMS, la dépendance est un état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une

substance, se caractérisant par des modifications du comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de frustration. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance et un même individu peut être dépendant de plusieurs produits (OMS, 2017).

La dépendance psychique apparaît avant la dépendance physique. Lors de la dépendance psychique, l'individu recherche de plus en plus le plaisir enivrant de l'alcool, par exemple, tout en fuyant toutes autres sources de satisfactions. Le besoin de boissons alcoolisées accaparant ses pensées va rendre très douloureux l'arrêt de la consommation (OMS, 2017).

La dépendance physique est entraînée beaucoup plus tard. Lors de consommation chronique d'alcool, l'organisme ne peut plus fonctionner sans cette consommation. Celle-ci aboutit à la tolérance du produit, puis à l'accoutumance (OMS, 2017).

LE RÔLE INFIRMIER DANS LES SOINS AIGUS

L'infirmière a un rôle primordial dans la prise en charge et dans l'accompagnement des bénéficiaires de soins. Selon Nadot, l'infirmière fournit des prestations particulières :

Le rôle de l'infirmier consiste « à assurer le bon fonctionnement de l'institution en général ainsi que de la structure socio-sanitaire en particulier » (Nadot, 2008, p.366-367 et Nadot, 2009, p.117).

Il s'agit de la fonction médico-déléguée. Elle consiste, selon Nadot (2009) à contribuer aux traitements et à la prévention des maladies en tant qu'agent informateur et en tant qu'agent applicateur de prescriptions. Cela implique que l'infirmière, dans sa fonction médico-déléguée, collecte avec précision les informations nécessaires au corps médical, selon les règles de l'art, les traitements prescrits, les investigations demandées, les mesures de réhabilitation, de prévention et d'enseignement requis.

Elle concerne également la fonction indépendante du rôle infirmier. Il comporte deux pôles :

LE PÔLE DE LA PERSONNE SOIGNÉE

Le pôle de la personne soignée et son entourage comprend l'aide et le soutien dans les moments de crise et les différentes étapes de la vie. De plus, l'infirmière assiste les patients dans les activités de la vie quotidienne et les accompagne dans le renforcement de leur autonomie (Nadot, 2009).

LE PÔLE SOIGNANT (INDIVIDUS ET ÉQUIPE)

Le pôle soignant « met en évidence ce qui se joue au niveau du corps professionnel soignant, d'un point de vue individuel et collectif ». (Nadot, 2008, p.370 ; 2009, p.109-110).

Nadot décrit alors l'infirmière comme une intermédiaire culturelle travaillant dans un environnement, un espace-temps, où les enjeux de pouvoir et les valeurs doivent être « transcendés » et les différents acteurs reliés pour permettre un bon fonctionnement du système global et une prise en charge pertinente du patient (Nadot, 2008, p.365).

Notre question de départ, se limitant aux contextes de soin aigus chez la personne âgée, touche une problématique très complexe. Il est donc important en tant que soignant d'avoir une connaissance de soi-même et de définir ses propres valeurs et limites. Il est également primordial de déployer des habiletés telles que l'écoute, l'empathie et l'authenticité. Ceci dans le but d'adopter une relation de confiance envers le patient, et que le patient puisse exprimer ses souffrances, son problème relié à l'alcool, aux crises de DT et ainsi que ses ressentis.

Cette relation d'aide a pour but d'encourager l'autre à s'épanouir, à se développer, à murir, à mieux se porter et à mieux faire face à la vie, pour l'amener à la compréhension et l'acceptation de soi et de ses problèmes et ainsi trouver ses propres ressources qui lui permettront alors de se prendre en charge lui-même (Rogers, 2001, p.139).

LES CONCEPTS PERTINENTS

Parmi les notions de prévention et de dépistage, nous avons choisi de ne garder que la deuxième notion. Nous voulons nous concentrer sur une

population déjà hospitalisée, et ceci limite très grandement l'application de la prévention primaire et même de la prévention secondaire. Quant à la prévention tertiaire, elle est la plus pertinente de toutes, mais il nous paraît difficile de nous centrer sur cette prévention uniquement. Elle sera certes complémentaire avec le dépistage, mais reste très restreinte. Le dépistage nous permet d'identifier certains symptômes qui nous interpellent afin de poser un diagnostic, et de prévenir les complications liées au DT. Le dépistage favorisera également le rétablissement plus rapide chez le patient, s'il est effectué précocement.

Nous choisissons, comme dit plus haut, de nous préoccuper de la population hospitalisée, car nous savons que cette dernière risque plus facilement de développer un épisode de DT dû à la difficulté à se procurer de l'alcool. Nous pensons qu'il est pertinent de s'intéresser à cette population, car nous imaginons que le stress lié à une hospitalisation, et le pourcentage (mis en avant précédemment) des personnes âgées consommant une substance psycho active, augmente le risque de développer un DT. Nous espérons que les outils de diagnostic peuvent être applicables dans tous les milieux hospitaliers et lieux de vie.

Le delirium a plusieurs origines ethnologiques qui sont très éloignées les unes des autres. Le DT s'intéresse à un épisode de délire induit par l'arrêt d'une consommation toxique de l'alcool. Nous avons décidé de nous concentrer seulement sur le DT, car la dépendance alcoolique chez la personne

âgée nous intéresse et nous permet de nous concentrer sur une problématique précise. Nous avons également remarqué selon certaines statistiques que le pourcentage des dépendances alcooliques est prédominant. Nous trouvons important d'aborder un sujet que nous pouvons rencontrer dans notre future vie professionnelle.

Selon notre expérience, la consommation d'alcool chez cette population âgée reste un sujet tabou. Cette situation complique le dépistage des signes de sevrage et sa prise en charge.

Nous avons décidé de nous concentrer sur les trois sous-groupes de l'adulte avancé en âge, car nous pensons que notre travail possède un meilleur impact si nous avons une population étudiée large. Donc notre travail concerne les personnes à partir de 65 ans. La population de cet âge est d'ailleurs plus vulnérable à des hospitalisations en soins aigus en lien avec des problèmes de santé liés à l'âge (par exemple : problèmes cardiaques, problèmes vasculaires, démences).

Entre 65 et 74 ans 35% des hommes suisses consomment de l'alcool tous les jours. Ce chiffre monte à 42,1% à partir de 75 ans. Chez la femme suisse, ces chiffres sont moins élevés, mais restent tout de même considérables. En 2012, 21,2% des femmes âgées de 65 à 74 ans consomment tous les jours tandis qu'elles ne sont plus que 19,1% après 75 ans.

Pour notre travail de Bachelor, il nous semble important de se centrer sur une problématique courante que nous pouvons expérimenter, une problématique qui est pertinente en lien avec les statistiques de l'OFS et qui permet de diminuer les complications liées à la pathologie. De ce fait, notre question de départ qui est « comment dépister et prévenir le DT chez les personnes âgées hospitalisées » se précise en « Comment dépister le delirium tremens chez la personne âgée hospitalisée dans un milieu de soins aigus ? »

**CHAPITRE 3 : CHAMPS DISCIPLINAIRES ET
CONCEPTS**

Nous choisissons un cadre de référence pour notre travail, au travers de la théorie de soins infirmiers conceptuelle de Neuman et Fawcett (2011) (TNF). À l'aide de la méthodologie déductive CTE mise au point par Jacqueline Fawcett (2017), nous déterminons les concepts utiles pour notre travail tels que le syndrome de sevrage alcoolique, la situation de crise, le dépistage et le vieillissement.

APPLICATION DE LA THÉORIE DE NEUMANN ET FAWCETT

Cette partie théorique est divisée en deux sections, dans un premier temps, la théorie de Neuman-Fawcett (TNF) est rappelée (Neuman & Fawcett, *The Neuman Systems Model*, 2011). On trouve en annexe une présentation plus complète de cette théorie conceptuelle. Ensuite, les liens entre la TNF et notre question de recherche sont abordés et les concepts et techniques spécifiques à notre travail sont présentés.

CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

Les modèles conceptuels infirmiers sont des bases excellentes pour débiter une recherche infirmière. Ils apportent une bonne orientation de départ, un cadre de pensée rigoureux, et une cohérence entre les événements et les processus (Fawcett & DeSanto-Madeya, *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2012). La TNF est surtout utilisé pour la prévention sur les lignes de défense et de résistance, il convient donc très bien à notre théorie comme modèle pour notre

question de recherche, orientée sur la détection préventive des problèmes alcooliques.

La TNF est orientée vers la personne (le système client), son bien-être en relation avec les facteurs de stress (appelé stressseurs) qu'elle subit. L'idée centrale est d'apporter au patient une aide proactive afin de conserver et d'améliorer sa qualité de vie. Le patient est considéré comme un système biologique ouvert, comprenant une partie de son environnement. L'infirmière a un rôle central dans cette recherche d'un équilibre du patient contre les stressseurs.

Le système client est au centre de la TNF. Il comporte la structure de base, et les lignes de défense et de résistance. Il s'agit d'un système ouvert, dynamique, en constante interaction avec son environnement. Il comprend les cinq variables physiologiques, psychologiques, socioculturelles, développementales et spirituelles de la personne.

Les soins infirmiers sont intégrés dans le modèle sous forme de préventions. La prévention primaire, appelée promotion de la santé, vise à protéger la ligne de défense normale et à la durcir. La prévention secondaire a comme but de prévenir l'invasion des stressseurs à travers la ligne de défense normale. L'idée est d'évaluer précocement les symptômes et de prendre en charge des processus de défense afin de les empêcher d'atteindre les lignes de résistance. La prévention tertiaire est le traitement de la maladie

proprement dite. Elle vise à renforcer la personne afin de lui faire retrouver le bien-être et la santé.

Nous avons détaillé l'explication de la TNF en annexe à l'appendice C ainsi que les liens avec les métaparadigmes infirmier en appendice D et les liens entre la théorie et les savoirs infirmiers en appendice E.

LA STRUCTURE CTE DE FAWCETT

Dans cette structure, qui est en fait une méthodologie déductive permettant de passer d'un point de vue global à un point de vue empirique (technique) (Fawcett, *Applying conceptual models of nursing : quality improvement, research and practice*, 2017), le « C » est la première étape, l'étape de la théorie conceptuelle ; dans notre cas, il s'agit de la TNF. Nous retenons de ce modèle conceptuel que les parties intervenant directement dans notre problématique de départ. Le « T » est la théorie sous-jacente qui est « le guide direct pour certaines activités infirmières pratiques » ; dans notre cas, le T est représenté par notre question de travail (Q) : « Comment dépister le delirium tremens chez la personne âgée hospitalisée dans un milieu de soins aigus ? ». L'« E » est mis pour les méthodes empiriques, dans le sens anglo-saxon de méthodes techniques ; pour notre étude, cet aspect est subordonné aux techniques à disposition dans une unité de soins aigus.

Le diagramme ci-dessous représente notre analyse de la situation propre à notre travail. Ce schéma est à comprendre du général vers le particulier. Il permet d'identifier les concepts importants, et les outils

techniques à utiliser pour notre thème de travail. Nous nous sommes limités aux aspects principaux de la TNF.

C : TNF	T : Question	E : techniques
Stresseurs	SSA ou DT	Dépistages et facteurs de risque associés
Environnement	Unité de soins aigus	Comorbidités
Variable physiologique	Crises	Mesures bio-physiologiques associées
Variable développementale	Personne âgée, vieillissement	<i>Caring</i> particulier
Variable socioculturelle	Tabou lié à la consommation d'alcool	Formation du personnel au processus
Variable psychologique	Participation du client au processus	Explications, encouragement du personnel
Variable spirituelle	Sans incidence	-
Prévention secondaire	Processus et outils	Formation et gestion

Il s'agit dans notre étude de détecter les écarts par rapport au bien-être de l'individu client. Dans notre cas, le stresseur est identifié comme étant le sevrage alcoolique ou le DT et d'identifier les indices cliniques qui permettent de dépister le SSA. Les lignes de défense flexibles et normales ont été percées par le stresseur qui est maintenant au niveau de la ligne de résistance.

L'environnement est central dans le processus. Il est souvent à l'origine du stress, les unités de soins aigus n'autorisent pas normalement la consommation d'alcool. Le client est hospitalisé pour d'autres causes, qui sont autant de facteurs de stress qui viennent s'ajouter au SSA s'il survient. Dans ce cas, la prise en compte des comorbidités est essentielle pour éviter les interactions défavorables et les erreurs de diagnostic.

Il est primordial de considérer l'individu dans sa globalité, et donc de considérer les 5 variables de la TNF. On va chercher à identifier les raisons entre le patient et son environnement qui ont conduit à cette situation. Pour tenir compte de la globalité du client et de ces cinq variables, un travail et une collaboration pluridisciplinaire entre les différents soignants sont souhaités, pour une prise en charge de qualité.

La variable physiologique est surtout révélée lors de crises de désordres alcooliques ou de DT. Il s'agit de déterminer d'une part les soins médicaux et infirmiers nécessaires à la réduction de la crise, et de suivre le patient dans l'évolution de sa crise. Il peut arriver que de telles crises soient répétitives ou de longue durée. Il est alors primordial de savoir, par la mesure constante, voire continue, de variables physiologiques et biologiques notamment, quand la crise diminue ou cesse. Dans les milieux de soins aigus, les techniques et les mesures de ces variables ne posent pas de difficultés particulières ; elles demandent une bonne planification des traitements et soins.

L'hospitalisation et l'arrêt de la consommation sont des sources de stress importants, car elles représentent des changements conséquents dans le quotidien de la personne. À cela, s'ajoutent les transformations perceptuelles, sensorielles, cognitives et affectives en lien avec son vieillissement qui peuvent influencer son état de stress. La personne âgée, à cause de l'effet du vieillissement, présente une vulnérabilité supplémentaire par rapport aux patients plus jeunes. Elle doit donc faire l'objet d'un *caring* infirmier étendu.

Les questions liées à l'alcool, ou plus directement à la consommation alcoolique d'un patient sont des questions qui demandent un savoir esthétique probant de la part du personnel infirmier. Dans un test de dépistage d'AWS par exemple, les questions de fréquence et de quantités d'alcool bues sont des questions clés dont on ne peut pas faire abstraction. Il est fondamental que les infirmières soient rendues attentives, lors de leur formation au processus de détection, de la difficulté de ces outils, et qu'elles soient capables de motiver le patient à être honnête dans ces réponses d'une part, et qu'elles arrivent à obtenir son adhésion au processus de l'autre.

Par des entretiens par exemple, il est important de se rendre compte de l'état psychologique du patient, de sa capacité à envisager sa dépendance, ses besoins, et de décider avec lui des options de soins possibles, et permettant ainsi un jugement clinique plus approfondi par le personnel médical. En tant que professionnel il est important d'éprouver de l'empathie,

une relation d'aide, une alliance thérapeutique, d'informer et de subvenir aux besoins du patient, afin d'accompagner le bénéficiaire de soins dans son évolution. L'importance de la variable psychologique est cruciale dans le genre de réponse du client qui est confronté à un SSA. Sa participation, sa motivation dans la recherche de son bien-être vont contribuer à une amélioration de son état de santé. Une vision large du client est à considérer pour atteindre ce but. L'environnement familial, ou l'environnement proche sont des facteurs importants de succès.

La variable spirituelle n'est pas importante pour déterminer les concepts ou les techniques relevant de notre problématique : en effet, dans notre société occidentale, l'abus d'alcool n'est pas lié à des pratiques religieuses. Il est cependant possible que le patient trouve un réconfort puissant dans sa participation à un sevrage efficace et réussi, notamment par la prière.

Après avoir considéré toutes ces variables du client, nous pouvons établir un diagnostic infirmier, déterminer les ressources du patient et la stratégie de prévention secondaire pour rétablir la ligne de défense normale du client dans son intégrité. Un suivi régulier du patient va permettre d'éviter une attaque de la structure de base, c'est-à-dire une crise de DT. Il importe notamment de suivre l'évolution physiologique du patient de manière intensive, mais aussi l'évolution des autres variables, en particulier dans sa compliance au traitement. Toute cette partie concernant la mise en place du processus de détection, des outils permettant de déterminer les risques de

SSA, du suivi des patients présentant effectivement des crises, demandent la mise en place d'un projet complet avec des étapes de formation, de gestion, de planification et d'évaluation du personnel infirmier.

L'avantage que la TNF apporte dans le cas de la détection de syndrome alcoolique est de plusieurs ordres : en premier lieu le patient est considéré comme une entité large qui comprend son environnement immédiat, sa famille par exemple. Le rôle de cet environnement dans le succès du traitement est souvent important pour ce type de maladie. En second lieu, l'utilisation des lignes de défense et des résistances nous permettent d'évaluer de manière précise le type de prévention spécifique à la maladie ; dans notre cas il s'agit d'une prévention secondaire qui pourrait dégénérer en DT si la structure de base du patient est atteinte. Comme le risque de mortalité dans une crise de DT est élevé, cette théorie nous permet d'agir en amont et de prévoir le risque.

LES CONCEPTS RETENUS

Ces concepts liés à notre question de travail sont résumés dans la deuxième colonne du tableau CTE. Nous les présentons ici, en nous limitant à ceux qui n'ont pas été abordés auparavant.

LE SYNDROME DE SEVRAGE ALCOOLIQUE (SSA)

Le syndrome de sevrage alcoolique survient lorsqu'une personne alcoolodépendante cesse ou diminue brutalement sa consommation d'alcool. Il se manifeste généralement dans les six à vingt-quatre heures après sa

dernière consommation d'alcool. Les degrés de sévérité varient selon les symptômes, il peut être léger, modéré ou sévère (Riddle, Bush, Tittle, & Dilkhush, 2010).

La physiopathologie du SSA est compliquée, car plusieurs neurotransmetteurs sont impliqués, et le système nerveux central subit un déséquilibre de ces derniers (Wayne Hall, Deborah Zador, 1997). Le système cérébral fonctionne grâce à un équilibre entre des neurotransmetteurs inhibiteurs et excitateurs.

Au niveau des neurotransmetteurs, la consommation chronique d'alcool diminue l'activité catécholaminergique et modifie l'activité de la sérotonine. Une hyperactivité catécholaminergique est impliquée dans les manifestations du SSA. En revanche, des états dépressifs lors du SSA peuvent être observés, et eux sont dus aux modifications du métabolisme de la sérotonine.

L'acide gamma-amino butyrique (GABA) est un neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux. Lors de consommation d'alcool, on observe une augmentation de l'activité GABAergique. En outre, lors de consommation chronique d'alcool, le nombre de récepteurs GABA diminue. De façon concomitante, l'alcool agit au niveau des neurotransmetteurs excitateurs comme le Glutamate impliqué par l'intermédiaire du récepteur N-méthyle-D-aspartate (NMDA). L'alcool inhibe les récepteurs NMDA. Par contre, en cas de consommation chronique d'alcool le nombre de récepteurs NMDA augmente. Par conséquent, lors de sevrage alcoolique, une hyperactivité des

neurotransmetteurs excitateurs, en particulier du glutamate, par l'intermédiaire des récepteurs NMDA en nombre accru, est perçue, ainsi qu'une diminution des effets inhibiteurs du système GABAergique dont les récepteurs sont diminués. Les modifications de ces deux systèmes jouent un rôle lors du SSA pouvant manifester les symptômes suivants : des hallucinations, des crises de convulsions pouvant amener un DT (Couzigou & Ledinghen, 2002).

D'un point de vue de la symptomatologie, le SSA peut développer des symptômes psychiatriques et neurologiques en lien avec le déséquilibre des neurotransmetteurs et des symptômes du système nerveux autonome. Les symptômes peuvent également être classés en des symptômes mineurs ou majeurs. Les symptômes surviennent souvent vingt-quatre heures après la dernière consommation d'alcool.

Les tremblements et les céphalées sont associés à des symptômes mineurs du système neurologique tandis que les convulsions sont des symptômes majeurs. Les symptômes psychiatriques mineurs se manifestent par des insomnies, de l'anxiété et de l'agitation psychomotrice. Les symptômes majeurs se manifestent également par des hallucinations visuelles ou auditives. Au niveau du système autonome, des symptômes comme les palpitations, la sudation, l'hypertension, la tachycardie, des nausées et des vomissements peuvent être perçus lors de symptômes mineurs, et une hyperthermie peut être associée à des symptômes majeurs (Berdoz & Chapuis, 2005).

Le DT est une complication du SSA. Il est caractérisé par des désorientations temporo-spatiales, des délires oniriques, des périodes d'anxiété, d'agitation. Il est caractérisé également par des troubles neurologiques, des tremblements. Le patient a de la difficulté à articuler, il a également des troubles de l'équilibre et de la coordination pouvant aller jusqu'aux crises convulsives. Des signes généraux comme la fièvre, la déshydratation, des sueurs ou la tachycardie peuvent être présents selon la gravité du DT (Couzigou & Ledinghen, 2002).

LA SITUATION DE CRISE

Selon Doron et Parot, «la crise est liée à un évènement ponctuel et localisé : c'est un changement décisif, un moment aigu de déséquilibre. La notion de crise est donc liée à celle de continuité ou de discontinuité. La crise peut être prévisible (crise de l'adolescence) ou imprévisible (crise cardiaque) ».

En psychologie, selon Kaës et collaborateurs (et coll.) Penser la crise, c'est mentaliser une rupture ». Ces auteurs définissent la crise sur deux niveaux :

Premièrement elle est définie comme un changement soudain pouvant engendrer des situations de stress ou de détresse, voire d'affections mentales, comme la dépression si la personne ne réussit pas à surmonter cette crise, selon les ressources dont elle dispose.

Deuxièmement, c'est une période de transition, caractérisée par des bouleversements plus ou moins prévisibles sur le plan affectif, psychologique et intellectuel. Ces périodes sont nommées « état de crise ».

La crise en médecine est définie comme un changement d'état brutal qui survient chez une personne suite à une situation pathologique. Le terme de « crise » s'applique à des affections bénignes comme des crises de migraine, par exemple, mais aussi à des affections sévères comme lors de crises cardiaques.

Selon Kaës, de Fonaire et Larose, la crise est une composante personnelle dépendante de la culture et de l'expérience de vie de l'individu. La crise est considérée comme un élément subjectif, les personnes confrontées à des situations de crise vivent et interprètent les situations de crise selon la représentation qui leur sont propres.

Une situation de crise peut être vécue par l'individu comme une expérience positive. C'est-à-dire que l'individu peut en tirer une expérience positive, ou une source de progrès, car elle permet un dépassement de soi, un accroissement de la maturité. Par contre, elle peut également être vécue comme une expérience négative, car la situation de crise laisse des conséquences traumatiques importantes pouvant entraîner des affections mentales sévères.

En médecine, les situations de crise sont souvent liées à des pathologies. Le personnel médical et infirmier répond aux situations pouvant être urgentes, graves ou bénignes. L'attitude empathique, l'information, le dialogue et l'utilisation de la relation d'aide de l'équipe soignante sont des moyens soutenant et aidant les patients qui sont en situation de crise. Tous ces moyens permettent à l'individu de développer les ressources nécessaires à la résolution de cette situation délicate (Formarier & Jovic, 2012).

LE DÉPISTAGE

Selon Alan S. Morisson (1992), le dépistage est :

L'examen d'individus asymptomatiques pour déterminer leur probabilité d'avoir la condition qui fait l'objet du dépistage. Les individus dont la probabilité d'être atteints est suffisamment élevée sont ensuite soumis à des investigations diagnostiques complètes. Les individus avec la condition sont alors traités (Alan S. Morisson, 1992).

Cette définition met en évidence que le dépistage est un triple processus. Premièrement, il a pour but de déterminer la probabilité qu'un individu présente une condition, c'est-à-dire une maladie ou une condition pré morbide, ou un facteur de risque. Deuxièmement, le dépistage vise à établir un diagnostic effectué par le médecin. Pour finir, en cas de réel diagnostic, il s'agira d'intervenir et de prendre le patient en charge. Cette intervention est généralement curative, c'est-à-dire que le patient subit une intervention chirurgicale ou doit prendre des traitements spécifiques, mais il peut s'agir

également de surveiller les facteurs ou les éléments spécifiques à la maladie, comme des examens biologiques.

L'objectif du dépistage précoce (parfois appelée prévention secondaire) vise à identifier et à prendre en charge des personnes développant déjà des phénomènes pathologiques, mais dont le patient ne nécessite encore aucune aide du personnel soignant, car il est asymptomatique (Wilson & Jungner, 1968).

Selon l'OMS, le dépistage permet l'identification, de manière présomptive, les sujets atteints d'une maladie à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée. Le dépistage doit permettre la division entre les personnes en bonne santé, mais qui sont probablement atteintes d'une maladie et les personnes indemnes.

Selon Wilson et Jungner (1968), plusieurs exigences sont requises pour l'organisation d'un dépistage de masse ou sélectif. Premièrement, la maladie doit constituer un problème majeur de santé publique. Ensuite, des moyens pour établir un diagnostic et pour administrer les traitements sont disponibles. Il faut également qu'une phase symptomatique latente de la maladie soit présente ou que les symptômes soient précocement décelables. Cependant il faut que l'examen ou l'outil de dépistage soit acceptable pour la population visée, que la pathologie soit connue ainsi que son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique. De plus, le choix des sujets qui recevront un traitement est défini selon des critères préétablis et le coût de dépistage

ainsi que les coûts pour le diagnostic et les traitements des individus dépistés ne sont pas disproportionnés par rapport au coût global des soins médicaux. Pour finir, le dépistage est un processus continu et il n'est pas considéré comme une opération unique.

LE VIEILLISSEMENT

Tout individu possède un capital génétique. D'un point de vue scientifique, les gènes sont confrontés à un cadre temporel et à un environnement défini. Selon Gommers et Van Den Bosch de Aguila (1992), les individus établissent, tout au long de leur vie, des interactions avec leur environnement. La vie repose sur ces différents processus et le vieillissement est le résultat de phénomènes involutifs (Formarier & Jovic, 2012).

Sur le plan sociologique, vieillir conduit souvent au pessimisme et aux aspects négatifs de la vieillesse, car dans notre société notre langage et nos comportements valorisent le « jeunisme ». Il est possible d'accepter la vieillesse comme une étape naturelle. Les possibilités cognitives, socio-économiques, culturelles et biologiques des personnes âgées peuvent les emmener à vivre de manière autonome (Formarier & Jovic, 2012).

Les personnes âgées subissent des transformations des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et affectueux. Sur le plan pathologique, la vieillesse est souvent associée à des polyopathologies comme des maladies cardio-vasculaires, des affections articulaires, des maladies neurodégénératives. De plus, sur le plan social, la vieillesse est associée à une

perte du rôle social, mais également aux capacités d'adaptation que la personne âgée a apprises durant son existence (Formarier & Jovic, 2012)

CHAPITRE 4 : METHODE

Dans ce chapitre, nous cherchons à trouver des articles scientifiques nous permettant de mettre en évidence les outils existant afin de dépister le DT chez les personnes âgées hospitalisées. Cette démarche est réalisée à l'aide de l'outil PICOT afin de préciser les recherches quant à la population, aux interventions, aux différentes comparaisons et aux résultats. Le tableau PICOT représentant notre question de recherche se retrouve en annexe à l'appendice F.

Notre question finale « Comment dépister le DT chez les personnes âgées hospitalisées ? » est de type « Intervention » selon la méthodologie PICOT, car elle se base sur la prévention secondaire. C'est-à-dire que les articles choisis doivent nous apporter des éléments (ou des outils) aidant le personnel soignant à identifier précocement la consommation chronique d'alcool chez les patients hospitalisés et d'identifier les signes précurseurs du SSA afin d'éviter ces complications et le DT.

Premièrement, la traduction des mots clés dans le grand dictionnaire terminologique a été effectuée. Ensuite différentes recherches sur plusieurs bases de données ont été effectuées, telles que Pubmed avec les traducteurs Mesh, ainsi que Cinhal, Medline et Psychinfo avec les traducteurs OVID. Ces bases de données sont les plus utilisées pour la recherche d'articles infirmiers. Pubmed est une base de données ciblée principalement sur le domaine médical, Cinhal se concentre plus précisément sur le paramédical et l'infirmier, tandis que Medline est une base de données qui regroupe la

médecine clinique, l'anatomie et physiologie, pharmacie et pharmacologie, médecine dentaire, psychiatrie et la santé publique ; Psychinfo regroupe la psychologie et des domaines apparentés (psychiatrie, sociologie, soins et économie). Un tableau mettant en évidence les mots clés et les descripteurs est placé en annexe.

Les filtres que nous avons utilisés afin de restreindre le nombre d'articles lors de la recherche sont les suivants :

- Des articles datant de moins de 10 ans (depuis 2007) ;
- Des articles entièrement disponibles en ligne pour nous permettre d'avoir accès à l'intégralité de l'étude ;
- Nous avons également ajouté le critère d'âge : +65 ans.

Les descripteurs et les filtres cités précédemment concernent toutes les bases de données. Afin de choisir les articles de manière pertinente, nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion, détaillés ci-dessous.

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Premièrement, lors de recherche dans les bases de données nous avons rencontré des difficultés à utiliser le mot clé « Delirium Tremens », car, en anglais, le DT et l'épisode de délire aigu sont souvent confondus. Dû à cette contrainte, les articles obtenus se sont également basés sur le syndrome de sevrage en général.

Il nous a été difficile de trouver des études qui ne concernaient que la population âgée de plus de 65 ans. Suite à cette difficulté, nous avons également inclus la population adulte dans notre étude.

Nous avons aussi élargi notre recherche en incluant les articles traitant de la prévention secondaire, car le dépistage fait partie de cette dernière. Nous avons également inclus les études systématiques qui comparent les différents outils utilisés pour dépister le SSA.

Concernant les critères d'exclusion, nous avons éliminé les articles parlant des épisodes de délire aigu et les personnes âgées, car ces derniers sont fortement liés. Tous les articles incluant la prise en charge pharmacologique ont été exclus de l'étude, car ils se réfèrent à la prévention tertiaire et ne faisant pas partie de notre rôle spécifique. Certains articles intéressants, mais trop récents ont dû être exclus par manque d'accessibilité.

Nous avons également comme contrainte une certaine valeur de facteur de notoriété (*impact factor*) à respecter. Tous les articles publiés dans un journal ou une revue qui ont un *impact factor* inférieur à 0.5 ont été exclus de notre recherche.

Nous présentons nos recherches d'articles, synthétisant les mots clés utilisés, le nombre d'articles retenus, ainsi que le titre des études en mettant en évidence l'année de publication et *l'impact factor*, à l'aide d'un tablea

Bases de données	Mots clés	Nombre d'articles	Nombre d'articles retenus	Articles retenus
PsycInfo	Alcohol withdrawal delirium AND screening AND inpatient	10	1	« The "Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome » 2014 / impact factor : 2,006
Cinahl	Screening AND alcohol withdrawal AND hospitalized patient	3	1	« Using the AUDIT-PC to predict alcohol withdrawal in hospitalized patients » 2014 / impact factor : 3,494
Cinahl	Biological markers AND alcohol withdrawal AND blood	12	2	«Biological markers for alcohol withdrawal seizures: a retrospective analysis» 2007 / impact factor: 2.587 «Clinical predictors for delirium tremens in patient with alcohol withdrawal seizures» 2015 / impact factor: 1.504
Medline	Alcohol withdrawal AND symptoms AND scale	108	1	«multidimensionality of the alcohol withdrawal symptom checklist: a factor analysis of the alcohol withdrawal symptom checklist and CIWA-Ar» 2007 / impact factor: 2.829

Bases de données	Mots clés	Nombre d'articles	Nombre d'articles retenus	Articles retenus
Pubmed	Screening AND alcohol withdrawal syndrome	422	3	<p>«Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PSSAS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome» 2015 / impact factor 2.72</p> <p>«Improving alcohol withdrawal outcomes in acute care» 2014 / impact factor 1.8</p> <p>«Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment» 2015 / impact factor 0.9</p>
Pubmed	Alcohol withdrawal delirium AND risk factors AND hospitalization	20	1	<p>«Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting» 2009 / impact factor 2.59</p>

Bases de données	Mots clés	Nombre d'articles	Nombre d'articles retenus	Articles retenus
Pubmed	Alcohol AND screening AND eergency	1504	1	«Alcohol screening, brief intervention and referral to treatment conducted by emergency nurses : an impact evaluation» 2010 / impact factor 0.042
Pubmed	Alcohol withdrawal delirium	301	3	<p>«Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care : meta-analysis» 2012 / impact factor 7.06</p> <p>«Screening for At-Risk Alcohol Use and Drug Use in an Emergency Department: Integration of Screening Questions Into Electronic Triage Forms Achieves High Screening Rates» 2013 / impact factor 3.49</p> <p>«A systematic nurse-led approach to withdrawal risk screening,</p>

Bases de données	Mots clés	Nombre d'articles	Nombre d'articles retenus	Articles retenus
				prevention and treatment among inpatients with an alcohol disorder in an ear, nose, throat and jaw surgery department – A formative evaluation» 2017 / impact factor inconnu car l'article est récent
Pubmed	Aged AND delirium tremens AND screening	31	2	«Symptom Profile and Outcome of Delirium Associated with Alcohol Withdrawal Syndrome: A Study from India» 2013 / impact factor 1.92 «Improved Outcomes in Patients With Head and Neck Cancer Using a Standardized Care Protocol for Postoperative Alcohol Withdrawal» 2008 /impact factor 31.7

**CHAPITRE 5 : SYNTHÈSE DES RESULTATS ET
DISCUSSION**

Dans ce chapitre, nous effectuons une synthèse des éléments principaux ressortant des 14 articles analysés. Nous distinguons les différents outils utilisés concernant le dépistage d'un désordre alcoolique, le dépistage d'un SSA et la prédiction du DT, les facteurs de risques, les indices cliniques pouvant signifier une complication d'un DT et pour finir la gestion du personnel infirmier, en accord avec la troisième colonne de notre tableau CTE. L'analyse de ces différents articles nous permet ainsi de répondre à notre question de recherche et de favoriser un dépistage précoce au vu d'une installation d'un DT et d'autres complications reliées à l'alcoolisme. Pour terminer, des recommandations pour la pratique sont données.

Une méta-analyse d'Alex J. Mitchell et coll. (2012) a pour but de définir l'état de l'art dans la détection de désordres alcooliques (selon le DSM-IV) lors de la prise en charge des patients. Il est connu et admis, comme spécifié dans la recension que le personnel médical a des difficultés importantes à détecter les cas de SSA, bien qu'aucune approche systématique n'ait corroboré cela. Une distinction a été faite entre les premiers soins reçus par les patients, les patients hospitalisés en hôpital de soins généraux et ceux en institutions psychiatriques. Les auteurs ont aussi fait la distinction entre les consultations et les notes prises par le personnel médical.

L'analyse statistique montre que l'on arrive à identifier les sensibilités suivantes : 41.7% pour les praticiens de premiers recours, mais 27.3% dans leurs rapports ; 52.4% du personnel hospitalier et les notes correctes dans

37.2% ; les cliniques psychiatriques 54.7% des cas. Les données analysées sont dispersées, ce qui réduit leur fiabilité. Du point de vue clinique, cette analyse montre clairement que le SSA échappe au personnel dans 10 cas alors qu'il en détecte 10 (sur 100 cas), et qu'il ne le fait figurer dans ses rapports que dans un cas sur trois environ. Ce personnel détecte correctement 71 personnes sans problèmes alcooliques et détecte faussement 9 cas.

Les auteurs qualifient cette situation d'urgente et présentent plusieurs pistes pour y remédier, notamment la mise en place d'une meilleure éducation professionnelle, de détections systématiques, et des interventions rapides en cas de détection. Ils mettent aussi en avant plusieurs explications quant au manque de résultats dans la détection : le manque de connaissance de ce qu'est le SSA, de mauvaises bases de formation, le manque d'incitation à utiliser le protocole, le manque de temps, la peur de traiter un patient alcoolique, et la réticence des patients à avouer leurs dépendances à l'alcool. Tous ces points vont être abordés dans les synthèses des articles suivants.

DÉTECTION D'UNE CONSOMMATION CHRONIQUE ET NOCIVE

Notre question de recherche portant sur le dépistage du DT, le premier facteur de stress à identifier est l'intensité de la consommation alcoolique chez le patient client. Parmi les articles qui ont fait l'objet de notre étude, nous en avons trouvé 3 qui abordent plus particulièrement cet aspect de la prévention secondaire. Il s'agit de l'article de J. Aaron Johnson et coll. (2013), celui de Christopher D. et coll., et celui de Pierre M. Désy et coll.

Le premier article (Johnson, Woychek, Vaughan, & Seale, 2013) montre que l'utilisation d'un programme informatique très court permet aux spécialistes d'intervention brève de concentrer leurs efforts sur l'évaluation et l'assistance aux patients les plus susceptibles d'avoir besoin d'une intervention ou d'un traitement plus intensif. Une seule question, « Buvez-vous régulièrement de l'alcool ? » suffit à un triage efficace des patients à risques.

L'outil a été utilisé 145 394 fois sur la totalité des 151 597 patients entrés aux urgences, soit un taux de plus de 96%. Ce taux a augmenté, passant de 88% en début de test, à Plus de 97% en fin de test. Le taux de patients détectés par cet outil informatisé des patients à risques est de 22%, il est du même ordre de grandeur que les précédents outils mis en place dans les mêmes circonstances.

La deuxième étude a pour but de montrer l'avantage clinique de l'utilisation d'un protocole normalisé pour l'identification, la caractérisation et le traitement du syndrome de sevrage alcoolique. Le questionnaire CAGE (*The CAGE Questionnaire for Detection of Alcoholism*) permet la détection de l'alcoolisme en seulement quatre questions et s'adapte à tous les milieux de soins. Dans cette étude le questionnaire CAGE a été couplé avec une échelle permettant de détecter le type de SSA. Dans cette échelle, selon les symptômes, les patients sont divisés en 3 types de syndrome de sevrage.

D'après les résultats le délire est passé de 79% chez le groupe pré protocole à 29% chez les patients traités par le protocole. Ces mesures ont

favorisé la détection précoce des symptômes subtils du sevrage alcoolique et accélèrent sa gestion. L'utilisation de cet algorithme normalisé facilite les soins aux patients postopératoires dépendants de l'alcool 1°) en identifiant les patients à risque préopératoire, 2°) en facilitant un traitement efficace des 3 types de symptômes avec une thérapie pharmacologique appropriée et graduée grâce à une évaluation fréquente des soins infirmiers, et 3°) en assurant l'optimisation de la gestion qui donne un résultat favorable dans un environnement non hospitalisé.

La troisième étude a également intégré CAGE dans sa recherche en utilisant comme outil de dépistage la procédure Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). Cet outil est composé de trois étapes, s'agissant de dépister une consommation d'alcool à risque qui a été effectué par le biais du questionnaire CAGE et d'un questionnaire de l'institut national de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Après le dépistage la deuxième étape se consacre à une intervention brève qui est constituée d'un entretien motivationnel et une orientation basée sur une orientation trans théorique (Prochaska). La troisième étape est un traitement et un suivi si la nécessité se présente.

Les résultats démontrent une diminution de la consommation de l'alcool de 70% contre 20% chez les patients qui n'ont pas été inclus dans la procédure. Cette procédure a également permis de baisser le nombre de récives. En effet le nombre de patients réhospitalisés en lien avec une

consommation d'alcool était de 20% dans le groupe d'intervention alors que ce chiffre a atteint 31% chez le groupe hors procédure.

Pour faire le lien avec notre question de départ, nous remarquons que l'outil permet une alerte immédiate des cas à risques auprès de spécialistes de la santé pour déterminer la suite des soins à donner dans chaque cas. Contrairement aux publications plus anciennes sur le sujet, on a montré que le taux d'utilisation de l'outil de détection informatique de problèmes liés aux drogues ou à l'alcool peut être très important s'il est bien implémenté, et que le personnel qui l'applique est bien formé.

Malgré que le questionnaire CAGE soit sensible et spécifique au risque de développement du syndrome de sevrage, dans cette étude, la corrélation entre le score CAGE et les résultats cliniques étaient très basse. Ni le score CAGE ni les informations sur la quantité de consommations journalière ne peuvent prédire la gravité du SSA.

LES SYMPTÔMES ET LES FACTEURS DE RISQUE DU SSA

Deuxièmement, dans la prise en charge du patient client, il est important de pouvoir identifier les symptômes et leur évolution afin de minimiser les conséquences. Dans cet objectif nous retenons 2 articles. Le premier article de R. Monte et coll. (2009) et le deuxième de Sandeep Grover et coll.

Les objectifs du premier article (Monte, Rabuñal, Casariego, Bal, & Pértega, 2009) portent sur l'analyse des variables cliniques associées au développement du DT chez les patients qui ont été admis dans un hôpital général avec un SSA. L'étude a pour but d'analyser les variables cliniques associées au développement du DT chez les patients qui ont été admis dans un hôpital général.

Les résultats portent sur les données de 156 épisodes de SSA qui n'ont pas évolué en DT et de 147 cas qui sont devenus du DT. Trois variables indépendantes pour le développement des DT ont été identifiées dans un modèle de régression logistique multivariée : nombre de convulsions, pression sanguine systolique et température axillaire. Un grand nombre de variables physiologiques et psychologiques ont été incluses dans le modèle au départ. L'étude statistique a démontré que ces variables ne jouent pas de rôles significatifs quant à la détection du SSA. Les pathologies chroniques liées aux maladies du foie tel que la cirrhose ou la stéatose n'ont pas d'effet constaté dans le modèle statistique.

La deuxième étude a pour but d'identifier les différents profils du délire liés au sevrage alcoolique en termes de symptomatologie, de facteurs de risque ainsi que les complications physiques. Les auteurs ont administré l'outil *Delirium Rating Scale-Revised-98* (DRS-R-98) afin d'évaluer les symptômes du délire. L'outil a mis en évidence les symptômes aigus liés au SSA suivants : taux d'alcoolémie, troubles de l'attention, troubles du sommeil.

D'autres symptômes intervenant dans 90% des cas sont la désorientation, la perturbation de la mémoire à court terme ainsi que l'agitation motrice.

Il serait utile d'avoir un ensemble d'outils cliniques capables de prédire quels patients sont susceptibles de développer des formes plus sévères du syndrome, conduisant à un DT. Trois variables cliniques somatiques (nombre de convulsions, tension artérielle élevée et température élevée) peuvent aider à identifier les patients atteints de SSA qui sont susceptibles de développer des DT. Des études supplémentaires sont cependant nécessaires, en introduisant de nouvelles variables, plus attachées aux critères génétiques des patients, notamment.

OUTILS PERMETTANT LA DÉTECTION DU SSA

Parmi les articles recherchés afin de répondre à notre question PICOT, 5 articles sur 14 décrivent les facteurs de risque permettant de détecter le SSA, ainsi que les outils utilisés afin de prédire et dépister le SSA.

José R. Maldonado et coll. (2014) (Maldonado, et al., "The Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PSSAS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome, 2014) ont effectué une revue systématique afin de mettre en évidence dix facteurs prédictifs du SSA les plus pertinents. Les auteurs ont eu pour objectif de créer un outil en regroupant les facteurs de risque afin de

prédire les patients à risque de développer un SSA suite à l'arrêt de consommation. L'outil se compose de la manière suivante :

Partie A : questions concernant la consommation d'alcool « Avez-vous consommé de l'alcool durant les 30 derniers jours » et/ou vérifier le taux sérique d'alcoolémie lors de l'admission. Si la réponse est « oui », il faut passer aux parties suivantes.

Partie B : questions concernant les différents facteurs de risque où le patient répond par « oui » ou « non ».

Partie C : état clinique actuel (pression artérielle, pulsation, taux sérique d'alcool, agitation, nausées, transpiration, tremblements).

Les auteurs ont également évalué la validité de l'outil en effectuant une étude pilote. 68 participants ont été inclus dans l'étude. 51 patients n'ayant pas consommé de l'alcool durant les 30 derniers jours n'ont pas été questionnés davantage. Par contre, les 17 autres ont dû répondre à la partie B et la C de l'outil. Treize patients avaient un score inférieur à 4 et n'ont pas développé de SSA moyen à sévère alors que les 4 patients ayant un score égal ou supérieur à 4 ont développé, durant l'hospitalisation, un SSA de moyen à sévère. Suite à cette étude, il s'avère que l'outil permet l'identification des patients à haut risque de présenter un SSA et les patients à faible risque, avec une sensibilité de 93,1% et une spécificité à 99,5% en appliquant constamment le même point de coupure à 4. (Maldonado, et al., 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, 2015)

Un autre outil issu de l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) reprenant seulement 5 questions de ce dernier, appelé AUDIT-PC est normalement utilisé pour identifier les problèmes de consommation alcoolique dans les services ambulatoires. Il a été évalué pour prédire les syndromes de sevrage alcoolique se produisant suite à l'hospitalisation dans les services de chirurgie ou de médecine. Pour ce faire, les auteurs, Anna Pecoraro et coll., ont effectué une étude de cohorte et une courbe ROC permettant d'établir la sensibilité à 91% et la spécificité à 89,7% de l'outil. Une régression logistique pour déterminer les facteurs de risque a démontré un risque accru de développer un SSA lors de l'augmentation graduelle du score de l'AUDIT-PC ($p < 0,001$) alors que d'autres variables attributs telles que l'âge, l'ethnie et le sexe ne sont pas significatives.

Brian Pittman et coll. (2007) ont étudié les ressemblances des dimensions de l'outil *Alcohol Withdrawal Symptom Checklist* (SSAC) et ceux de *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revisited* (CIWA-Ar). Le SSAC a été modifié en ajoutant 7 autres symptômes à la liste des 11 symptômes pour cette étude. C'est un outil d'auto-évaluation dont le patient doit entourer le degré des symptômes qu'il vit ou non dans les dernières 24 heures partant de 0 « pas présent » à 4 « extrêmement présent ». Cette étude

a permis d'identifier que, parmi les 5 dimensions présentes dans le SSAC, 3 sont identiques au CIWA-Ar. La courbe ROC a également été analysée par rapport au SSAC, elle démontre une spécificité et une sensibilité > 90% en mettant le seuil à 23. Ce résultat démontre exactement la même spécificité et sensibilité de l'outil CIWA-Ar, par contre avec un seuil à 10. Le SSAC est utile pour identifier et comprendre le développement du syndrome de sevrage alcoolique afin de le traiter efficacement.

Pour terminer, l'étude de Jo Melson et coll. confirme les études antérieures par la mise en place des échelles de détection précoce de consommation d'alcool à risque ainsi qu'un protocole de pratiques et d'interventions. Cela a été fait par la mise en place de plusieurs questionnaires avec échelles de mesure pour déterminer si la personne a un problème d'alcool, d'abord un AUDIT-PC, (Piccinelli, Tessari, & Bortolomasi, 1997) complété, si le patient obtient un score de 5 ou plus, par un second questionnaire pour évaluer le degré de sévérité des symptômes (CIW A-Ar : *revised Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale*). (Reoux & Oreskovich, 2006).

Les résultats montrent que la mise en place du protocole, décrit dans la méthode, a été efficace.

9 mois avant l'implantation :

462 patients ont eu un diagnostic de syndrome de sevrage, dont 134 patients avec un diagnostic de DT et 76 avec un DT de second degré ;

60,4 % des patients avec un DT ont subi des mesures de contraintes.

12 mois après l'implantation du protocole :

602 patients ont eu un diagnostic de syndrome de sevrage dont 159 avec un DT et 78 avec un DT de second degré ;

44,4% ont eu des mesures de contrainte ;

Le pourcentage de patients avec un diagnostic de syndrome de sevrage évoluant vers un DT a baissé de 16,4% à 12,9% ;

Le pourcentage de transferts en unité de soins intensifs a aussi diminué, passant de 21,6% à 15%, après la mise en place de ce projet.

En lien avec notre question de départ, ces outils nous permettent d'identifier, au préalable, les risques de développement du SSA avec une sensibilité et une spécificité supérieures à 90%. La prévention secondaire prend tous sens à l'aide de ces outils, car ils permettent la prise en charge rapide afin de diminuer les comorbidités et les complications liées au SSA.

L'outil PSSAS est très pertinent, car il a été créé en se basant sur les facteurs de risques les plus importants. Deux études nous démontrent des résultats probants et fructueux de l'outil.

La dernière étude démontre que l'utilisation de ces protocoles a permis aux infirmiers sur le terrain de mieux prendre en charge les patients souffrant de DT de deux manières : 1°) éviter le transférer les patients dans une unité de soins intensifs, 2°) baisser significativement l'utilisation des moyens de contentions. Dans le cadre de notre travail de bachelor, cet article montre l'importance d'une détection précoce du caractère éthylo-dépendant des patients, si possible dès leur admission en milieu hospitalier, par la mise en place d'une procédure adéquate.

MARQUEURS BIOLOGIQUES PERMETTANT LE DÉPISTAGE

À l'aide d'un outil nous permettant d'identifier les points communs des différents articles recherchés, nous nous sommes aperçus que deux d'entre eux nous indiquaient une corrélation significative entre les modifications des marqueurs biologiques et le DT.

L'article de Hillemacher et coll. (2007) permet l'identification de certains marqueurs biologiques dans le développement des convulsions liées au SSA. Des prélèvements sanguins ont été effectués et de manière à éviter les facteurs modifiant les résultats. Les taux élevés de prolactine et d'homocystéine sont significatifs ($p = 0,001$) lors de la prédiction d'un SSA.

L'article de Dong Wook Kim et coll. permet d'identifier les marqueurs biologiques qui sont en corrélation avec le développement du DT. Ils ont effectué des prélèvements sanguins afin de comparer les résultats entre les patients ayant développé un SSA durant leur hospitalisation et les patients n'en ayant pas développé. Les résultats ont mis en évidence qu'un taux élevé d'homocystéine ($p < 0,001$) et qu'un taux diminué de thrombocytes ($p < 0,001$) sont significatifs et sont des prédicateurs cliniques d'un développement du DT.

Dans la pratique infirmière, il est important d'avoir des faits objectivables, car les réponses du patient face à un outil de type questionnaire pourraient ne pas être en adéquation avec la réalité. Nous pouvons imaginer qu'un prélèvement sanguin lors de l'entrée dans une unité de médecin ou de chirurgie peut inclure le taux d'homocystéine, de thrombocytes et de prolactine parmi les autres marqueurs biologiques afin de détecter les risques de développement du DT.

GESTION DU PERSONNEL INFIRMIER

Finalement, pour obtenir une prise en charge de qualité, il est important que la motivation du personnel infirmier soit optimale. Un article traite de cet aspect. Il s'agit de celui de Deborah Linda Leuenberger et coll. (2017).

Une évaluation formative d'une approche systématique du système de détection et de gestion de patients susceptible de SSA est présentée ici

(Leuenberger, Fierz, Hinck, Bodmer, & Hasemann, 2017). Elle est orientée sur les capacités et l'adhésion du personnel infirmier dans l'utilisation d'un outil (*Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale*) idoine développé précédemment.

L'article s'est notamment intéressé à la détection par les infirmières des patients alcooliques, de leur évaluation d'un SSA, de leurs propositions d'une thérapie substitutive, et de leur suivi clinique en cas de SSA ou de DT. On a regardé plus précisément les fréquences de ces différentes composantes, chez les docteurs et les infirmières. Sur une année, 87 patients ont été retenus pour l'étude. Parmi eux, 49 consommaient de l'alcool, et 21 ont été catalogués à risques, dont 6 ont développé un SSA. Aucun cas de DT préopératoire n'est à signaler. Les infirmières ont appliqué correctement l'outil pour 58% des patients à risques, mais n'ont procédé finalement qu'à 50% des évaluations de l'outil. L'adhésion du personnel infirmier à l'utilisation de l'outil n'est pas optimale, et demande une meilleure gestion du personnel.

CONSÉQUENCES DE LA SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

VISION GLOBALE : LA TNF

La TNF constitue un point de départ efficace pour envisager la synthèse des résultats dans sa globalité. Promouvoir un état de bien-être optimal pour le système client (le patient en milieu hospitalier) est la finalité recherchée. Lors de son hospitalisation, le système client est soumis à des stressseurs importants découlant principalement des causes propres à son hospitalisation

(comorbidités). Une approche préventive de détection et de soins de SSA permet d'éviter l'ajout d'un stressor supplémentaire pouvant aggraver son état. Cela revient à augmenter les lignes de défense contre l'environnement interne et externe défavorable du système client. Dans ce sens, le niveau de prévention primaire est déjà dépassé, il s'agit d'un niveau de prévention secondaire ayant comme objet le retour à l'état de bien-être du système client. La stratégie est donc une stratégie d'intervention des soignants dans cette optique. L'intervention précédente la présence directe de l'état de maladie, la variable étique a une grande importance : il convient de tenir compte à la fois des proches (inclus dans le système client) et du patient lui-même dans toute sa dimension psychologique afin de ne pas le classer dans une catégorie « d'alcooliques » lors de la détection de SSA, tant du point de vue du personnel que du malade lui-même. Comme de plus les variables physiologiques ne suffisent pas à définir une catégorie de manière sûre, le défi n'en est que plus grand. Un autre point important à relever est l'importance de l'adhésion du système client à la stratégie de soins qui lui est proposée. Si cette stratégie n'est pas acceptée, le retour à l'état de bien-être est compromis, des stressors supplémentaires apparaissent et compromettent la variable psychologique du client. Le résultat obtenu pourrait donc aller à l'encontre de celui attendu, en enfonçant plus facilement les lignes de défense plutôt que de les affermir.

LES SOINS INFIRMIERS

On voit que les quatre points du savoir infirmier sont mis à contribution dans la prévention secondaire du SSA. Le savoir empirique est le premier entrant en ligne de compte vis-à-vis du patient nouvellement hospitalisé : il est nécessaire de détecter rapidement sa propension à présenter un risque de SSA, pour entreprendre des soins adaptés rapidement. Les outils mis à disposition sont tous liés à des questionnaires et à l'enregistrement de variables physiologiques. Si les variables physiologiques ne posent pas de problèmes particuliers, les questionnaires relatifs aux habitudes de consommation d'alcool des patients ne sont pas sans conséquence sur son état psychologique. Le savoir esthétique et l'éthique sont un facteur important que possède l'infirmière pour analyser finement la situation particulière, afin d'arriver idéalement à l'adhésion du patient dans la prévention du SSA. Le savoir personnel de la soignante intervient enfin dans le cas où une intervention (médicamenteuse notamment) est préconisée pour limiter le risque de SSA. La présentation de ce type de soins demande une bonne expérience personnelle pour le faire accepter d'une part, mais plus encore pour le suivi dans le temps de la situation et de son évolution. L'importance d'une évolution pouvant affecter les lignes de défense proches du noyau central de la personne ou ce noyau lui-même ne sont pas négligeables, et la survenance d'un DT est toujours à redouter. Dans cette optique l'adhésion du personnel infirmier à la procédure mise en place et sa formation dans ce domaine sont deux aspects qui présenteront plus de succès dans la démarche.

La détection systématique des patients à risque est applicable avec des moyens limités. Dans les unités d'urgence, une seule question sur la consommation d'alcool peut suffire à induire un traitement efficace, à condition d'avoir le personnel spécialisé à disposition pour l'effectuer. Dans les unités d'hospitalisation standard, une détection précoce permet d'éviter les complications supplémentaires liées à l'alcool après traitement (postopératoires notamment).

Il existe plusieurs outils validés de détection de SSA basés sur des échelles et des questionnaires. Il apparaît que les outils permettant une dichotomie des patients, en les classant en faible risque et fort risque de SSA, sont les plus sensibles. Les patients à fort risque de SSA demandent des soins préventifs, et un suivi de leur état. Pour effectuer ce monitoring, on peut recourir à l'utilisation des mêmes outils sur des périodes courtes, mais aussi se baser sur des variables somatiques en quantité très limitée (3 variables).

PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Suite aux diverses recherches d'articles effectuées, nous pouvons nous apercevoir qu'actuellement l'utilisation de protocoles standardisés afin de détecter précocement un SSA relié à sa complication qu'est le DT n'est pas la règle en unités de soins aigus. Ces différentes études montrent que les différents outils d'évaluation permettent une meilleure évaluation et gestion des SSA dans la prise en charge des patients qui en ont besoin.

L'adhésion du patient est un facteur clé de succès des outils de détection et de soins du SSA. Les patients doivent être informés en toute transparence des soins préventifs qu'on leur propose. Ils doivent pouvoir décider de leur participation ou non-participation au traitement proposé. En cas de non-participation, leur permettre de continuer à boire pendant leur hospitalisation est une option à considérer. Pour l'infirmière chargée d'informer le patient, son apport esthétique et son expérience pratique sont déterminants pour convaincre le patient de participer activement aux soins proposés dans l'outil.

En ce qui concerne le milieu de soin, il serait intéressant que les diverses institutions en soins aigus proposent des formations afin d'éclaircir les connaissances et sensibiliser les professionnels de la santé à ce sujet et de l'importance morbide que peut causer le delirium tremens. Pouvoir apporter une prise en charge de qualité et des interventions précoces auprès des patients, faciliter la détection d'un syndrome de sevrage alcoolique est le but de telles mises en œuvre. C'est ainsi que l'on peut éviter dans une large mesure les crises de DT.

La formation du personnel infirmier ne suffit pas à un bon usage de l'outil de détection de SSA, comme le montre l'article de J. Aaron Johnson et coll. (2013) il faut obtenir l'adhésion des infirmières dans son application journalière. Ce stade d'utilisation élevé (plus de 95%) ne peut être obtenu que par la mise en place de contrôles, notamment au niveau informatique. Lors de

la prise en charge de patients à l'entrée de l'hôpital, notamment, un questionnaire obligatoire informatisé serait proposé systématiquement.

LA GESTION INFIRMIERE

Du point de vue infirmier, la responsabilité du personnel est grande dans la détection comme dans le suivi des patients. L'outil de détection est souvent du ressort des infirmières dans son application, et en cas de risque avéré, la surveillance du patient vis-à-vis de complications demande aussi un engagement constant du personnel infirmier. L'adhésion des infirmières au processus mis en place dans une unité de soins est très importante : si l'utilisation de l'outil peut dépasser les 95% dans des unités où le personnel a été bien formé et est attentif à cette problématique, elle n'est que de 50% dans d'autres cas.

Il est donc crucial que le personnel infirmier soit intégré dès le départ dans la mise en place des processus liés à cette détection et aux soins, qu'il soit régulièrement informé et incité à utiliser pleinement les outils mis en place (par une implémentation informatique notamment) et que du temps soit mis à disposition pour faire ce travail. L'aspect multidimensionnel des paradigmes et des soins infirmiers est crucial dans ce genre de détection et de traitement (nous pensons notamment à des réticences des patients à avouer leurs dépendances vis-à-vis de l'alcool et de l'approche de l'utilisation de l'outil de détection par les infirmières) et est un facteur clé de succès de son implémentation réussie.

L'outil de détection des SSA potentiels n'est que la première partie d'une approche bien plus conséquente : si le patient présente des risques avérés de SSA, des soins doivent lui être proposés, et administrés s'il les accepte. La mise en place de ces soins particuliers demande un investissement initial de création, et de formation. Elle exige aussi un suivi du patient par une équipe pluridisciplinaire spécialisée.

En prévention primaire, il serait intéressant de pouvoir faire de la promotion et prévention de la santé dans les unités d'hospitalisation, telle que les soins aigus, afin de réduire les apparitions du DT par le biais d'éducation thérapeutique.

Ceci permet également de se forger en tant que professionnel et d'avoir plus d'autonomie dans sa profession, une meilleure confiance en soi, une prise en charge holistique grâce à une plus grande acquisition de savoir, de compétences, ainsi qu'un rôle professionnel plus ciblé.

CHAPITRE 6 : CONCLUSION

Arrivés au terme de ce travail, nous nous sommes basés sur la synthèse des résultats et la TNF afin de mettre en avant les éléments importants et probants pour répondre à notre question.

Ce travail passe en revue la littérature scientifique liée aux interventions infirmières, afin de dépister le delirium tremens (DT) et de prévenir les comorbidités liées au syndrome de sevrage alcoolique (SSA), initialement chez les personnes âgées hospitalisées en soins aigus.

Nous nous sommes aperçus que la consommation chronique d'alcool augmente avec l'âge, selon l'Office fédéral de la statistique (OFS). Nous savons également que les personnes âgées encourent plus de risques de développer d'autres pathologies. Entre 65 et 74 ans, 35% des hommes suisses consomment de l'alcool tous les jours. Ce pourcentage monte à 42,1% à partir de 75 ans. Chez la femme Suisse, ces chiffres sont moins élevés, mais restent tout de même considérables. En 2012, 21,2% des femmes âgées de 65 à 74 ans consomment de l'alcool tous les jours, tandis qu'elles ne sont plus que 19,1% après 75 ans.

Par conséquent, nous avons pu justifier notre question de recherche :
« Comment dépister le delirium tremens chez la personne âgée hospitalisée dans un milieu de soins aigus ? »

Quatorze articles ont été sélectionnés par la méthode PICOT, et ont été analysés au travers de la grille de Fortin (Fortin, 2010) afin d'assurer un regard critique détaillé sur chacun des articles retenus.

Les résultats obtenus sont groupés en quatre catégories : la détection d'une consommation alcoolique chronique et nocive, les symptômes et les facteurs de risques du développement du SSA, les outils aidant à la détection du SSA et les marqueurs physiologiques pouvant aider à sa détection. Des recommandations pour la pratique et la formation infirmières sont également exposées.

Finalement, dans la conclusion, nous avons exposé l'apport du travail de bachelor ainsi que les limitations rencontrées lors de sa réalisation. Nous avons présenté des perspectives possibles pour des futures recherches liées à la thématique.

APPORTS DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La détection systématique des patients à risque est applicable avec des moyens limités. Dans les unités d'urgence, une seule question sur la consommation d'alcool peut suffire à induire une prise en charge efficace, à condition d'avoir le personnel spécialisé à disposition pour l'effectuer. Dans les unités d'hospitalisation standard, une détection précoce permet d'éviter les complications supplémentaires liées à l'alcool après traitement (postopératoires notamment).

Il existe plusieurs outils validés de détection de SSA basés sur des échelles et des questionnaires. Il apparaît que les outils permettant une dichotomie des patients, en les classant en faible risque et fort risque de SSA, sont les plus sensibles. Les patients à fort risque de SSA demandent des soins préventifs, et un suivi de leur état. Pour effectuer ce monitoring, on peut recourir à l'utilisation des mêmes outils sur des périodes courtes, mais aussi se baser sur des variables somatiques en quantité très limitée (3 variables).

La combinaison d'une recherche de marqueurs biologiques spécifiques et d'une échelle de détection du syndrome de sevrage sont complémentaires et permettent à l'équipe médicale et soignante de diagnostiquer, de traiter et de prévenir les risques en lien avec ce syndrome.

La mise en place de protocoles en lien avec les trois variantes du syndrome de sevrage est également très importante dans la prise en charge. Le protocole permet de prédéfinir des interventions consignées par le médecin et permet à l'équipe soignante d'avoir une prise en charge rapide, cohérente et homogène.

L'approche infirmière peut être améliorée grâce à l'application de la théorie de Neumann et Fawcett en permettant une évaluation globale de la situation tout en prenant en compte les cinq dimensions (physiologique, psychologique, socioculturelle, développement et spirituel) de la personne, la détection des stressors et une valorisation de l'autodétermination du patient et de l'infirmière. La théorie vise les trois niveaux de prévention (primaire,

secondaire et tertiaire) et permet ainsi la diminution des comorbidités, des complications du syndrome de sevrage alcoolique et de sauvegarder le bien-être du patient.

APPORT PERSONNEL ET LIMITES DU TRAVAIL

Lors de la première lecture de notre question de départ « comment prévenir et dépister le DT chez la personne âgée hospitalisée ? », nous pensions que cette pathologie était particulièrement rencontrée dans une unité psychiatrique spécialisée (comme l'unité de dépendance et de double diagnostique à Préfargier dans le canton de Neuchâtel). Nous avons également imaginé que la détection de cette complication du syndrome de sevrage était très difficile, car nous imaginions que ce sujet était particulièrement tabou chez la population concernée.

Au niveau des outils de détection, nous avons une image très simple de ceux-ci, c'est-à-dire que nous pensions que cela passait par un questionnaire et n'avions pas imaginé que des marqueurs biologiques pouvaient également nous permettre de dépister une consommation à risque.

Les auteurs de ce travail de Bachelor ont souffert d'une difficulté à se représenter la charge de travail que représentait cette étude. Cet obstacle a amené les auteurs à prendre du retard sur le travail à effectuer et à vivre un moment de stress important lorsqu'ils se sont approchés de l'échéance. La recherche d'article représentait une charge de travail conséquente, cette

dernière n'a donc pas facilité l'élaboration du travail et a eu pour conséquence d'augmenter la tension subie par les auteurs. Ce stress a pourtant été bénéfique pour ces derniers car ils ont réalisé une très grande partie du travail demandé en l'espace d'un temps court.

Notre question initiale limitait notre recherche aux cas de personnes âgées. Dans un des articles retenus, la variable de l'âge a été retenue initialement pour voir son effet par analyse multivariée sur la détection du SSA. Cette étude a prouvé que l'âge n'est pas une variable attribut déterminante dans ce processus de détection. D'autres articles analysés font mention de cette variable attribut, mais elle n'a pas été retenue comme déterminante ni significative. Nous avons donc rejeté cette limite liée à l'âge, ce qui peut apparaître comme une limitation dans notre travail, ou une généralisation. C'est une limitation dans le sens que nous n'avons pas trouvé d'informations spécifiques aux personnes âgées, alors que cette catégorie de population devient toujours plus importante et que des études spécifiques seraient utiles à mieux cibler ses besoins. De plus, un nombre restreint de participants était inclus dans certaines études retenues. Cette restriction pourrait engendrer un hasard de corrélation dans les résultats et donc conduire à des résultats non probants. Une des limites rencontrées concerne la sous-estimation de la consommation d'alcool de la personne dépendante qui pourrait être exclue lors de la prise en charge en milieu aigu. Cette limite focaliserait les soignants à la

pathologie initiale et non à la dépendance alcoolique du patient pouvant engendrer des complications par la suite.

Finalement, ce travail nous a amené à améliorer nos connaissances face à la détection du syndrome de sevrage alcoolique, les outils permettant d'identifier ce trouble, les complications survenant suite à un sevrage de consommation chronique d'alcool ainsi que d'autres pistes d'interventions et l'acquisition de nouvelles théories de soins. L'approfondissement de cette thématique nous a amené à améliorer notre jugement clinique afin d'évaluer la pertinence des interventions en visant la promotion de la santé et la prévention du syndrome de sevrage alcoolique. Il nous a également permis de se recentrer sur nos propres valeurs afin de mettre en évidence l'importance d'une attitude de non-jugement face à une personne dépendante, par exemple. Dans notre future vie professionnelle, il est important d'évaluer et de comprendre les outils et méthodes instaurés dans l'institution afin d'optimiser la prise en charge des bénéficiaires des soins tout en gardant un esprit critique et d'investissement pour apporter des améliorations continues à la pratique infirmière. La recherche sur les bases de données et l'analyse des différents articles nous a conduit à réfléchir sur de futures possibilités de formations (Master, certificats de formations continues universitaires, diplômes de formations continues universitaires).

PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE

L'hétérogénéité des études et de leurs résultats, tant au niveau de la sensibilité de la détection de SSA que de la bonne utilisation des outils proposés, est très importante. Elle a été clairement signalée dans la méta-analyse retenue. Il importe donc de continuer de faire des études quantitatives dans ces deux directions afin d'arriver à diminuer et d'expliquer les variations importantes des résultats. Si les preuves d'applicabilité et de sensibilité des différents outils mis en place ont déjà été discutées, une unanimité quant à l'outil le plus adéquat n'est pas encore acquise.

Dans le même sens, les outils mis en place sont tous des outils de prévention de niveau 2, au sens de la TNF. Il n'y a pas d'outil de prévention du DT, c'est-à-dire des outils capables d'identifier les stressseurs qui font évoluer les SSA en DT. Actuellement, seuls les avis de spécialistes médecins sont déterminants pour prescrire le traitement à suivre pour éviter le DT. La mise en place d'une procédure permettrait notamment au personnel infirmier non spécialisé d'alarmer les spécialistes en amont d'une crise.

Même s'il n'existe pas d'étude qui explicite les raisons des grands écarts d'adhésion des professionnels dans le processus de détection et de suivi (entre 95% et 50%), la participation des infirmières à l'ensemble du processus est reconnue comme un critère fondamental de succès

CHAPITRE 7 : REFERENCES

- Bacon, E., & Viennot, F. (1990). Le système complexe des récepteurs GABA-benzodiazépine. *Médecine/Sciences*, 6(8), 770-777.
- BDSP. (s.d.). *Glossaire européen en santé publique*. Paris VII: Département de santé publique.
- Bee, H. L., & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie: Psychologie du développement humain*. Saint-Laurent: Erpi.
- Benoît-Lamy, S., Boyer, P., Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., Pichot, P., Sartorius, N., & American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Berdoz, D., & Chapuis, C. (2005, 18). Prise en charge du syndrome de sevrage d'alcool. *Forum Med. Suisse*, pp. 235-240.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing science*, 1(1), 13-23.
- Chinn, P., & M.K., K. (2011). *Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing*. Elsevier.

- Couzigou, P., & Ledinghen, V. (2002). Le sevrage du malade alcoolodépendant : syndrome de sevrage alcoolique – traitement préventif et curatif. *Gastroenteral Clin Biol*, B163-B168.
- Désy, P. M., Howard, P. K., Perhats, C., & Li, S. (January 01, 2010). Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment Conducted by Emergency Nurses: An Impact Evaluation. *Journal of Emergency Nursing*, 36, 6, 538-545.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Viens, P. N. (March 01, 2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherches En Soins Infirmiers*, 112, 1, 14-25.
- Fawcett, J. (1984, June). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *J. of Nursing Scholarship*.
- Fawcett, J. (2017). *Appying conceptual models of nursing : quality inprovement, research and practice*. New York: Springer Publising Co.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. F.A. Davis.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon: MALLET CONSEIL.

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Education.
- Goodman, A. (1990, Janvier 11). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, pp. 1403-1408.
- Goulet, O., & Dallaire, C. (2002). *Les Soins infirmiers: Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Grover, S., Sharma, A., Kate, N., Mattoo, S. K., Basu, D., Chakrabarti, S., Malhotra, S., ... Avasthi, A. (September 06, 2013). Symptom profile and outcome of delirium associated with alcohol withdrawal syndrome: A study from India. *The American Journal on Addictions*, 22, 5, 503-509.
- Hillemacher, T., Frieling, H., Bayerlein, K., Wilhelm, J., Kornhuber, J., & Bleich, S. (2007). Biological markers to predict previous alcohol withdrawal seizures: A risk assessment. *Journal of Neural Transmission*, 114(2), 151–154.
- Johnson, A., Woychek, A., Vaughan, D., & Seale, P. (2013, septembre). Screening for At-Risk Alcohol Use and Drug Use in an Emergency Department: Integration of Screening Questions Into Electronic Triage Forms Achieves High Screening Rates. *Annals of Emergency Medicine*, 62(3).

- Kim, D. W., Kim, H. K., Bae, E.-K., Park, S.-H., & Kim, K. K. (2015). Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *American Journal of Emergency Medicine, 33*(5), 701-704.
- Ladner, J., & Audureau, E. (2011). *Santé publique*. Paris: Maloine.
- Lansford, C. D., Guerriero, C. H., Kocan, M. J., Turley, R., Groves, M. W., Bahl, V., Abrahamse, P., ... Moyer, J. (January 01, 2008). Improved Outcomes in Patients With Head and Neck Cancer Using a Standardized Care Protocol for Postoperative Alcohol Withdrawal. *Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery, 134*, 8, 865-872.
- Lee, R. C., & Fawcett, J. (2013). The Influence of the Metaparadigm of Nursing on Professional Identity Development Among RN-BSN Students. *Nursing Science Quarterly, 26*(1), 96-98.
- Leuenberger, D., Fierz, K., Hinck, A., Bodmer, D., & Hasemann, W. (2017). 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. *Applied Nursing Research, 33*, 155-163.
- Maldonado, J. R., Sher, Y., Ashouri, J. F., Das, S., Hills-Evans, K., Frenklach, A., . . . Neri, E. (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. *Alcohol and Alcoholism*, 50(5), 509-518.

Maldonado, J. R., Sher, Y., Ashouri, J. F., Hills-Evans, K., Swendsen, H., Lolak, S., & Miller, A. C. (2014). The Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PSSAS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*, 48(4), 375-390.

Meleis, A. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.

Melson, Jo, Kane, Michelle, Mooney, Ruth, McWilliams, James, & Horton, Terry. (2014). *Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care*. The Permanente Journal.

Mitchell, A., Meader, N., Bird, V., & Rizzo, M. (2012). Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 93-100.

Monnier, J., & Deschamps, J. (1980). *Santé publique, santé de la communauté*. Villeurbanne: Simep.

Monte, R., Rabuñal, R., Casariego, E., Bal, E., & Pérttega, S. (2009). Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting. *European Journal of Internal Medicine*, 20, 690-694.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. New York: Pearson Education Inc.

Neuman, B., & Young, J. (1972). A model for teaching total person approach to patient problems. *Nursing Research*, 21, 264-269.

OFS. (2014). *Estimation de la consommation d'alcool selon l'âge et son évolution dans le temps effectuée en 2012*. Récupéré sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/determinants/alcool.html>

OFS. (2016). Récupéré sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/determinants/alcool.assetdetail.501594.html>

OMS. (2017). *Définition des diverses dépendances*. Récupéré sur http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière Education.

Personnes âgées et consommation d'alcool: Texte court. (January 01, 2014). *Alcoologie Et Addictologie*, 1, 61-72.

Piccinelli, M., Tessari, E., & Bortolomasi, M. (1997, Feb. 8). Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for

hazardous alcohol intake and related disorders in primary care : a validity study. *BMJ*, 314.

Pittman, B., Gueorguieva, R., Krupitsky, E., Rudenko, A. A., Flannery, B. A., & Krystal, J. H. (2007, 31 4). Multidimensionality of the Alcohol Withdrawal Symptom Checklist: A factor analysis of the Alcohol Withdrawal Symptom Checklist and CIWA-Ar. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, pp. 612-618.

Reoux, J. P., & Oreskovich, M. R. (2006, Jan.-Feb. 15). A comparison of two versions of the clinical institute withdrawal assessment for alcohol : the CIWA-Ar and the CIWA-AD. *Am. J. Addict*, 85-93.

Riddle, E., Bush, J., Tittle, M., & Dilkhush, D. (2010). Alcohol withdrawal: Development of a standing order set. *Critical Care Nurse*, 30(3), 38-49.

Royal College of Nursing. (2014). *Defining nursing*. London: RCN.

Société française d'alcoologie. (2017). *Alcoologie et addictologie*. Baden (route de Toulvern ; 56870: Princeps éditions.

Tovar, R. (2011). Diagnosis and Treatment of Alcohol Withdrawal. *Journal JCOM*, 18(8), 361-370.

Wilson, J. M., & Jungner, G. (1968). Principles and Practice of Screening For Diagnosis. 7-151.

World, N. (2017). Récupéré sur

<http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>

CHAPITRE 8 : ANNEXES

APPENDICE A : DÉFINITION DÉLIRIUM SELON DSM-IV

Selon le DSM-IV (2005), la perte de la mémoire concerne généralement la mémoire récente et la désorientation concerne le temps ou l'espace. D'ailleurs la désorientation dans le temps pourrait être le premier signe d'alerte dans le delirium.

Un épisode de delirium est accompagné des perceptions erronées, des illusions ou d'hallucinations. Ces troubles peuvent toucher tous les sens, mais ils concernent souvent le visuel et entraînent des réactions émotionnelles et comportementales en lien avec leur contenu et intensité. Ces perturbations ont tendance à fluctuer durant la journée (DSM-IV, 2005).

Parmi les troubles associés au delirium on retrouve une perturbation du cycle du sommeil, de l'activité psychomotrice (hyperactivité ou diminution de l'activité) et une perturbation émotionnelle (anxiété, dépression, irritation) encore une fois cette perturbation peut fluctuer durant la journée (DSM-IV, 2005).

Selon le DSM-IV (2005), les enfants sont plus à risque que les personnes adultes à cause d'états fébriles ou de certains médicaments, mais le groupe le plus à risque reste les personnes âgées. Alors que seul 0,4% dès plus de 18 ans est touché par cette pathologie, ce pourcentage atteint 1,1% après 55 ans.

APPENDICE B : DÉFINITION DÉPENDANCE

Goodman A. (1990) formule ainsi les critères de définition du « trouble addictif » :

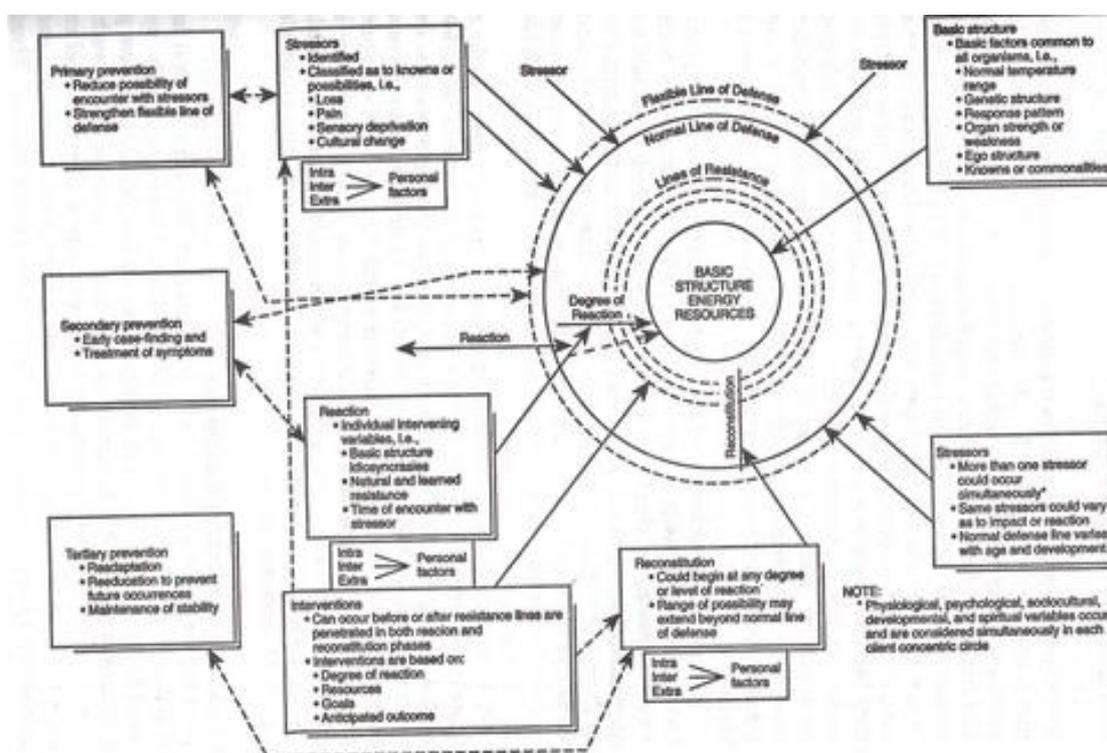
1. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
2. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
3. Plaisir ou soulagement pendant sa durée
4. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement
5. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - a. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation
 - b. Intensité et durée des épisodes plus importants que souhaité à l'origine
 - c. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - d. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre
 - e. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - f. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - g. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique
 - h. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité
 - i. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement
6. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois et se sont répétés pendant une période plus longue.

Nous retrouvons, partiellement, les critères de A. Goodman dans les deux plus importantes classifications internationales des troubles mentaux qui sont le DSM-IV et le CIM-10.

APPENDICE C : EXPLICATION APPROFONDIE TNF

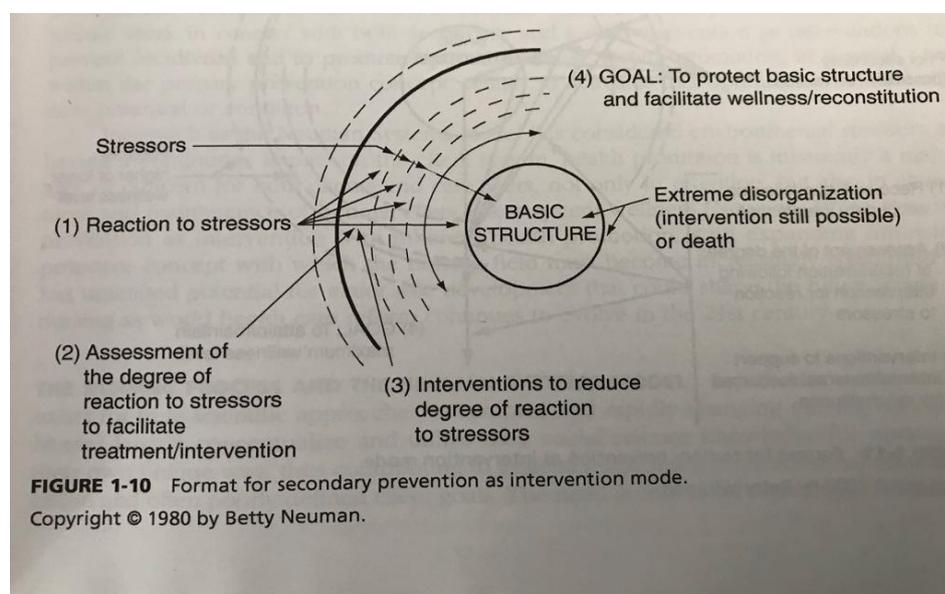
Neuman et Young (1972) sont les deux personnes ayant introduit ce modèle. Elles s'intéressent particulièrement à la réaction des malades dans une situation de stress. Cette théorie est basée sur une vision intégrative des patients et de leurs soignants, elle fait partie de l'école de pensée des effets souhaités (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010). Depuis cette date de création du modèle, il a été considérablement affiné par l'équipe de Betty Neuman et ses suiveurs (Neuman & Fawcett, *The Neuman Systems Model*, 2011).

La structure de base est l'atome central du système client (Neuman & Fawcett, *The Neuman Systems Model*, 2011). Elle comprend les facteurs communs à tous les organismes pour garantir leur survie : la température corporelle, son patrimoine génétique, les modes de fonctionnement des organes, leurs connaissances et habitudes. La structure de base est entourée de deux sortes de barrière de protection, les lignes de défense et de résistance. La maladie est présente dans le système client dès qu'un facteur de stress pénètre à l'intérieur de la première ligne de défense, la ligne de défense flexible, et provoque une instabilité. La réponse aux stressseurs dépend du système client dans son entier.



Les variables interactives comportent les dimensions physiologiques, psychologiques, socioculturelles, développementales et spirituelles de la personne. La dimension physiologique est liée au fonctionnement organique du corps et à sa structure.

Les lignes de défense et de résistance protègent la personne contre les stressors. Chaque ligne contient des éléments spécifiques en relation avec les variables interactives. La ligne de défense flexible protège l'état optimal du système client, matérialisé par la ligne de défense normale. Cette ligne prévient de l'arrivée d'un stressor, et cherche à préserver l'intégrité de la personne. Cette ligne est flexible, dans le sens qu'elle peut s'éloigner ou s'approcher de la ligne de défense normale si le besoin de protection est important ou moins important. Un seul ou plusieurs facteurs de stress peuvent agir simultanément sur cette ligne de défense. La ligne de défense normale est un cercle solide qui représente la santé et le bien-être optimal du système client. Quand un stressor pénètre cette ligne de défense, une réaction apparaît chez le patient, sous forme de symptôme. Un, ou plusieurs stressors sont susceptibles de produire des symptômes différents selon le patient. La réaction aux stressors dépend des variables interactives, qui sont uniques pour chaque individu. Les lignes de résistance sont des cercles concentriques qui entourent la structure de base. Elles entrent en jeu après que les stressors aient pénétré la ligne de défense normale. Le patient a donc déjà présenté des symptômes et réagit au stress. Les lignes de résistance sont les remparts successifs pour préserver l'intégrité de la personne ; elles font appel aux ressources internes et externes du système client dans son ensemble. Si ces lignes sont fortes et nombreuses, la personne recouvrera la santé, si elles sont



faibles, les stressseurs rencontreront peu de résistance et la structure de base sera atteinte.

Les stressseurs produisent une force aux frontières des environnements du système client. Ils provoquent des réactions sous forme de symptômes. L'intensité de la force dépend de la capacité de santé de la personne, de la durée des stressseurs et de leurs intensités. Confrontée aux mêmes stressseurs, la réaction de la personne sera la même, ce qui induit une possibilité de prédiction dans le cas de situations répétées. Les stressseurs sont neutres par nature, la réaction de la personne sera positive ou négative et conduira à un effet probant ou néfaste. La bonne adaptation de la personne et de son environnement détermine le résultat.

L'environnement interne est l'état interne de la personne quant à ses variables interactives intrapersonnelles. L'environnement externe est externe à la personne, et comporte donc les variables externes. L'environnement créé est un environnement dynamique lié aux connaissances inconscientes de la personne, et plus particulièrement aux variables socioculturelles. L'environnement créé est un stabilisateur du bien-être.

APPENDICE D : LIENS ENTRE TNF ET LES MÉTAPARADIGMES

Les liens de la TNF avec les métaparadigmes infirmiers sont de nature à préciser l'amplitude du modèle et d'aider à la compréhension de sa complexité en termes de concepts comme en termes de vocabulaire spécifique. On précise ici ces liens avec la personne, l'environnement, la santé et les soins.

La personne est un concept central dans la TNF. Il s'agit d'un système ouvert, dynamique, en constante interaction avec son environnement. Il porte le nom de système client, et comprend les 5 dimensions physiologiques, psychologiques, socioculturelles, développementales et spirituelles de la personne. Dans la représentation géométrique du modèle, la personne est représentée par l'ensemble des cercles concentriques centraux au modèle.

Neuman et Fawcett (2011) définissent l'environnement comme l'ensemble des stressseurs internes ou externes qui influencent le dynamisme de la personne, et influent son bien-être et sa santé. L'environnement est un concept large, qui comprend des volets (stressseurs) qui peuvent être internes à la personne elle-même, ou à son groupe rapproché (famille notamment). L'environnement créé, qui introduit l'estime de soi notamment, fait appel à des

effets tant internes qu'externes, sans qu'il soit toujours possible de déterminer une barrière claire entre eux.

La santé se manifeste principalement par une stabilité vis-à-vis des cinq dimensions de la personne. Il s'agit d'un état dynamique qui évolue tout au long de la vie du système client. La santé est perçue comme un continuum, avec un échange d'énergie entre la personne et son environnement. Si la personne engrange de l'énergie sous forme physique et cognitive, il y a néguentropie ; si au contraire elle puise dans ses réserves d'énergie il s'agit d'entropie et l'évolution vers la maladie et vers la mort sont possible. La reconstitution consiste à retrouver un état de bien-être après qu'un stresser ait induit une maladie, et qu'elle ait été soignée.

Les soins infirmiers sont une action de l'infirmière pour préserver l'intégrité, la stabilité, donc la santé de la personne. L'idée est d'agir sur les stressers afin d'en réduire ou supprimer les effets. L'identification des stressers est une partie importante du maintien du bien-être de la personne. Il s'agit de faciliter le système client à atteindre et à conserver son bien-être optimal. Les interventions de prévention primaire, secondaire et tertiaire font partie des processus qui induisent les soins infirmiers.

APPENDICE E : LIENS ENTRE LA TNF ET LES SAVOIRS INFIRMIERS

Carper (1978) propose quatre modes de savoirs infirmiers ; empirique, éthique, personnel et esthétique. Les savoirs infirmiers se rapportent principalement aux soins infirmiers comme métaparadigme, illustré par l'objectif général qui consiste à contribuer à maintenir la stabilité du système de la personne. Cependant, une application plus fine de la TNF est possible.

Savoir empirique des manifestations de la santé et de la maladie : Le savoir empirique comprend la notion de connaissances organisées à travers les théories et les lois générales afin de prédire des phénomènes liés à la discipline infirmière, la recherche scientifique, de l'observation, l'exploration de la description et l'explication des phénomènes.

Il s'agit ici d'identifier les facteurs de stress pour pouvoir par la suite de choisir la prévention à appliquer pour pouvoir ensuite cibler les interventions et stratégies de soins adéquates à la personne soignée. Le savoir empirique est lié en particulier à la variable physiologique du système client.

Savoir éthique ou la capacité de faire des choix moraux dans des situations concrètes : Le savoir éthique fait référence à la compréhension, le moral personnel du soignant à savoir de ce qui est bon et juste pour la personne soignée et de ce qui est possible ou non pour celle-ci. Se savoir exige du soignant un côté également créatif, conscient et raisonné qui permet à celle-ci de prendre en compte l'être unitaire en respectant ses propres valeurs, et besoins spécifiques et de ce fait d'explorer les différentes alternatives possibles lors d'une prise de décision.

Le savoir éthique ici fait référence à la variable psychologique et spirituelle. Ce savoir est lié aux émotions, à la perception du « client », mais aussi du personnel soignant. Il est nécessaire de considérer la personne dans le sens holistique et de se concentrer sur le système client.

Savoir personnel d'une compréhension de soi et de l'autre en tant que personne unique : Le savoir personnel repose sur la connaissance du soi, la rencontre avec l'autre. C'est un mode qui permet au soignant lorsqu'il est bien développé l'ouverture aux autres et permet ainsi une interaction enrichissante face au patient et une ouverture d'esprit face à la prise en charge tout en prenant compte de l'être en tant qu'unitaire en le considérant avec ces propres valeurs et sa culture tout en incorporant la famille dans celui-ci. Le savoir personnel ainsi permet une interaction avec la personne, prise en charge avec une équipe pluridisciplinaire ainsi que sa famille.

Ce mode de savoir se réfère à la variable développementale qui est le cycle de vie de chacun développé en fonction des structures de base construite dès la petite enfance. Il s'agirait des mécanismes de défense, l'éducation apportée par ses pairs, les ressources disponibles dans son environnement. La TNF est centrée sur la personne. Le savoir personnel a donc une grande importance dans ce modèle. Il permet donc la prise en considération de l'interaction entre la personne « client » et l'infirmière est importante.

Savoir esthétique ou l'art de saisir le sens des expériences humaines : Lorsqu'une personne présente un risque relié à l'alcool il est important de ne pas avoir de jugement face à ces personnes. En tant que soignant il faudra présenter une posture et d'un premier abord comprendre la situation du patient et éviter quelle conque interprétions et appréhender de manière le sens de cet état. Le savoir esthétique met également en évidence que chaque être est différent, reconnaître l'unicité de chacun et que par ce sens il faudra adapter la prise en charge de chacun en fonction du besoin du patient ainsi que sa famille. La variable socio culturelle de la TNF permet d'avoir une

compréhension profonde de la situation que vit le client et de savoir comment celui-ci s'adapte à sa société et les influences sur celui-ci.

APPENDICE F : TABLEAU PICOT

PICOT	Mots clés français	Key words in english	Descripteurs Pubmed (mesh)	Descripteurs CINAHL (ovid)
<i>Population</i>	Personnes âgées à partir de 65 ans	aged person aging person elderly person elder	aged	aged
<i>Interventions</i>	Dépistage Delirium tremens	Screening delirium tremens alcohol withdrawal delirium alcohol abstinence delirium delirium alcoholicum tremor potatorum	Alcohol withdrawal syndrome Alcohol withdrwal delirium	Alcohol withdrawal delirium
<i>Comparaison</i>	Aucune comparaison			
<i>Résultats</i>	Prévention secondaire	Secondary prevention	Relapse prevention	Prevention
<i>Temporalité</i>	Hospitalisé en milieu aigu	Hospitalized in acute care	Hospitalized in acute care	Hospitalized patient

APPENDICE G : GRILLES ADAPTÉES DE FORTIN DES ARTICLES RETENUS

Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures

Dong Wook Kim, PhD, Hyun Kyung Kim, MD, Eun-kee-Bae, MD, PhD, So-Hee Parki, MD, Kwang ki Kim, MD, PhD.

American Journal of Emergency Medicine 33 (2015) 701-704

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<p align="center">Titre</p>	<p align="center">Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre comprend les concepts de prédicteurs cliniques du delirium tremens chez les patients développant une crise en lien avec un syndrome de sevrage alcoolique</p>
<p align="center">Résumé</p>	<p align="center">Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé comporte les sous-chapitres suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le contexte : Le delirium tremens est la forme la plus sévère du syndrome de sevrage alcoolique se développant suite à un arrêt brusque de la consommation d'alcool. L'identification précoce des patients à haut risque est importante pour la prise en charge préventive des épisodes inattendus (agitation, convulsions, mortalité). - Méthodes : les patients ayant visité le service d'urgences avec des convulsions aiguës liées au syndrome de sevrage alcooliques ont été inclus dans l'étude. Tous les patients ont été soigneusement observés pendant au moins 48 heures dans l'unité de soins intensifs afin de surveiller les paramètres vitaux et le développement du Delirium Tremens. Les résultats cliniques du laboratoire ont été analysés afin de prédire le développement du délirium tremens

	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats : Sur les 97 patients avec des crises de syndrome de sevrage, 34 patients ont développé un syndrome de sevrage alcoolique. Un faible taux de plaquettes, de pyridoxine et une augmentation du taux d'homocystéine ont été associés au développement ultérieur du Delirium Tremens. - Conclusion : l'étude a indiqué que certains paramètres sont des prédicteurs cliniques du développement du Delirium Tremens chez les patients faisant un syndrome de sevrage alcoolique. Ces résultats seraient utiles pour l'identification clinique et la gestion des patients présentant un risque élevé de Delirium Tremens.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>L'identification retardée du Delirium Tremens est potentiellement associée à une morbidité entraînant de l'hyperthermie, de l'arythmie cardiaque, des convulsions ou d'autres troubles. Le Delirium Tremens peut être potentiellement associé à la mortalité.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>L'identification précoce des patients à haut risque de développer un Delirium Tremens est importante pour la gestion clinique. Il est nécessaire que la détection soit appropriée et fiable et que les traitements soient rapidement administrés afin de prévenir les accidents liés à l'agitation et aux convulsions.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p>

	<p>Dans la pratique, il est souvent difficile d'évaluer le risque de Delirium Tremens chez les patients faisant un syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui une recension des écrits a été entreprise</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui. La recension indique que la consommation d'alcool est souvent associée à des convulsions ou à des crises d'épilepsie. Elle définit également que l'arrêt brutale de la consommation peut entraîner un syndrome de sevrage alcoolique. Le syndrome de sevrage alcoolique peut être associé à certaines maladies associées à la dépendance alcoolique, comme les traumatismes crâniens, les infections et les accidents vasculaire cérébraux.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>La recension semble présentée une base solide pour l'étude. Certains articles retenus sont récents (de l'année 2014, par exemple).</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>Oui.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts sont mis en évidence par des observations faites par d'autres auteurs/chercheurs.</p>

	<p>Les concepts mis en évidence dans cette étude sont les prédicteurs cliniques et e Delirium Tremens.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s’inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l’étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l’étude ?</p> <p>Les auteurs se réfèrent à un cadre de référence. Il est étroitement lié au but afin d’identifier les prédicteurs cliniques ou de laboratoires afin de dépister le Delirium Tremens</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l’étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. L’étude permet d’identifier les prédicteurs cliniques ou de laboratoire lors du développement du Delirium Tremens chez les patients atteint de syndrome de sevrage alcoolique</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l’étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Les auteurs précisent qu’il est souvent difficile d’évaluer le risque de Delirium Tremens chez les patients présentant un syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l’expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Le but découle directement de l’hypothèse. Cette étude permettra de mettre en évidence les prédicteurs cliniques et laboratoires afin de détecter rapidement le Delirium Tremens</p>

	<p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Les personnes cessant brutalement leur consommation chronique d'alcool sont à risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Les questions s'appuient sur le cadre théorique.</p>
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Tous les patients ayant visités le service d'urgence de 4 hôpitaux tertiaire dû à des convulsions, entre janvier 2013 et octobre 2014, ont été inclus dans l'étude. Les médecins ont évalué seulement les patients ayant des convulsions liées au développement d'un syndrome de sevrage alcoolique. Par contre, les patients ayant des convulsions liées à d'autres étiologies ont été exclus de l'étude. Suite à l'évaluation des médecins, les patients ont reçu des solutions (thiamines, multivitamines supplémentaires et des benzodiazépines si nécessaire) par voie intraveineuse, afin de pallier aux convulsions. Le diagnostic de Delirium Tremens a été posé par le médecin selon les critères de diagnostic.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle</p>

	<p>justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Aucuns moyens d'accroître l'échantillon n'a été envisagé par les auteurs.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Tous les participants et les soignantes ont donné leur consentement éclairé.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Les patients développant un Delirium Tremens ont été mis sous surveillance pendant 48 heures dans l'unité de soins intensifs afin que le personnel soignant puisse surveiller les signes vitaux et le développement du Delirium Tremens.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>C'est une étude de cohorte prospective qui permet de comparer les prélèvements sanguins entre des sujets développant un Delirium Tremens et des sujets n'en développant pas.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p>

	<p>Oui, elle permet d'identifier les différences que subit une personne développant un Delirium Tremens dans son prélèvement sanguin par rapport à une personne qui n'en développe pas.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Véracité : ce sont des données objectives, recueillies par prélèvement sanguin. Ce sont donc des données permettant de respecter le critère de véracité - Applicabilité : un prélèvement sanguin peut être effectué lors de l'arrivée au service d'urgence. - Neutralité : Les échantillons de prélèvement sanguin ont été recueillis dès l'arrivée du patient, avant tout initiation de traitement. Seul un traitement par fluide avec une solution saline et une injection IV de benzodiazépine ont été administrés afin de traité immédiatement la convulsion. <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui car elle permet d'identifier les analyses sanguines entre une personne développant un Delirium Tremens et un sujet sain. Les différences de prélèvement entre les deux sujets permettront d'identifier les prédicteurs cliniques.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Les auteurs ont été sur les terrains pendant 1 an et 9 mois.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p>

	<p>Afin de comparer les caractéristiques cliniques et les résultats du prélèvement sanguin entre les deux groupes, les auteurs ont utilisé le « Student T Test » pour étudier les variables continues et le « X² test » pour étudier les variables catégorielles. Les variables avec une probabilité à < 0.1 ont été incluses dans une régression logistique multiple afin d'identifier les variables indépendantes lors du développement du Delirium Tremens. Une élimination en commençant par la fin a été effectuée afin de sélectionner les variables maintenues. Une courbe de sensibilité et de spécificité a été effectuée afin de mesurer l'efficacité des paramètres cliniques pour la prédiction du Delirium Tremens.</p> <p>Afin d'analyser la corrélation entre les prélèvements sanguins, le coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Les observations du phénomène ont été bien ciblées en utilisant les outils de mesures décrits ci-dessus.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Aucun instrument n'a été créé pour l'étude.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Seul le prélèvement sanguin est décrit clairement.</p>

	<p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les prélèvements sanguins ont été effectués par le personnel soignant dès l'arrivée des patients à l'unité d'urgence.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Toutes les analyses ont été menées avec SPSS version 21.0</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Les prélèvements sanguins ont été effectués lorsque les patients n'avaient pas encore reçu de traitements spécifiques.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Un schéma et deux tableaux sont présentés dans les résultats. Le premier schéma démontre l'échantillon. 113 patients sont arrivés aux urgences avec des convulsions liées à un sevrage alcoolique. 16 ont été exclus pour différentes raisons. Suite à cela, 97 patient ont été retenus : 34 ont développé un Delirium Tremens et 63 n'en ont pas développé.</p> <p>Le premier tableau comporte les comparaisons de données démographiques et les résultats des prélèvements sanguins.</p> <p>Le deuxième tableau démontre les facteurs de risques indépendants du développement du Delirium Tremens</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p>

	<p>Oui. Les données sont d'abord généralisées pour ensuite aller aux données plus significatives. Cela permet une meilleure compréhension des résultats.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Les auteurs expliquent que le taux sérique élevé de l'homocystéine et la diminution du taux sérique de la pyridoxine et des plaquettes sont étroitement liés au développement du Delirium Tremens. Ils expliquent également que le seuil de l'homocystéine est à 145 mg/dl ainsi que sa sensibilité est à 81,48% et la spécificité à 67,3%. Pour le taux de plaquette, le seuil est à 134, la sensibilité à 72,72% et la spécificité à 69,84%.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Pas de précision de la part des auteurs concernant cette donnée.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>L'étude démontre l'implication de facteurs cliniques dans le développement du Delirium Tremens.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Plusieurs études ont évalué l'implication de plusieurs marqueurs biologiques lors du développement du Delirium Tremens. Elles ont constaté que le Delirium Tremens était associé à une thrombocytopénie, à une hypokaliémie et à une hyperhomocystéinémie.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p>

	<p>Oui. Les seuls marqueurs biologiques et cliniques significatif dans le développement du Delirium Tremens était le taux élevé d'homocystéine et le taux diminué de Pyridoxine et de thrombocytes.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Seul un nombre restreint de patient ont été inclus dans l'étude. De plus la corrélation de plusieurs marqueurs biologique et le développement du Delirium Tremens pourrait être un hasard. Les médecins diagnostiquant le Delirium Tremens pouvaient être influencés par les résultats cliniques et des analyses sanguines. Enfin, étant donné que tous les patients ont été admis aux urgences, les résultats ne sont pas représentatifs pour toutes les unités de soins.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui les auteurs mettent en lien les différents marqueurs biologiques avec les symptômes du Delirium Tremens</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>L'étude met en évidence que les patients atteints de thrombocytopenie et hyperhomocystéinémie nécessitent un traitement intensif pour la prévention et la prise en charge rapide du Delirium Tremens. L'identification retardée du Delirium Tremens est potentiellement associée à des complications inattendues et à une augmentation de la mortalité.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Les résultats suggèrent que l'administration de vitamine B12, de folate et de pyridoxine peuvent réduire le taux</p>

élevé d'homocystéine. L'administration de ces derniers pourrait prévenir le Delirium Tremens et avoir un meilleur résultat pour la prise en charge des patients ayant un Delirium Tremens. Les recommandations actuelles de prise en charge sont axées sur l'administration de sédatif hypnotiques afin d'avoir un contrôle rapide et adéquat de l'agitation lors du Delirium Tremens.

Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Oui des explications sur les changements de taux des différents marqueurs biologiques sont explicités.

The “prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale” (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome.

José R. Maldonado, Yelizateva Sher, Judith F. Ashouri, Kelsey Hills-Evans, Haevenly Swendsen, Sermsak Lolak, Anne Catherine Miller

Alcohol 48 (2014) 375-390

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>C'est une revue systématique sur l'échelle pour prévoir la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique (PAWSS)</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé de l'étude comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexte : aucun outil de dépistage pour les syndromes de sevrage alcoolique n'a été validé. Plusieurs outils quantifient la sévérité du syndrome de sevrage mais aucun n'identifie les sujets à risque. Il n'existe pas d'outils validés pour la prédiction du syndrome de sevrage sévère. - Objectif : les objectifs des auteurs et de procéder à une revue systématique de la littérature déjà publiée afin d'identifier les facteurs cliniques associés au développement du syndrome de sevrage alcoolique. Il autre comme autre but d'utiliser les facteurs identifiés pour développer un outil qui indique le sevrage d'alcool chez les patients et de mener une étude pilote afin d'évaluer la validité de l'outil. - Méthode : pour la création de l'échelle PAWSS les auteurs ont effectué une recherche sur différentes bases de données afin d'identifier les différents facteurs cliniques reliés au syndrome de sevrage alcoolique. Les données obtenues ont

	<p>été utilisées pour élaborer le PAWSS pour l'identification des patients à risque de syndrome de sevrage sévère/complicé. Une étude pilote a été menée pour évaluer le nouvel outil sur les patients admis dans une unité générale de médecine durant une période de 2 semaines.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résultats : 2802 articles décrivant des facteurs potentiellement associés au risque accru de développé un syndrome de sevrage, une sévérité au niveau des symptômes et les caractéristiques différentes par rapport aux types de syndrome de sevrage ont été trouvés lors des recherches. Parmi ceux-là 446 ont répondu aux critères d'inclusion et ont fait l'objet d'un examen approfondi. 233 articles décrivaient les facteurs prédictifs du syndrome de sevrage alcoolique. 10 éléments ont été identifiés comme étant liés au syndrome de sevrage complexe et donc utilisés pour construire le PAWSS. 68 sujets ont subi une évaluation avec le PAWSS ; la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positives et négatives du PAWSS étaient à 100% en utilisant le seuil de 4. - Discussion : les résultats ont identifié 10 éléments qui sont en lien avec le syndrome de sevrage compliqué. Ces éléments ont été rassemblés pour former un outil afin d'aider à l'identification des patients à risque de syndrome de sevrage sévère chez les patients hospitalisés. Le PAWSS est le premier outil validé pour l'identification des patients à risque de syndrome de sevrage sévère permettant une prise en charge précoce et avant que les sevrages de syndrome sévère se développent.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Aucun outil n'est actuellement disponible pour prédire les syndromes de sevrage sévère chez les patients.</p>

	<p>Il s'agira d'étudier les facteurs cliniques en rapport avec le syndrome de sevrage modéré à sévère</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Lorsque le syndrome de sevrage est compliqué (c'est-à-dire de modéré à sévère) la maladie augmente la morbidité et la mortalité dans les hôpitaux. Des prolongations de séjours ainsi que l'augmentation de coûts auront lieu. Le dépistage et l'instauration d'un traitement précoce est la clé de la prévention des complications.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Il est impératif que les cliniciens disposent d'un outil fiable, rapide, efficace et standardisé pour identifier les patients à risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Selon plusieurs auteurs, le syndrome de sevrage alcoolique comprend un large éventail de symptômes et des degrés différents. Les syndromes de sevrage alcoolique peuvent se présenter en différentes formes ; le Delirium Tremens est la forme la plus sévère du syndrome de sevrage alcoolique. Lorsque le Delirium Tremens n'est pas traité il peut être mortel dans 15% des cas.</p> <p>Des études ont démontré que chez les patients hospitalisés, la plupart des syndromes de sevrage rencontrés sont relativement légers et nécessitent qu'une gestion symptomatique. Le syndrome de sevrage alcoolique sévère requérant des traitements n'arrive que dans 5-20% des cas.</p>

Le CIWA est un outil utilisé pour le diagnostic clinique du syndrome de sevrage alcoolique en fonction des observations et des réponses du patient. Il a été validé que lors de syndrome de sevrage alcoolique de léger à modéré. Lorsque cet outil a été évalué, les auteurs excluaient les personnes présentant des convulsions (un des premiers signes lors de syndrome de sevrage sévère). De plus, l'outil CIWA ne prend pas en compte les signes vitaux qui sont importants dans la reconnaissance de syndrome de sevrage sévère. Cet outil est utilisé pour déterminer la sévérité des symptômes lors de syndrome de sevrage et non pour prévoir les personnes à risques de développer un syndrome de sevrage.

Le test d'identification des troubles liés à l'alcool (AUDIT) a été étudié comme un outil dépistant le syndrome de sevrage alcoolique, il a une valeur prédictive positive de 17,3% lorsqu'il est testé seul et augmente à 47,3% lorsqu'il est combiné avec au moins deux marqueurs biologiques anormaux (ASAT, ALAT, Gamma-GT).

La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?

Oui elle soulève le fait que ces outils déjà présents dans le milieu médical ne prennent pas en compte le syndrome de sevrage sévère.

La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?

Oui des études datant peu avant celle-ci ont été prise en compte pour cette étude, constituant donc des bases solides pour cette étude.

La recension présente-t-elle des sources primaires ?

	<p>Oui les auteurs et les années de publications sont indiqués après chaque paragraphe retenu des différents articles ou études. Des études menées datent de l'année 1953.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les auteurs se sont basés sur certaines études afin de faire émerger les facteurs cliniques liés au développement du syndrome de sevrage alcoolique. Cette étape permettra d'élaborer un nouvel outil afin de prédire un développement de syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Les auteurs se réfèrent à un cadre de référence. Le cadre de référence est lié au but afin d'identifier les facteurs prédictifs du syndrome de sevrage alcoolique de modéré à sévère.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui le but consiste à développer une échelle de prédiction d'un syndrome de sevrage alcoolique sévère afin que ces personnes puissent être prise en charge précocement pour éviter la morbidité et la mortalité.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Si les patients sont dépistés, un plan de traitement peut être administré immédiatement bloquant le</p>

	<p>développement d'un syndrome de sevrage compliqué et les complications graves (Delirium Tremens, processus neurodégénératives, convulsions) et minimiser les effets néfastes du syndrome de sevrage alcoolique sur la neurocognition.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Oui car parmi ces recensions, Duka et al. 2004 indiquent que des épisodes de syndrome de sevrage alcoolique répétitifs peuvent affecter le fonctionnement cérébral ainsi que l'apprentissage et la cognition.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>La variable est le syndrome de sevrage alcoolique et il est précisé dans le cadre de recherches car les auteurs ont retenu des facteurs cliniques du syndrome de sevrage alcoolique dans 233 articles.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Les hypothèses s'appuient sur des bases théoriques.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Il s'agit de patients âgés de 18 ans et plus dans deux unités de médecine.</p>

<p style="text-align: center;">Considérations éthiques</p>	<p style="text-align: center;">Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Seul leur accord est pris en compte. Les auteurs n'ont pas précisé s'ils ont effectué des démarches particulières pour la protection des patients.</p> <p style="text-align: center;">L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Les soins habituels ont été administrés aux patients malgré le test de dépistage. Les résultats du PAWSS n'ont pas influencé les traitements en cours. Lors de syndrome de sevrage alcoolique dépister par l'outil CIWA-Ar ont été surveillé étroitement et spécifiquement, si nécessaire et selon les soins habituels. Les patients ayant subi des syndromes de sevrage alcoolique sont suivis et traités avec un protocole basé sur les benzodiazépines.</p>
<p style="text-align: center;">Devis de recherche</p>	<p style="text-align: center;">Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>C'est une revue systématique, les auteurs se sont inspiré et ont pris en compte toutes les études effectuées sur ce sujet. 223 articles ont été retenus afin de chercher les éléments prédicteurs d'un syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>Une étude pilote a également été fournie pour validé l'outil créer chez une population donnée. Cela permettra donc d'évaluer l'outil afin de pouvoir le mettre en pratique.</p> <p style="text-align: center;">Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Il crée un outil de prédiction concernant le développement d'un syndrome de sevrage alcoolique et l'a testé afin de confirmé sa validité de ce dernier.</p>

	<p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Véracité : les auteurs se sont basés sur d'autres études - Applicabilité : l'étude pilote permet de vérifier l'applicabilité de cette échelle chez des patients hospitalisés - Consistance : le devis est cohérent dans leur recherche. Les auteurs ont d'abord pris en compte plusieurs articles afin de préciser les facteurs cliniques d'un syndrome de sevrage alcoolique, pour en créer une échelle et puis l'évaluer. - Neutralité : Les patients chez qui cette échelle a été évaluée, les motifs d'hospitalisation sont variés et différents. <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui vu que le but est de créer une nouvelle échelle ; La méthode de recherche est pertinente.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Seul deux semaines sont passés sur le terrain afin d'évaluer l'échelle.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Le PAWSS est décrit. Il est composé de trois parties : La 1ère partie : les critères de seuil. C'est-à-dire qu'elle contient les questions concernant la consommation d'alcool (pendant les 30 derniers jours) et/ou le taux d'alcoolémie à l'admission</p>

	<p>La 2ème partie : contenant 10 questions qui évaluent les facteurs de risque connus lors de syndrome de sevrage où le patient répond par oui ou par non La 3ème partie : état clinique actuel (paramètres vitaux)</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui, l'inclusion des articles a bien été ciblées afin d'obtenir 10 facteurs prédictifs afin de créer l'outil</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Seule l'échelle PAWSS a été créée par les auteurs.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>La cohérence de la procédure lorsque l'outil a été évalué est perspicace.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Des informations sur les patients ont été recueillies rétrospectivement. Des informations concernant leur diagnostic, leurs antécédents, leurs paramètres vitaux et état clinique précédent et actuel, le score CIWA-Ar et les traitements médicamenteux ont été prise en compte.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Un groupe de chercheur indépendant des auteurs ont été recueillir les informations décrites ci-dessus.</p>

<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui ils ont calculé en pourcentages les données démographiques. La spécificité et la sensibilité pour chaque point de coupure possible à l'échelle (c'est-à-dire de 1-10) ont été calculées. La sensibilité et la spécificité optimales a été également considérées. Un seuil de 4 a été calculé donnant lieu à un résultat positif</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Aucun facteur susceptible d'influer les résultats n'est pris en considération</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui le résumé des résultats est compréhensible malgré quelque manque de précision concernant la méthode d'analyse.</p>
	<p>RESULTATS</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>3 tableaux nous présentent les résultats : Table 2 : représente les résultats de l'échelle PAWSS en lien avec les données démographiques en indiquant si le score est négatif, entre 1-3 ou plus que 4. Table 3 : Les principaux diagnostics de l'échantillon. Fig. 3 : le déroulement de l'étude de pilote.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Les auteurs ont d'abord décrit les 10 facteurs de risques retrouvés dans les différents articles recherché et retenu pour finalement expliquer les résultats de l'étude pilote.</p>

	<p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Tous les tableaux et les résultats sont résumés par un texte narratif.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats sont interprétés par rapport à l’outil créé par les auteurs et donc sur les 10 facteurs associés au développement du syndrome de sevrage alcoolique sévère. L’outil a démontré une spécificité et une sensibilité à 100% dans l’échantillon précisé au-dessus.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d’études antérieures?</p> <p>Sachant que les 10 facteurs associés au développement du syndrome de sevrage alcoolique sévère ont été retenus par des études antérieures ; les résultats concordent avec les études antérieures.</p> <p>L’interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d’analyses ?</p> <p>Sur la base de plusieurs revues de littérature, les auteurs ont pu identifier plusieurs facteurs associés à l’identification de la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique. Ainsi, le nouvel outil PAWSS a été conçu.</p> <p>Les limites de l’étude ont-elles été définies ?</p> <p>Certains patients n’ayant pas consommé d’alcool dans les 30 jours ont été exclus des patients ayant des risques de développer un syndrome de sevrage alcoolique sévère. Celles-ci pourraient éventuellement cacher leur consommation d’alcool et donc seraient inexactement</p>

	<p>exclus de la suite de l'échelle et donc potentiellement à risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique sévère.</p> <p>Un seul évaluateur a été utilisé.</p> <p>La taille de l'échantillon était faible pouvant limiter l'étude.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui, la fonction d'efficacité du récepteur (la courbe ROC en anglais) a été utilisé dans la méthode, analysée dans les résultats. Cette dernière démontre que le PAWSS a une sensibilité et une spécificité à 100%</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Le PAWSS est un outil utile pour l'identification rapide et précise des patients à risque de syndrome de sevrage sévère. Il permettrait l'identification avant même que les symptômes ne se déclarent et donc d'administrer une prophylaxie efficace. Cela permettra de préserver le fonctionnement neurologique et d'améliorer la morbidité et la mortalité tout en réduisant les coûts globaux des soins.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Une étude plus large est actuellement menée, en utilisant des évaluateurs multiples.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Le PAWSS est un outil fiable et rapide pouvant être utilisé afin de diminuer les complications liées au syndrome de</p>

	sevrage alcoolique ; donc les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.
--	--

Using the AUDIT-PC to Predict Alcohol Withdrawal in Hospitalized Patients

Anna Pecoraro, PsyD, Edward Ewen, MD, Terry Horton, MD, Ruth Mooney, PhD, MN, BSN, Paul Kolm, PhD, Patty McGraw, MS RN and George Woody, MD

(2013) 34-40

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre précise clairement les concepts clés : Il s'agit de dépister un sevrage alcoolique en utilisant un outil s'appelant « AUDIT PC ».</p> <p>La population est également précisée. Il s'agit de patients hospitalisés.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé présente une bonne synthèse de l'article avec notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le contexte nous permettant d'identifier que les patients hospitalisés dépendant à l'alcool sont à risque concernant le développement d'un syndrome de sevrage alcoolique. Qu'il serait important qu'un outil de dépistage soit disponible, mais qu'actuellement aucun outil n'est validé. - L'objectif nous indique, qu'à l'aide d'un outil appelé AUDIT-PC, il nous sera capable de détecter un trouble de dépendance et de prévoir le développement d'un syndrome de sevrage chez les patients hospitalisés en chirurgie ou en médecine - La conception nous indique que les patients se trouvant dans le service des soins intensifs et ceux ne pouvant pas répondre aux questions ont été exclus de l'étude. L'étude s'est basé sur des patients ayant été diagnostiqués, durant leur

	<p>hospitalisation, faisant un sevrage en les comparant avec des sujets sains.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La population de l'étude comprenait tous les patients âgés de 18 et plus, hospitalisés dans les services de médecine ou de chirurgie. - Les résultats nous démontrent que si le score de l'AUDIT-PC augmente il est associé à un risque accru de développer un syndrome de sevrage alcoolique. - La conclusion nous indique la pertinence du score de l'AUDIT-PC et l'importance d'un outil pour le dépistage du syndrome de sevrage alcoolique
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Les patients hospitalisés, dépendants à l'alcool cessent brusquement leur consommation et sont à risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique. Il s'agit dans cette étude d'avoir l'outil qui permettrait aux infirmiers l'identification précoce des personnes à risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique pendant l'hospitalisation.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui le problème/phénomène de l'étude est pertinent car si le syndrome de sevrage alcoolique n'est pas dépisté et traité précocement, le risque de développer un Delirium Tremens est important (forme de syndrome de sevrage alcoolique plus sévère) pouvant engendrer des complications potentiellement mortelles.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p>

	<p>L'AUDIT-PC a toujours été utilisé en ambulatoire lors des premiers entretiens pour identifier les problèmes d'alcool chez certains patients. Cet outil n'a pas été prévu pour évaluer le risque de syndrome de sevrage alcoolique chez les personnes dépendantes.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Dans l'introduction, les auteurs citent plusieurs auteurs et revues.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>La recension explique tous les moyens de dépistage et les prises en charge en fonction de la sévérité des symptômes du syndrome de sevrage alcoolique. Une étude de Dolman et Hawkes a combiné l'outil AUDIT avec des tests sanguin pour dépister et prédire le syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>À partir d'articles consacrés au mésusage de la consommation d'alcool, de dépistage des personnes à risque d'un syndrome de sevrage alcoolique en ambulatoire et à partir d'autres outils comme le CIWA-Ar (utilisé par les infirmiers pour évaluer les personnes à risque mais également d'initier un algorithme de traitement), les auteurs ont pu détecter le manque</p>

	<p>d'outils dans les unités de soins aiguë pour en examiner un qui pourrait potentiellement être utilisé.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>Les auteurs citent un système de santé qui a mis en place, en octobre 2009, un système standardisé pour le dépistage et un protocole de traitement pour les patients développant un syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts clés de cet article sont connus dans les services ambulatoires ou lors de cure de désintoxication. Les auteurs expliquent dans quel domaine et dans quel but l'AUDIT, l'AUDIT-C, l'AUDIT-3 et l'AUDIT-PC sont utilisés. Ils expliquent également que d'autres chercheurs associent l'outil AUDIT et des tests laboratoires pour dépister le syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Le cadre de référence en défini ; il s'agit d'un outil pour dépister les problèmes d'alcool en ambulatoire. Dans cette étude le but est d'évaluer si l'outil AUDIT-PC a la capacité de dépister un syndrome de sevrage dans un milieu hospitalier aiguë.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>L'objectif primaire de cette étude est d'examiner si l'outil AUDIT-PC est capable de dépister un syndrome de sevrage alcoolique se produisant après l'entrée dans les services de chirurgies et en médecine.</p>

	<p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Les auteurs de l'étude veulent trouver un outil bref, efficace pour le dépistage d'un syndrome de sevrage alcoolique se produisant après l'admission des patients en chirurgie ou en médecine. Ils utilisent un outil déjà connu en ambulatoire.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Les auteurs pensent qu'un outil est nécessaire dans les services de soins aigus ; il faut que cet outil soit bref, qu'il requière une formation minimale avant d'être utilisé, qu'il soit facile à employer et qu'il n'entrave pas l'organisation de travail dans les services.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Les questions s'appuient sur des bases théoriques.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Dans la méthode, la population est visée et définie de façon précise. Les auteurs se sont intéressés des patients âgés de plus de 18 ans qui ont été hospitalisés en médecine ou en chirurgie et qui, pendant leur hospitalisation, ont développé un syndrome de sevrage</p>

	<p>alcoolique. Ces patients ont été admis à l'hôpital de Christiana Care Health Système (CCHS) du 1 octobre 2009 au 1 octobre 2010</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Cette étude fait partie des études d'observation rétrospective. C'est-à-dire que les caractéristiques des personnes ayant développées un syndrome de sevrage durant la période décrite au-dessus, sont comparées avec des sujets ayant eu ce même diagnostic durant la période du 1 janvier 2001 jusqu'au 31 décembre 2012 n'ayant pas utilisé l'outil AUDIT.PC. Cela avait pour but de regarder le taux de diagnostic et l'évolution du diagnostic.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Dans l'introduction, les auteurs nous indiquent que 17 à 20% des patients hospitalisés sont des consommateurs d'alcool insalubre. 77 % de ces patients sont des patients alcoolo-dépendant.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Les auteurs ne précisent pas si des moyens pour préserver les droits des participants ont été mis en place.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p>

	<p>L'étude a été conçue afin que le diagnostic puisse être posé plus rapidement et éviter que seul les médecins puissent évaluer s'il s'agit d'un syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>C'est une étude de rétrospective de cohorte ; elle permet de comparé les résultats chez des patients atteints de syndrome de sevrage par rapport à des sujets sains.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Ce choix permet d'examiné si l'outil est bref, s'il ne modifie pas l'ambiance et le rythme de travail dans ces unités, s'il est fiable en le comparant avec des personnes saines.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Véracité : Le fait de comparé cet outil entre des personnes développant un syndrome de sevrage et des sujets sains permet à ce que l'outil AUDIT-PC soit fiable. - Applicabilité : Il permet de vérifier l'applicabilité de l'outil ; sachant que dans ces services, la prise en charge et le dépistage doit être fait de manière rapide. Le fait de le mettre en pratique dans ces services permettra de vérifier son applicabilité. <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Les auteurs ont sélectionné tous les patients avec un diagnostic de syndrome de sevrage alcoolique et 500</p>

	<p>personnes prise au hasard qui étaient le groupe de contrôle. Les erreurs de calculs des résultats de l'AUDIT-PC ont été corrigées par les auteurs. Après avoir sélectionné les patients ayant un diagnostic de syndrome de sevrage alcoolique, les auteurs ont catégorisé les patients ayant développé un syndrome de sevrage lors de l'admission et ceux qui l'ont développé pendant leur hospitalisation en fonction de différents critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le diagnostic posé par le médecin de syndrome de sevrage alcoolique - Des crises sans antécédents de syndrome de sevrage - Survenue inexpliquée de délires ou de tremblements <p>Une régression logistique a été effectuée en utilisant les sujets sains et les patients développant un syndrome de sevrage après l'admission.</p> <p style="text-align: center;">Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Les auteurs ont intégré tous les patients ayant 18 ans et plus, du 1er octobre 2009 au 1er octobre 2010. Ils ont donc passé une année sur le terrain</p>
<p style="text-align: center;">Modes de collectes de données</p>	<p style="text-align: center;">Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Une régression logistique a été effectuée en utilisant les participants choisis au hasard et les sujets développant un syndrome de sevrage après l'admission. Les statistiques ont été calculées avec un logiciel (Chi-square and Mann-Whitney U test). Un modèle de régression a été utilisé afin de comparé le score de l'AUDIT-PC avec les variables suivantes : l'âge, le sexe, l'origine ethnique.</p> <p style="text-align: center;">Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p>

	<p>Oui, deux médecins procédaient à l'analyse</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Aucun instrument n'a été créée pour cet étude. Par contre, ils ont utilisé le Chi-square and Mann-whitney U tests pour calculer les statistiques.</p> <p>La fonction d'efficacité du récepteur (receiver operating characteristics « ROC », en anglais) a été utilisée afin d'évaluer l'efficacité et la sensibilité de l'AUDIT-PC en calculant les vrais positifs et les faux positifs.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui, car les recherches effectuées sont basées sur des tests qui permettent la comparaison entre des personnes atteintes et des sujets sains. De plus, des outils afin d'identifier l'efficacité et la spécificité de l'AUDIT-PC a été utilisé.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Ces informations n'ont pas été explicitées par les auteurs. Seuls les données démographiques, les unités dans lesquelles les sujets se trouvaient, leur diagnostic ont été relevées des données administratives.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les données ont été recueillies et le test de l'AUDIT a été effectué par des infirmiers diplômés tenus au secret professionnel.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p>

	Aucune variable indépendante n'est explicitée dans l'étude.
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Les méthodes d'analyse ont été décrites car les auteurs se sont basés sur les tests de Chi-Square et Mann-Withney. Ensuite, ils ont utilisé le ROC décrit au-dessus ainsi que l'indice de Youden mesurant le seuil de l'AUDIT-PC. Ils ont également calculé les vrais positifs, les vrais négatifs en fonction des nombres de sujets traités définis auparavant.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui. Les auteurs ont pris en compte le fait que les médecins pouvaient être influencés par le score de l'AUDIT-PC afin de poser le diagnostic de syndrome de sevrage alcoolique.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Plusieurs tableaux sont présentés et un graphique sont présentés afin de comprendre les résultats.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui. Tout d'abord un schéma est présenté afin de comprendre l'échantillon, les patients exclus de l'étude qui ont été admis en unité de soins intensifs, les patients exclus car une erreur de classement a été effectuée et ceux ne répondant pas au score.</p> <p>Ensuite les caractéristiques démographiques des sujets inclus dans l'étude ont été classées, aucun résultat n'est significatif. Un autre tableau présentant les covariables ne montrant aucun résultat significatif. Par contre le</p>

	<p>score de l'AUDIT-PC présenterait le développement ultérieur d'un syndrome de sevrage alcoolique. De plus, un tableau présentant la spécificité et la sensibilité de l'outil est présent dans les résultats. Une courbe présentant la fonction d'efficacité de l'AUDIT-PC est également présenté. L'outil est jugé étant 91% sensible et 89,7 spécifique. Le seuil de 4 est également mis en évidence en fonction de l'indice de Younden.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui. Un texte présentant tous les résultats et les tableaux sont présent.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Aucunes indications ne sont indiquées par rapport à cette question.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Chaque hypothèse est prise en compte et les résultats sont interprétés selon celle-ci. Le score de l'AUDIT-PC, dès l'admission, permet de distinguer les personnes pouvant développer un syndrome de sevrage, chez les patients hospitalisés dans les soins aigus non intensifs. Le seuil du score à 4 et plus semble être optimal en ce qui concerne la classification correcte avec une sensibilité à 91% et une spécificité à 89,7.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>La sensibilité et la spécificité de l'AUDIT-PC sont inférieures par rapport à des études antérieures. Cette</p>

	<p>différence peut être due car les unités sont différentes et l'outil AUDIT a été utilisé au lieu de l'outil AUDIT-PC.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>L'AUDIT-PC permet la prédiction du développement du syndrome de sevrage chez les patients hospitalisés. Un seuil de 4 semble offrir le meilleur équilibre entre les vrais et faux positifs.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Selon les auteurs, certaines limites ont été définies. Premièrement, l'étude a été menée dans un seul système de santé et pendant une seule année. Deuxièmement, les médecins ont pu être influencés par le score de l'AUDIT-PC afin de poser leur diagnostic. De plus, les patients peuvent sous-estimer leur consommation d'alcool pouvant diminuer la sensibilité de l'AUDIT-PC</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>L'AUDIT-PC démontre qu'il est capable de prédire un syndrome de sevrage alcoolique chez les patients hospitalisés.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p>

D'autres recherches sont nécessaires afin de permettre la validation de l'outil et l'analyse des coûts et de bénéfices par rapport à l'outil.

Il serait intéressant de comparer la capacité de dépister le syndrome de sevrage alcoolique avec l'AUDIT-PC et les autres outils dérivés de l'AUDIT.

Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Oui.

Biological markers to predict previous alcohol withdrawal seizures: A risk assessment

T. Hillemacher, H. Frieling, K. Bayerlein, J. Wilhelm, J. Kornhuber, S. Bleich

Journal of Neural Transmission (2007) 151-154

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre précise les marqueurs biologiques que nous pourrions rencontrer lors d'un syndrome de sevrage alcoolique.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Dans le résumé, les auteurs nous indiquent que lors de sevrage d'alcool, le syndrome de sevrage alcoolique serait associé à une augmentation des concentrations plasmatique d'homocystéine et de prolactine. L'objectif de cette étude est d'évaluer si cette information est de qualité. Pour cela, 117 patients dépendants à l'alcool ont été inclus dans l'étude. Deux prélèvements sanguins leur ont été effectués (l'homocystéine a été prélevé dès l'admission et la prolactine le matin même), lors de leur hospitalisation pour un traitement de désintoxication. Les prélèvements ont montré des résultats très significatifs concernant l'évaluation du risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>L'étude a pour but d'étudier si le taux d'homocystéine (un acide aminé excitateur) et de prolactine est en lien</p>

	<p>avec le développement de syndrome de sevrage alcoolique chez les patients subissant un sevrage.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>L'étude est pertinente car jusqu'à présent, beaucoup d'effort et d'études ont été effectués pour comprendre et élucider les mécanismes physiopathologiques des crises convulsives durant les syndromes de sevrage alcoolique.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui, car il permet d'évaluer, grâce à la valeur sérique de prolactine, le risque de syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Les auteurs se sont basés sur plusieurs études. L'étude de Bleich and al. en 2000 a démontré que l'homocystéine était élevée chez les consommateurs ne subissant pas de sevrage. Une diminution progressive peut être remarquée durant le sevrage. Des études plus récentes ont démontré que le taux élevé d'homocystéine était un indicateur lors du développement du syndrome de sevrage alcoolique ; lors de la première apparition et durant les convulsions antérieures liées au syndrome de sevrage alcoolique. Il a été supposé que l'action convulsive des homocystéines fût médiée par les récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA). Plus récemment (2006), Bleich and al. ont démontré une spécificité et une sensibilité plus élevée concernant le taux d'homocystéine au niveau sérique. Pour dépister les syndromes de sevrage de première apparition la valeur d'homocystéine sérique est de 23 mmol/l.</p> <p>Des valeurs élevées de prolactine ont également été relevé durant une consommation chronique d'alcool,</p>

	<p>selon De et al. Emanuele and al. Schuckit and al. l'élévation du taux de prolactine est un phénomène bien connu post-convulsions. Cette augmentation est également relevée suite aux convulsions liées au syndrome de sevrage alcoolique (Mauthner et al. 1987). Des études récentes ont démontré un taux de prolactine sérique élevé à l'admission si les patients avaient eu des antécédents de syndrome de sevrage alcoolique. Il a été donc suggérer que le taux de prolactine peut être un indicateur clinique concernant les risques de développer un syndrome de sevrage alcoolique, puisqu'un des facteurs de risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique est d'avoir eu des antécédents de ce même diagnostic</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Il me semble qu'il y a beaucoup de lacune concernant ces deux indicateurs selon les différentes recensions. Il me semble pertinent et important d'évaluer ces deux indications pour prévenir un syndrome de sevrage alcoolique</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>L'étude présente des recensions de recherche très significatives face au développement des crises durant les syndromes de sevrage alcoolique. Ce sont des chercheurs effectuant des recherches quantitatives.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les auteurs se sont basés sur différents articles ou études qui démontrent certains phénomènes physiopathologiques lors de la consommation chronique</p>

	<p>d'alcool, lors du sevrage et les marqueurs biologiques pris en compte durant les convulsions liées au syndrome de sevrage.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Les concepts sont liés au but de l'étude, puisqu'il s'agit d'identifier les marqueurs biologiques présents lors du développement du syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>L'étude a pour but d'étudier si le taux d'homocystéine de prolactine est en lien avec le développement de syndrome de sevrage alcoolique chez les patients subissant un sevrage.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Ce sont des patients ayant déjà développé un syndrome de sevrage alcoolique. Les auteurs nous indiquent que les antécédents de syndrome de sevrage sont des facteurs de risque pour une nouvelle apparition.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Les auteurs veulent évaluer si les marqueurs biologiques décrits sont effectivement des indicateurs concernant le développement d'un syndrome de sevrage alcoolique.</p>

	<p>Etant donné, les différentes études et les différents propos vis-à-vis de ces deux marqueurs ils ont voulu étudié, lors de situation précise, le taux de ces marqueurs.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>L'échantillon est décrit de façon suffisamment détaillée. Il s'agit de 117 patients allant subir un sevrage d'alcool. Ils ont dû arrêter la consommation 72H avant l'admission dans le service. Les patients n'étaient que des hommes étant dépendant à l'alcool. Les femmes ont été exclues de l'étude car le cycle menstruel pourrait influencer la sécrétion de prolactine. Aucun patient n'a été traité avec des neuroleptiques, des suppléments vitaminiques ou d'autres médicaments pouvant influencer le taux de prolactine et d'homocystéine. Les patients atteints de maladies psychiatriques pouvant également influencer les taux décrits au-dessus, comme un état nutritionnel altéré, d'autres types de toxicomanies etc. ont été exclus</p>

	<p>de l'étude. De plus, les patients ayant subi des crises d'épilepsies, des convulsions d'autres étiologie que celle du syndrome de sevrage alcoolique ont été exclus également.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Les auteurs ont fait signer « la déclaration d'Helsinki » et tous ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Tous les patients ont été traités, lors du sevrage, à l'aide Clomethiazole et de Carbamazépine. Cela a eu pour but d'empêcher le développement d'un syndrome de sevrage alcoolique chez les patients, pendant leur période d'étude.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>L'article est une étude quantitative car elle cherche certains facteurs de développement du syndrome de sevrage alcoolique qui peut être quantifiées et objectivées (par les laboratoires, les médecins et les infirmiers).</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Le taux sérique peut être calculé de manière quantitative grâce à l'Abbot AxSym qui est utilisé pour des examens sérologiques. Les auteurs de l'article ont été attentifs à ce qui pouvait modifier le taux de sérique de la personne et ont donc prélevé l'homocystéine à jeun pour éviter toutes modifications. L'acide folique et la Vitamine B12 ont également été prélevés en même temps que</p>

	<p>l'homocystéine. Tous les prélèvements ont été centrifugés et conservés à 80°C immédiatement après le prélèvement. Un recueil de données a également été effectué par un professionnel concernant les antécédents de syndrome de sevrage alcoolique, la consommation journalière d'alcool (en grammes), et les années de consommation. Les informations fournies sont dans la majorité des cas objectivées, surtout en ce qui concerne les antécédents, car la plupart des patients ont été sevrés dans la même unité de désintoxication.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Véracité : les prélèvements sanguins sont très objectivables et quantifiables. De plus les auteurs ont été attentifs aux facteurs pouvant modifier certains éléments. - Applicabilité : les taux découlent des études antérieures expliquées dans l'introduction. <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Les marqueurs biologiques ne peuvent être que calculés et donc ce sont des marqueurs quantifiables.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les outils sont uniquement évoqués. Les prélèvements sanguins ont été examinés en utilisant l'Abbot AxSYM.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Les questions de recherche sont posées, et les observations du phénomène très bien ciblées.</p>

	<p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente. Les prélèvements sont effectués de manière professionnelle et en respectant leur spécificité (à jeun, le moment du prélèvement etc.). Les prélèvements sont ensuite restitués au laboratoire afin de les analyser avec du matériel spécifique.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Un professionnel a effectué un recueil de données concernant les antécédents, la quantité de consommation et les années de consommation. Les prélèvements sanguins ont été effectués soigneusement afin d'éviter des facteurs qui modifieraient les résultats</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Oui des professionnels sachant faire une prise de sang, sachant utiliser l'Abbot AxSYM ont été pris en compte pour l'étude. De plus, les facteurs pouvant modifier les prélèvements ont été retenus pour cette étude.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Les patients ont été divisés en deux groupes 1. Les patients ayant des antécédents de syndrome de sevrage alcoolique 2. Les patients n'ayant pas d'antécédents de syndrome de sevrage alcoolique. Les auteurs ont également comparé les résultats entre les patients ayant un taux d'alcoolémie positif et les patients ayant un taux d'alcoolémie négatif, au moment de l'admission. Ils comparaient également les patients ayant un taux sérique d'homocystéine plus élevé que la norme (c'est-à-dire, une valeur > à 23,9 mmol/l) et les patients ayant des valeurs dans les normes. Ils ont fait de même pour la Prolactine (valeurs anormales > à 18 ng/l)</p>

	<p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer les résultats sont décrit plus haut ; c'est-à-dire la prise de sang à jeun pour éviter que le taux de prolactine soit à faussé etc.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Les auteurs ont eu l'idée de retranscrire les résultats sous forme de deux tableaux :</p> <p>Le premier tableau contient toutes les informations recueillies lors du recueil de donnée par le professionnel ainsi que le taux de prolactine et d'homocystéine. Le tableau est divisé également en 2 avec une partie pour les patients n'ayant pas d'antécédents de syndrome de sevrage et une autre partie avec des patients ayant des antécédents.</p> <p>Le deuxième tableau contient une évaluation des différents éléments (prolactine et homocystéine). Les deux marqueurs biologiques peuvent être négatifs, il peut y en avoir un positif et l'autre négatif ou les deux marqueurs sont positifs.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Les tableaux sont logiquement présentés et permettent une compréhension adéquate.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Un texte résumant les tableaux est présent ce qui facilite d'autant plus la compréhension</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats répondent clairement à la question de recherche. Ils valident que les marqueurs peuvent être un facteur de prédiction des syndromes de sevrage alcoolique. L'étude démontre que les deux marqueurs doivent être pris en compte car il démontre une meilleure prédiction des syndromes de sevrage alcoolique. L'étude prouve également que ces deux éléments ne sont pas satisfaisant au niveau médical pour prévoir les syndromes de sevrage alcoolique car des patients ayant eu des antécédents de syndrome de sevrage n'ont pas été évalués.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Les auteurs valident les recherches antérieures et ajoutent le fait qu'il faut prendre en compte également la prolactine et non seulement l'homocystéine.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, dans les tableaux les résultats étant souvent non-significatif ce qui montre une cohérence entre l'analyse des résultats et la conclusion</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui car les résultats valident les résultats d'étude antérieur et la conclusion découlent des résultats mais également des résultats d'étude antérieure</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p>

L'étude nous démontre également l'importance du traitement comprenant des anticonvulsivants carbamazépine. Comme le résultat n'est pas satisfaisant les auteurs nous indique qu'il est très important de comprendre très précisément la physiopathologie de ce diagnostic et les options de traitement afin d'améliorer la prise en charge des patients

L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?

Ils indiquent que plusieurs paramètres neurophysiologiques devraient être pris en compte pour avoir de nettement meilleur résultat ; en comprenant par exemple, l'Acide-Gamma-Aminobutyrique (GABA) qui est très importante lors du développement des syndromes de sevrage alcoolique.

Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Une partie de la physiopathologie concernant le syndrome de sevrage alcoolique est développé, cela nous indique pourquoi les résultats peuvent être insatisfaisants au niveau médical.

Multidimensionality of alcohol withdrawal symptom checklist: a factor analysis of the alcohol withdrawal symptom Checklist and CIWA-Ar

Brian Pittman, Ralitzia Gueorguieva, Evgeny Krupitsky, Anatoly A. Rudenko, Barbara A. Flannery and John H. Krystal

Alcoholism: Experimental Research Vol. 31 No. 4 (2007) 612-618

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre comprend les concepts de symptômes du sevrage alcoolique. C'est une étude permettant d'analyser l'outil « Alcohol withdrawal symptom checklist » et le « CIWA-Ar ».</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé est composé des sous-chapitres suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexte : cette étude permet d'évaluer la structure factorielle des deux échelles afin de mesurer la gravité du syndrome de sevrage alcoolique. Ces deux échelles sont « the Alcohol Withdrawal Symptom Checklist » surnommée AWSC que la personne effectue elle-même et « the Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised » appelé CIWA-Ar qui est effectué par un observateur. - Méthode : les patients alcoolo-dépendant hospitalisés dans une unité de soins ont été inclus dans l'étude. Les deux outils ont été évalués à plusieurs reprises pendant la première semaine de sevrage chez ces mêmes patients. Une analyse factorielle exploratoire a été effectuée aux données recueillies lors de la première journée d'étude.

	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats : 5 facteurs indépendants représentaient 64 % de la variance totale de l'outil AWSC. Ces 5 facteurs sont les suivants : l'excitation, la dépression, les nausées et vomissement, l'envie de consommer de l'alcool et l'anxiété. Les hallucinations, les douleurs abdominales et la confusion n'ont pas pu être incluse dans l'analyse car les variances étaient insuffisantes. 3 dimensions ont été identifiées pour l'outil CIWA-Ar : l'excitation, les nausées et vomissements et l'anxiété - Conclusion : l'AWSC pourrait jouer un rôle important dans l'apport d'observations complémentaires. Il identifie également des dimensions multiples du syndrome de sevrage alcoolique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>18 échelles pour dépister la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique ont été créées. Cependant, elles manquent de consensus concernant la construction de l'échelle et révèlent également des différences en ce qui concernent la validité, la fiabilité et la facilité d'utilisation.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui car l'outil CIWA-A « The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol » a été revisité en CIWA-Ar en éliminant 5 éléments car ils n'étaient pas pertinents.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p>

	<p>L'AWSC étant un outil d'auto-évaluation comprenant 11 questions permet l'identification de la part du patient permettant de définir plus facilement la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p style="text-align: center;">Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui, plusieurs auteurs sont cités dans l'étude.</p> <p style="text-align: center;">La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Selon Yost (1996), les symptômes de sevrage alcoolique peuvent être communs comme l'insomnie, des maux de tête et des tremblements légers pouvant aller jusqu'à des complications plus graves telles que des convulsions ou encore le Delirium Tremens.</p> <p>Selon Shaw et al (1981), le CIWA-A est un outil permettant de mesurer la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique. Il a été modifié par Sullivan et al en 1989 car 5 éléments de cet outil n'étaient guère pertinents. C'est pour cela que l'outil CIWA-Ar ne contient que 10 questions qui permettent l'identification de la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique ainsi que sa prise en charge.</p> <p>Selon Willians et al. (2001), 18 échelles pour dépister la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique ont été créées. Cependant, elles manquent de consensus concernant la construction de l'échelle et révèlent également des différences en ce qui concerne la validité, la fiabilité et la facilité d'utilisation.</p> <p>J. Volpicelli et B. A. Flannery ont développé un outil d'auto-évaluation permettant l'identification de la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique complétant le CIWA-Ar.</p> <p style="text-align: center;">La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p>

	<p>Oui car les auteurs se basent sur des articles plus ou moins récents et spécialement consacré à l'identification de la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>Oui. La recension présente effectivement des sources primaires telles que l'étude de J.Volpicelli et B.A Flannery qui ont développé l'outil AWSC.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les auteurs font émerger les concepts des symptômes du sevrage alcoolique et l'identification de la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Oui. Toutes les références données dans l'article sont liées au but c'est-à-dire d'avoir un moyen efficace de déceler la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. Il s'agit d'améliorer les moyens de dépistage de la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique en comparant les éléments des deux outils.</p>

METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>127 patients masculins âgée en moyenne de 43 ans, admis dans une unité de désintoxication ont été inclus dans l'étude. Les participants étaient tous relativement similaire au niveau de l'âge, les antécédents de sevrage et leur consommation. Les patients prenant des traitements psychotropes ou des anticonvulsivants ont été exclus de l'étude.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit avant la participation à l'étude.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Aucun élément ne permet la réponse à cette question.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p>

	<p>C'est une étude randomisée en double aveugle permettant ainsi d'évaluer l'outil AWSC revisité. La méthode utilisée est conciliable avec les outils de collecte car chaque personne recevait un traitement des cinq traitements proposés aléatoirement.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui elle permet de comprendre les liens entre l'AWSC et le CIWA-Ar et de comparé les facteurs les composants.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Véracité : oui le devis utilisé permet de comparer les facteurs en commun entre les deux échelles (AWSC et CIWA-ar) - Neutralité : les auteurs ont pris la peine d'inclure dans l'étude des participants ayant plus ou moins les mêmes caractéristiques. <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui car elle permet de comparé les facteurs des deux échelles l'AWSC revisité avec les 17 questions ainsi que le CIWA-Ar chez des patients plus ou moins similaire au niveau de l'âge, des antécédents de sevrage alcoolique comme type de consommation.</p> <p>Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Les auteurs ont été limités au premier jour pour l'analyse car les données recueillies démontraient des syndromes de sevrage de sévérité élevée.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p>

	<p>Oui, les outils de mesure sont clairement décrits. Il s'agit de l'outil AWSC revisité comprenant 17 questions. Les patients ont dû évaluer les éléments sur une échelle de 0 (aucun) à 4 (extrême) en fonction de la sévérité des symptômes.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui car l'AWSC a été déjà expérimenté avant l'étude, ce qui a emmené sa modification passant de 11 questions à 17. Ces dernières étant mieux ciblées.</p> <p>Les auteurs indiquent-ils si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les auteurs ont utilisé un outil déjà existant mais l'ont modifié pour les besoins de l'étude.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui, la procédure est cohérente car les outils mesurés dans l'étude ont été spécialement amélioré pour cette dernière en ajoutant des symptômes adaptés.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Les auteurs ont collecté les données durant les première 24 heures.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les auteurs ne précisent pas cette donnée.</p>

	<p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Les participants ont été sous traitement choisi au hasard pendant les 7 jours de désintoxication. Cependant, cette variable indépendante n'a pas été explicitée par la suite.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui les méthodes d'analyse sont décrites. Les auteurs ont utilisé un graphique (Cattel, 1966) pour confirmer la sélection des facteurs L'alpha de Cronbach a été utilisé pour évaluer la cohérence Une analyse de corrélation a été effectuée pour évaluer la validité et la discrimination. Toutes les analyses ont été effectuées avec SAS 9.1.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Les éléments ayant une variance nulle ou faible ont été exclu tels que les hallucinations, la confusion, les douleurs abdominales pour l'AWSC et pour le CIWA-Ar les éléments exclus sont les perturbations auditive, visuelle et sensorielle et l'orientation.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui le résumé des résultats est compréhensible et a été expliqué</p>
RESULTATS	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p>

	<p>Oui, les auteurs ont représenté les résultats sous forme de 3 tableaux.</p> <p>Le premier tableau met en évidence les 5 facteurs les plus significatifs du AWSC en regroupant pour chaque facteur les éléments le caractérisant.</p> <p>Le deuxième tableau met en évidence les 3 facteurs les plus significatifs du CIWA-Ar en regroupant pour chaque facteur les éléments le caractérisant.</p> <p>Le troisième tableau regroupe les facteurs du AWSC et du CIWA-Ar permettant l'identification des symptômes pour chaque facteur.</p> <p style="text-align: center;">Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui. Les auteurs ont représenté les tableaux de manière logique. Ils ont d'abord affiché les tableaux du AWSC et du CIWA-Ar indépendamment puis le tableau des résultats du AWSC et CIWA-Ar combinés.</p> <p style="text-align: center;">Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Les tableaux sont expliqués par un texte narratif en soulignant les éléments significatifs.</p> <p style="text-align: center;">L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>L'auteur n'a pas précisé si les données ont été évaluées par les participants ou des experts</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p style="text-align: center;">Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui. Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche. Le syndrome de sevrage alcoolique fait partie des risques médicaux les plus graves auxquels les patients alcoolo-dépendants peuvent être confrontés. L'AWSC peut être un outil permettant d'identifier le</p>

degré de sévérité du syndrome de sevrage, de mieux comprendre le vécu du patient et de le traiter le plus efficacement et rapidement possible. Une courbe ROC (fonction d'efficacité du récepteur) a été effectuée. Cette courbe démontre un score de sensibilité et de spécificité de l'AWSC de 23 ce qui correspond à performance de 490%.

Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?

Selon Bottlender et Soyka (2004), le processus de rechute fait partie intégrante de l'arrêt de consommation. Suite à l'étude de Krupitsky et al (2007) des traitements anti-rechute pourraient être extrêmement important durant cette période de sevrage. Plusieurs études existent afin de comparer les outils utilisés lors de syndrome de sevrage alcoolique tels que l'étude récemment terminée de Reoux et Oreskovich, 2006.

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Les auteurs mettent en avant les différents résultats obtenus pendant l'étude, à savoir que 3 des 5 facteurs du AWSC correspondent aux 3 facteurs du CIWA-Ar. Ces 3 facteurs sont les nausées et vomissement (21,3% de variance), l'excitation (20,7%) et l'anxiété (19,3%)

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Cette étude étant effectuée dans un milieu hospitalier pour les sevrages les symptômes sévères tels que les confusions, les convulsions et les hallucinations n'ont pu être étudiés dû au contexte de soins.

Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

	<p>L'étude suggère que l'outil AWSC peut être une mesure utile afin d'auto-évaluer la gravité du syndrome de sevrage alcoolique. Il peut compléter l'outil CIWA-Ar</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>L'AWSC pourrait jouer un rôle important car c'est un outil d'auto-évaluation qui permettrait d'alléger le travail du personnel soignant tout en diminuant les coûts.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Les auteurs expliquent la pertinence d'évaluer cet outil dans un contexte d'urgence pour évaluer son efficacité.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui, car l'étude a été faite sur un large panel avec de nombreux critères. De plus, les auteurs se sont basés sur des recensions effectuées auparavant.</p>

Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care : meta-analysis

De : Alex J. Mitchell, Nick Meader, Vicky Bird and Maria Rizzo

The British Journal of Psychiatry (2012) 201, 93–100

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</p> <p>Le titre précise les concepts clés, soit la détection et l'établissement du rapport par le personnel soignant lors de désordres alcooliques (DA) rencontrés pendant une consultation. Il ne précise pas directement quelle population a fait l'objet de l'étude, mais en précisant qu'il s'agit d'une méta-analyse, il sous-entend un échantillon important de publications étudiées.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé est divisé en 5 paragraphes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'état de l'art, qui montre la difficulté à détecter les DA par les cliniciens, et l'absence d'étude systématique de la question. - La question : Vérifier la capacité des cliniciens à détecter les cas de DA de façon systématique. - La méthode, qui consiste à évaluer systématiquement une recension importante des articles publiés sur le sujet, sur la base de consultations ou dans des rapports médicaux concernant une très grande quantité de patients. - Les résultats : Une recherche biographique poussée a permis de dégager 48 études qui traitent de la capacité des praticiens à repérer un DA. La sensibilité des praticiens dépend de leur appartenance, soit dans les premiers soins, soit dans le cas clinique, soit pour le cas spécialisé de psychiatrie. Dans le cas hospitalier par exemple, le personnel identifie 52,4% des DA, mais seulement 37,2% figure correctement dans les notes ou rapports. - La conclusion, qui recommande aux professionnels de la santé d'utiliser des méthodes

	simples de détection systématique de DA, bien que le bénéfice de la détection ne soit pas formellement prouvé.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Dès leur contact avec le personnel médical, il est important de connaître l'état du patient vis-à-vis de la consommation d'alcool. Ce travail permet de déterminer la capacité du personnel à constater un DA, et ceci de manière quantitative, par méta-analyse.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Le DA peut être traité de manière appropriée par les unités spécialisées. La problématique principale réside dans sa détection, comme il est rapporté dans l'étude. La problématique est donc totalement en phase avec les préoccupations actuelles.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Il est clair que le personnel infirmier est directement impliqué dans la détection de DA, Les postulats sont d'ailleurs signalés. De plus, aucune étude d'ordre général n'a été faite sur ce problème.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>L'article comporte deux recensions des écrits, d'abord une approche historique qui a pour but de justifier la problématique étudiée, ensuite une recension in extenso de la question précise de détection du DA impliquant plusieurs variables a été faite.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p>

	<p>L'approche historique fournit une grande justification de l'importance de la détection du DA, en donnant des chiffres de patients présentant des désordres liés à l'alcool lors de leur admission hospitalière (ou psychiatrique, ou de premiers soins) d'une part, et en recensant nombre d'articles liés aux conséquences sévères de ces syndromes d'autre part. Pas moins d'une quarantaine d'articles primaires sont cités dans cette partie.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>La recension est solide, elle est quasiment exhaustive en ce qui concerne les variables entrant en jeu dans la détection du DA. Pour cela, la méthode PRISMA a été utilisée dans 8 bases de données spécialisées parmi les plus connues, en septembre 2011.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>Elle présente une grande quantité de sources primaires (48), mais aussi quelques sources secondaires sous la forme d'articles de synthèse et de revue (review articles).</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Le cadre de recherche est parfaitement défini : Il s'agit de déterminer par méta-analyse la capacité du personnel soignant (premiers soins, clinique, psychiatrie) à détecter les patients présentant un DA (par examen ou dans leurs notes), et à évaluer numériquement cette capacité.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p>

	<p>Le cadre de référence est celui de la méta-analyse. Il est clairement lié au but de l'étude, même si la description de la méthode sous-jacente statistique n'est pas totalement explicitée. Cependant, une description détaillée de la méthode suivie pour le choix des variables retenues est explicitée.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. Il fait partie du titre de l'article.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Les hypothèses sont standard en ce qui concerne la validation statistique de la méta-analyse, elles ne sont pas développées, seulement signalées. Les variables clés ont fait l'objet d'une recherche exhaustive dans la littérature, elles apparaissent surtout dans les tableaux annexés. La population retenue, qui concerne 48 études antérieures à septembre 2011 est bien décrite, ainsi que les critères pour retenir ou évincer un article primaire.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Les questions de recherche ne sont pas explicitées sous cette forme, puisqu'il s'agit d'une étude de recension des écrits.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Les variables retenues sont déduites d'une étude exhaustive des concepts, elles sont donc pleinement en accord avec le cadre de recherche.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p>

	<p>Les questions étudiées s'appuient sur la méthode exhaustive de recherche connue sous la dénomination PRISMA, qui est une méthode de recherche connue dans la littérature médicale, qui fait appel aux articles de bases de données de tous genres, en particulier aux métadonnées.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>La population visée est subdivisée en 3 types de personnel médical : ceux dispensant les premiers soins, le personnel hospitalier, et celui des cliniques psychiatriques. L'échantillon comporte 48 études quantitatives et primaires antérieures à septembre 2011. Le choix de ces articles s'est opéré dans 8 bases de données différentes.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>La méthode d'échantillonnage suivie fait appel à un état dans le temps, en septembre 2011. Vu le nombre élevé d'articles retenus, elle est suffisante pour atteindre l'objectif statistique de validation avec une bonne précision, sauf dans le cas des études d'intoxications alcooliques, de taille trop faible pour avoir une conclusion statistiquement valable.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>La taille de l'échantillon se justifie implicitement sur une base statistique lors du calcul de la précision des résultats obtenus.</p>

<p style="text-align: center;">Considérations éthiques</p>	<p style="text-align: center;">Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Sans objet pour une méta-analyse.</p> <p style="text-align: center;">L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Des éclaircissements ont été demandés aux auteurs des sources primaires en cas de doute sur le contenu de leurs articles.</p>
<p style="text-align: center;">Devis de recherche</p>	<p style="text-align: center;">Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Le devis utilisé est standard pour une méta-analyse. Il repose principalement sur un bon choix des variables quantitatives, et sur une recherche extensive des articles déjà publiés. La quantité importante d'articles retenus (48) ainsi que le nombre important de variables étudiées (15) garantit un résultat statistique significatif.</p> <p style="text-align: center;">Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>La définition des nombreuses variables retenues, le choix très général de la définition du DSM pour le DA sont assez larges pour donner des réponses détaillées aux questions de recherche.</p> <p style="text-align: center;">Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Les critères sont respectés, la véracité étant acquise par la notation des articles par les auteurs de l'étude, l'applicabilité l'étant par l'utilisation de variables quantitatives bien définies, la consistance peut être garantie par la méthode PRISMA, et la neutralité par la totalité du processus de collection.</p> <p style="text-align: center;">La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p>

	<p>La méthode proposée (méta-analyse) est appropriée à la définition et à la question posée, soit l'état de l'art des praticiens à un moment donné.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Sans objet pour une méta-analyse.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les variables mesurées sont quantitatives, elles sont donc quantitativement évaluées par de méthodes statistiques. Leurs valeurs sont directement fournies par les articles originaux.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Les questions de recherche ont fait l'objet d'une bibliographie étendue. Elles ont déterminé le choix des variables statistiques. Les tableaux annexés à l'étude prouvent que les questions de recherche ont été toutes prises en compte pendant la totalité de la recherche.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Sans objet pour une méta-analyse.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Sans objet pour une méta-analyse.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Le processus de collecte des données n'est décrit que brièvement. Mais il s'agit d'instruments connus par ailleurs.</p>

	<p>Les données sont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Toutes les données sous recueillies par l'équipe de recherche directement.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Il n'y a pas de variable indépendante dans cette étude.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Les méthodes d'analyse des données, statistiques, sont décrite brièvement dans un paragraphe y relatif. La justification de ces méthodes n'est que brièvement abordée, mais il s'agit de méthodes standards d'analyse statistique.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui, une étude statistique des biais et de l'hétérogénéité des variables a été effectuée. Une hétérogénéité non négligeable a été constatée.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Le résumé des résultats est clair, il permet de faire ressortir statistiquement la sensibilité et la spécificité de la détection du DA par les acteurs des premiers soins, du milieu hospitalier, et des cliniques psychiatriques, sur la base d'une consultation, et sur la base de rapports ou de notes. Une table (1) est un bon résumé de ces résultats.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Les intervalles de confiance calculés statistiquement montrent la bonne signification des données, sauf dans le cas de l'étude des intoxications alcooliques (n=2), la taille de l'échantillon étant trop faible. Dans ce cas, un retour détaillé aux 2 sources a été effectué.</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Les résultats font l'objet de 6 tableaux statistiques (dans les annexes notamment) et de deux figures, très en rapport avec le sujet.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Si l'analyse statistique détaillée n'est pas présentée, les tableaux rendent compte avec des détails suffisants des différents résultats.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Un texte soutient la présentation graphique des résultats, notamment sur la courbe ROC, et des explications complémentaires tirées des études originales permettent de comprendre de manière plus détaillée les résultats.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Il n'est pas précisé si des experts ont évalués les résultats, mais vu la pertinence des outils statistiques utilisés, il semble que cela soit le cas.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats sont expliqués de manière simple et accessible aux personnes ne comprenant pas les détails statistiques. Chacune des questions de recherche, pour les différentes typologies et variables, sont présentées dans des tableaux et discutées brièvement dans l'article.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p>

	<p>Il n'existe pas d'étude (méta-analyse) antérieure sur le sujet abordé.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Totalement conforme.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Un paragraphe entier est consacré aux limites de l'étude.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Les conclusions découlent des résultats. La sensibilité et la spécificité du test sont des résultats très significatifs.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Le caractère transférable des conclusions est abordé dans les implications.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les conséquences des résultats du travail pour la pratique clinique sont immédiates : Seule une proportion de 52,4% des cas de DA sont détectés par le personnel hospitalier lors d'un examen, et seulement 37,2% figure dans leurs rapports. Dans le cas de patients dépendants de l'alcool, la proportion des patients rapportée monte à 41,7%, et dans les cas d'intoxications alcooliques à 89,8% pour les consultations et à 75,6% pour les notes.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui : « Il existe un besoin urgent de combiner de manière expérimentale, le tri, l'éducation du personnel, et les interventions rapides dans l'organisation des hôpitaux de soins généraux et les cliniques psychiatriques ».</p>

Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Oui, les données des 48 études retenues dans l'analyse sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions, comme le montrent les tableaux présentés.

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

José R. Maldonado¹, Yelizaveta Sher, Smita Das, Kelsey Hills-Evans, Anna Frenklach, Sermsak Lolak, Rachel Talley, and Eric Neri

Alcohol and Alcoholism, 2015, 50(5) 509–518

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre est très explicite, il précise clairement les concepts clés, soit la prospection et la validation d'une échelle de test (PAWSS) de manque d'alcool chez les patients hospitalisés. Il ne précise pas directement quelle population a fait l'objet de l'étude.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé est divisé en quatre paragraphes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs, qui sont l'implémentation et la validation de l'échelle PAWSS de détection des patients présentant des problèmes de sevrage alcoolique. - La méthode, qui consiste à tester sur une base journalière les patients admis dans un hôpital en médecine générale et chirurgie, pendant 12 mois consécutifs. - Les résultats : Sur 403 patients enrôlés dans l'étude, deux groupes ont été identifiés, ceux présentant un sérieux risque de sevrage alcoolique, et ceux ayant un faible risque. L'appartenance à ces groupes présente une sensibilité de 93,1 % d'être dans le groupe à risque, et une spécificité de 99,5 %, avec de très bons scores de prédictions. - La conclusion, qui affirme que l'échelle PAWSS a une très bonne valeur prédictive et d'excellentes caractéristiques psychométriques pour les patients testés.

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Les patients hospitalisés peuvent posséder d'autres comorbidités dont une consommation d'alcool problématique. Leur hospitalisation peut les amener à présenter un syndrome de sevrage. Il s'agit de repérer les patients à risques à leur arrivée à l'hôpital.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Le syndrome de sevrage, s'il est détecté rapidement, peut être traité de manière appropriée dans les unités spécialisées. La problématique principale réside dans sa détection, comme il est rapporté dans l'étude. La problématique est donc totalement en phase avec les préoccupations actuelles.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Il est évident que le personnel infirmier est directement impliqué dans la détection du syndrome de sevrage, bien que les postulats sous-jacents à l'étude soient sous-entendus.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>L'article comporte deux recensions des écrits, d'abord une approche historique qui a pour but de justifier la problématique étudiée, ensuite une recension in extenso (recherche dans plusieurs bases de données et prene en compte de tout ce qu'il existe) de la question précise de détection du sevrage impliquant plusieurs variables a été faite.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>L'approche historique fournit une grande justification de l'importance de la détection du sevrage, en donnant des</p>

	<p>chiffres de patients présentant des désordres liés à l'alcool lors de leur admission hospitalière d'une part, et en recensant nombre d'articles liés aux conséquences sévère de ces syndromes d'autre part.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>La recension est solide, elle aborde toutes les questions directement liées au sujet de la recherche. De plus, elle est exhaustive en ce qui concerne les variables entrant en jeu dans la détection du sevrage alcoolique. Pour cela, la méthode PRISMA a été utilisée dans 4 bases de données spécialisées parmi les plus connues.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>Elle présente une grande quantité de sources primaires, mais aussi des sources secondaires sous la forme d'articles de synthèse de revue (review articles).</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Le cadre de recherche est parfaitement défini dans le titre. Il s'agit de créer, puis de valider statistiquement l'échelle PAWSS de détection de la sévérité des syndromes de sevrage alcoolique lors de l'admission des patients hospitalisés.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Le cadre de référence est celui de la validation d'une échelle de mesure en double aveugle. Il est clairement lié au but de l'étude, même si la description de la méthode sous-jacente statistique n'est pas explicitée. Cependant, une description détaillée de la méthode suivie pour le choix et le suivi des patients retenus est explicitée.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. Il fait partie du titre de l'article.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Les hypothèses sont standard en ce qui concerne la validation statistique d'une échelle de mesure, elles ne sont pas explicitées. Les variables clés ont fait l'objet d'une recherche exhaustive dans la littérature, elles ne sont pas directement mentionnées dans l'article lui-même, mais font intégralement partie du PAWSS, qui est inclus dans l'article. La population retenue, qui concerne 403 patients admis à l'hôpital sur une période de 12 mois est bien décrite, ainsi que les critères pour retenir ou évincer un patient.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Les questions de recherche ne sont pas explicitées sous cette forme, puisqu'il s'agit de la mise au point d'un instrument de mesure.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Les variables retenues dans le PAWSS sont déduites d'une étude exhaustive des concepts, elles sont donc pleinement en accord avec le cadre de recherche.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Les questions du PAWSS s'appuient sur la méthode exhaustive de recherche connue sous la dénomination PRISMA, qui est une méthode de recherche connue dans la littérature médicale, qui fait appel aux articles de bases de données de tous genres, en particulier aux métadonnées</p>
---	--

METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>La population visée est les patients admis dans un hôpital, en général. L'échantillon, limité à un seul hôpital en soins généraux et en chirurgie, n'est pas une grande limitation, puisque parmi ces derniers ceux souffrants de problèmes liés à l'alcool sont déterminés sur une base statistique uniquement. De plus, l'échantillon retenu tient compte de ceux souffrants de symptômes liés à l'alcool uniquement, ce qui augmente l'efficacité de l'instrument de manière importante.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>La méthode d'échantillonnage suivie fait appel à une diversification temporelle de l'échantillon sur la durée d'une année. Vu le nombre élevé de patients retenu, elle est suffisante pour atteindre les objectifs statistiques de validation avec une très bonne précision.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>La taille de l'échantillon se justifie implicitement sur une base statistique lors du calcul de la précision des résultats obtenus, et du découpage en deux classes de sévérité des symptômes.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Un consentement oral à leur participation au test est demandé à chaque participant.</p>

	<p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Les risques pour les participants au test PAWSS sont nuls, puisqu'il s'agit de répondre à un questionnaire anonyme.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Les outils de collection de données sont le CIWA-Ar chaque 8h pendant 3 jours par le personnel infirmier, et l'échelle AWS 2 fois par jour par le team de recherche. Ces collectes sont faites en aveugle, c'est-à-dire que les deux groupes collecteurs n'échangent pas entre eux. Un regroupement s'effectue par une troisième équipe de manière indépendante.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Le devis garantit la collecte en double aveugle.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Les critères sont respectés, la véracité étant acquise par les deux questionnaires différents, l'applicabilité l'étant par l'utilisation d'outils déjà certifiés, la consistance peut être garantie par le troisième groupe de mise en commun des données, et la neutralité par la totalité du processus de collection.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>La méthode proposée est tout à fait appropriée à la définition et à la problématique.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les variables mesurées font toutes parties d'une échelle bien définie, elles sont donc quantitativement évaluées.</p>

	<p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Les observations des patients se déroulent sur les 3 premiers jours de leur hospitalisation ; elles sont évaluées toutes les 8 heures par des instruments validés, et dument consignées.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>L'instrument PAWSS est le but à atteindre par l'étude, il est donc créé dans l'article ; par contre les instruments de contrôle des variables introduites dans PAWSS sont des instruments importés tous validés.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>La procédure expérimentale repose sur des outils bien établis ; elle est cohérente avec les questions posées dans le PAWSS.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Le processus de collecte des données n'est décrit que brièvement, en se basant surtout sur les fréquences. Mais il s'agit d'instruments connus par ailleurs.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Toutes les données sont recueillies par du personnel infirmier ou par l'équipe de recherche directement.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Il n'y a pas de variable indépendante dans cette étude.</p>

<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Les méthodes d'analyse des données, statistiques, sont décrite brièvement dans un paragraphe y relatif. La justification de ces méthodes n'est que brièvement abordée, mais il s'agit de méthode standard d'analyse statistique.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Une étude pilote a été effectuée afin de se garantir d'effets non mesurés sur les variables considérées.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Le résumé des résultats est clair, il permet de faire ressortir statistiquement une coupure dans le résultat, situé à la valeur 4 de l'échelle. Cette limite permet de définir 2 classes de patients, ceux à haut risque de symptômes liés à leur addiction à l'alcool, et ceux à faible risque, avec un coefficient kappa de Cohen très significatif de 0,963.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Les intervalles de confiance calculés statistiquement montrent la bonne signification des données.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les résultats font l'objet de 6 tableaux statistiques et de deux figures, très en rapport avec le sujet.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Si l'analyse statistique détaillée n'est pas présentée, les tableaux rendent compte avec des détails suffisants des différents résultats, tant sur l'adéquation du PAWSS que sur la validation.</p>

	<p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Un texte soutient la présentation graphique des résultats, notamment sur la courbe ROC, et une note détaille un peu plus les intervalles de signification des tableaux présentés.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Il n'est pas précisé si des experts ont évalués les résultats, mais vu la pertinence des outils statistiques utilisés, il semble que cela soit le cas.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats sont expliqués de manière simple et accessible aux personnes ne comprenant pas les détails statistiques.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Le PAWSS est comparés aux autres échelles existantes pour détecter les problèmes alcooliques des patients. Aucune autre échelle ne travaille sur une population aussi générale, et n'est aussi efficace.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Totalement conforme.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Un paragraphe entier est consacré aux limites de l'étude. Les faux positifs et les faux négatifs y sont discutés et analysés.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Les conclusions découlent des résultats. La sensibilité et la spécificité du test sont des résultats très significatifs.</p>

	<p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Le caractère transférable des conclusions est abordé dans les limitations. En particulier, les questions de l'utilisation et de la validation du PAWSS dans les unités de soins d'urgence ou de soins particuliers ou intensifs sont ouvertes.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les conséquences des résultats du travail pour la pratique clinique sont immédiates : une bonne détection des personnes présentant des risques marqués de syndromes et de complications liés à l'alcool, lors de leur début d'hospitalisation en soins généraux ou en chirurgie.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Non.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui, les données des 403 personnes retenues dans l'analyse sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions, comme le montrent les tableaux présentés.</p>

Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting

De: R. Monte, R. Rabuñal, E. Casariego, M. Bal , S. Pértega

European Journal of Internal Medicine 20 (2009) 690–694 - Impact factor 2,591

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre est très explicite, il précise clairement les concepts clés tel que les facteurs de risque pour développer le délirium tremens chez les patients atteints de syndrome de sevrage alcoolique dans un établissement hospitalier. Il n'y a pas d'indication directe sur le type de population pris en compte pour l'étude.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Les objectifs portent sur l'analyse des variables cliniques associées au développement du delirium tremens (DT) chez les patients qui ont été admis dans un hôpital général avec AWS.</p> <p>L'expression clinique du syndrome de retrait d'alcool (AWS) peut varier. Il serait utile d'avoir un ensemble d'outils cliniques capables de prédire quels patients sont susceptibles de développer des formes plus sévères du syndrome. Analyser les variables cliniques associées au développement du DT chez les patients qui ont été admis dans un hôpital général avec AWS.</p> <p>La méthode : consiste à tester des patients atteints d'AWS admis à l'hôpital de Xeral se situant à Lugo, en Espagne. Une différenciation entre les patients atteints du délirium et ceux qui ne l'ont pas développé ont été mis en évidence, ainsi que les cas présentant un diagnostic du DT à l'entrée, qui ont été exclus.</p> <p>Résultats : Sur des données de 156 épisodes d'AWS qui n'ont pas évolués en DT avec 147 cas qui sont devenus du DT. Trois variables indépendantes pour le développement des DT ont été identifiées dans un modèle de régression logistique multivariée : nombre de convulsions, pression sanguine systolique et température axillaire.</p>

	<p>Conclusion : trois résultats cliniques (convulsions, tension artérielle et température) peuvent aider à identifier les patients atteints d'AWS qui sont susceptibles de développer des DT. La capacité prédictive du modèle n'est pas élevée.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Il serait très utile pour les cliniciens qui traitent les patients atteints d'AWS de pouvoir identifier le diagnostic des patients les plus susceptibles de développer des DT en déterminant les variables cliniques possibles.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, car les facteurs de risques restent encore peu connus. L'identification des facteurs de risques permettraient au soignant d'être plus vigilant face au syndrome.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Cette étude permet d'évaluer et identifier les facteurs associés au risque du développement du DT, l'identification des signes cliniques permettent de faire des hypothèses plus rapidement pour la pose du diagnostic infirmier et cibler la prise en charge du patient afin d'éviter les complications.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>La recension des écrits comporte 11 références discutées.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Non, aucune synthèse n'est directement présentée.</p>

	<p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui, les articles retenus sont une description récente de la recherche dans le domaine considéré.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>La totalité des sources présentées sont des sources primaires.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts clefs du cadre de recherche est bien défini dans le titre, le but étant de d'avoir des outils cliniques permettant de mieux cibler les facteurs déterminant et prédisant les patients étant susceptible de développer les formes les plus sévère des retraits des syndromes de sevrages alcoolique.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Les cas ont été identifiés par la recherche de code dans la base de données informatisée de l'hôpital. Pour chacun des cas identifiés, les données concernant les variables démographiques, les antécédents médicaux pertinents, l'hospitalisation préalable pour AWS, la raison de l'admission actuelle, le temps de sevrage de l'alcool avant le diagnostic en heures et les habitudes de consommation d'alcool ont été extraites des antécédents cliniques conformément à un précédent Protocole établi.</p>

Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. Il fait partie du titre de l'article.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui, les variables utilisées font l'objet de tableaux, et la population à l'étude est sous-entendue, il s'agit de tous les patients hospitalisés en médecine générale et en chirurgie dans un hôpital général.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Les questions de recherche sont directement liées au but poursuivi, et elles font largement appel au recensement des écrits pour être formulées.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Elles prennent en compte toutes les données concernant le patient. Pour chacun des cas identifiés, les données concernant les variables démographiques, les antécédents médicaux pertinents, l'hospitalisation préalable pour AWS, la raison de l'admission actuelle, le temps de sevrage de l'alcool avant le diagnostic en heures et les habitudes de consommation d'alcool ont été extraites des antécédents cliniques conformément à un précédent protocole établi. La quantité de consommation d'alcool a été également calculée.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Il s'agit d'étude de cohorte rétrospective sur le cours clinique des patients diagnostiqués avec AWS dans le but d'évaluer quels facteurs sont associés au risque de développement de DT pendant les soins hospitaliers. Pour ce faire, les caractéristiques des patients atteints</p>
--------------------------------------	--

	<p>d'AWS qui n'ont pas développé de DT ont été comparées à celles qui ont participé à une série consécutive de patients atteints d'AWS admis dans un hôpital général. Les cas présentant des DT au moment du diagnostic ont été exclus de l'étude.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>L'étude a été menée à l'hôpital Xeral Calde à Lugo en Espagne, un hôpital universitaire provincial comportant 735 lits.</p> <p>Il s'agit d'étude de cohorte rétrospective sur le cours clinique des patients diagnostiqués avec AWS dans le but d'évaluer quels facteurs sont associés au risque de développement de DT pendant les soins hospitaliers.</p> <p>Pour ce faire, les caractéristiques des patients atteints d'AWS qui n'ont pas développé de DT ont été comparées à celles qui ont participé à une série consécutive de patients atteints d'AWS admis dans un hôpital général. Les cas présentant des DT au moment du diagnostic ont été exclus de l'étude.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Les cas présentant des biais évidents, de même que ceux incomplets dans la mesure des variables ont été exclus. Les objectifs visés ne sont que partiellement atteints, car le ROC ne présente une valeur de 0.6 environ, ce qui n'est pas très représentatif.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p>

	<p>La taille de l'échantillon est basée sur des données rétrospectives durant une période de 18 ans. La taille de l'échantillon se justifie implicitement sur une base statistique lors du calcul de la précision des résultats obtenus.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Un comité d'éthique a été mis en place et a autorisé cette étude.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Le but de l'étude est justement d'identifier les facteurs de risques chez ces personnes. Comme il s'agit d'une étude rétrospective, cette question ne se pose pas.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Pour indiquer quand le traitement médicamenteux est nécessaire et comme aide à l'évaluation du retrait, le diagnostic de retrait d'alcool et de DT repose sur les critères DSM IV [30].</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Une autre échelle, la CIWA-Ar n'a pas pu être utilisé pour quantifier la gravité des symptômes selon l'échelle car elle n'a pas été adoptée dans leur centre pendant la période d'étude.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Le fait de retenir une cohorte de patients hospitalisés sur une très longue période de temps (18 ans), et de faire appels à leurs dossiers médicaux permet de respecter pleinement les critères scientifiques.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p>

	<p>La méthode de recherche, par une soigneuse définition des variables quantitatives, est appropriée.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>La question ne se pose pas puisque l'étude est rétrospective.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, la plupart des variables étant physiologiques, il est aisé de bien les définir et de connaître leurs mesures.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui, l'accès aux dossiers des patients permet les observations bien posées.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les instruments, en dehors des procédures statistiques, ne sont pas utilisés. Seules les mesures de variables sont prises en compte.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>La méthode statistique utilisée est justifiée.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Le processus de collecte des données proprement dite n'a été abordé que de manière implicite, en faisant allusion aux rapports médicaux des patients. La procédure détaillée d'extraction des données n'est pas abordée dans l'article.</p>

	<p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les auteurs de l'article sont les personnes qui ont recueilli les données.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Il n'y a pas de variable indépendante dans cette étude.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>La méthode d'analyse statistique des variables a été décrite soigneusement.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui, un tri des variables pour soustraire les cas incomplets a été mis en place.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Le résumé des résultats est numérique essentiellement. Il est néanmoins commenté brièvement.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Oui les l'étude présente 4 tableaux dont l'une présentant les critères de diagnostic du syndrome de sevrage et délirium, les variables, une comparaison entre les patients qui ont développé le DT et le cas contraire ainsi que les corrélations cliniques sont présentés.</p>

	<p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Les tableaux ainsi que les textes narratifs synthétisent les résultats obtenus.</p> <p>L’auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Les auteurs ont évalué eux-mêmes les données.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats de cette étude d'observation, est réalisée sur un échantillon consécutif de patients atteints d'AWS, ont permis d'identifier les patients avec un retrait mineur qui présentent un plus grand risque de progression vers des formes plus sévères de retrait, dans un milieu hospitalier.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Une discussion importante des résultats les compare aux études antérieures. Ils diffèrent sur plusieurs points, des études supplémentaires semblent nécessaires.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, elles sont conformes.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui ils mettent en évidence quelle population est incluse dans l'analyse sous forme d'un paragraphe. L'étude a limité la qualité de la collecte de données. Pour minimiser ce biais possible, la sélection des cas était strictement limitée à ceux qui correspondent précisément aux définitions de AWS et DT dans le manuel DSM IV-TR et seules les données qui ont été spécifiquement enregistrées dans les antécédents cliniques ont été utilisées pour l'analyse.</p>

	<p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Les conclusions découlent de l'analyse et des résultats.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Oui, elle est brièvement évoquée.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Le modèle utilisé pour la prédiction est médiocre car ils n'ont pas encore trouvé d'outil pour prévoir ces incidences tel que le développement du DT avec un degré élevé de certitude. Une analyse de la littérature sur ce sujet renforce cette idée, ce qui donne des résultats parfois contradictoires et généralement non concluants.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui, des suggestions de recherches futures pour étayer les conclusions sont présentées.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Les données (variables) prises en compte dans cette étude ne sont pas suffisantes pour appuyer les conclusions. D'autres études, en utilisant plus de variables, notamment de caractère héréditaire, sont suggérées.</p>

Screening for At-Risk Alcohol Use and Drug Use in an Emergency Department: Integration of Screening Questions Into Electronic Triage Forms Achieves High Screening Rates

De: J. Aaron Johnson, PhD; Alexandra Woychek, MPH; Darlene Vaughan, RN; J. Paul Seale, MD

Annals of Emergency Medicine, Volume 62, N°3, September 2013- Impact factor 3, 4

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Cet article met à profit le problème relié au risque de l'usage de drogue et d'alcool chez le patient se présentant dans un service d'urgence dans le but d'intégrer des questionnements d'interventions rapides concernant le dépistage dans le formulaire de triage électronique afin d'éviter des interventions chez celui-ci et des complications inaperçues par la suite.</p> <p>Des études antérieures ont montré que de brèves interventions pour la consommation d'alcool et de drogues à risque sont significativement plus susceptibles de se produire si les patients sont examinés avec un instrument standardisé et validé, mais les taux élevés de dépistage étaient traditionnellement difficiles à atteindre. L'utilisation d'écrans très courts permet aux spécialistes d'intervention brève de concentrer leurs efforts sur l'évaluation et l'assistance aux patients les plus susceptibles d'avoir besoin d'une intervention brève ou d'un traitement plus intensif. Cette étude décrit les résultats de l'intégration d'écrans bruts d'abus de substances dans le processus de triage d'un département des urgences urbaines (ED).</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé présente une synthèse de l'article avec notamment :</p> <p>L'objectif de l'étude repose sur l'analyse de trouver une utilisation d'écran très court permettant aux spécialistes d'avoir des interventions brèves et de</p>

	<p>concentrer les soins aux patients qui en nécessitent le plus.</p> <p>La méthode une initiative globale visant à accroître le dépistage de l'alcool et des médicaments, une intervention brève et le renvoi au traitement à l'aide d'un outil de triage sous forme électronique (3 questions). Pour se faire du personnel infirmier a été formé et supervisé face à cette nouvelle procédure.</p> <p>Les résultats montrent de la pertinence de l'utilisation de ce questionnaire à travers une population.</p> <p>Une conclusion nous évoque l'utilité de mise en place d'un support électronique ciblant des questionnements précis et bien planifiés.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui, le problème est clairement formulé car l'étude a pour but d'identifier de manière précoce et de traiter rapidement les patients qui ont le besoin accru et présentant un risque face à la consommation de l'alcool et drogue aux urgences.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Le problème étudié dans l'article est pertinent puisque l'article indique qu'il est nécessaire de faire un triage des patients présentant un risque lié à leur consommation et nécessitant une intervention adaptée, précoce, d'un traitement plus spécifique et intensif à long terme face à ceux qui en nécessite le moins.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Le problème étudié dans l'article est pertinent puisque l'article indique qu'il est nécessaire de faire un triage des patients présentant un risque lié à leur consommation et nécessitant une intervention adaptée, précoce, d'un traitement plus spécifique et intensif à long terme face à ceux qui en nécessite le moins.</p>

<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui, une recension des écrits a été pris dans cette étude.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Une étude antérieure démontre que les patients souffrant d'une consommation d'alcool à risque était de 13 fois plus susceptible de recevoir des interventions inadaptées si le dépistage de l'infirmière se faisait qu'autour d'une seule question lors de mesure de vitalité.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Les connaissances actuelles face à la problématique restent assez restreintes. Il n'existe toujours d'analyse exacte démontrant des chiffres sur l'effet du dépistage d'alcool et des médicaments administrés par les infirmières urgentistes.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>Oui, elle présente la seule source primaire antécédente à cette étude</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts clefs sont mis en évidence dans cette étude car les études effectuées dans les départements d'urgences démontrent que le dépistage et les interventions brèves pouvaient diminuer la consommation d'alcool, réduire la conduite après l'alcool, les blessures et diminuer les visites récurrentes. De plus ils mettent en avant que le dépistage clinique et les interventions rapides sont peu fréquents. Cette étude postule qu'il est nécessaire d'avoir un moyen d'accroître les interventions brèves de l'infirmière et d'avoir un bref aperçu initial dès l'admission du patient afin de pouvoir faire un tri des patients nécessitant des soins d'urgences.</p>

	<p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Le cadre des concepts n'est pas suffisamment explicite. Il est incorporé à la recension des publications qui décrit les fondements des concepts et lié au but de l'étude.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Introduire une intervention simple et adaptée en urgence pour adopter une intervention simple et optimiser les soins efficaces aux patients afin de minimiser les erreurs et complications possibles. Maintenir un taux élevé de dépistage d'alcool et de drogue dans les urgences par le biais de protocole électroniques simples et courts afin de pouvoir transféré les patients ayant besoin dans des services spécifiques.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui, l'étude a été réalisée sur 151 597 adultes étaient admissibles au dépistage, 145 394 (96%) recevant l'écran de 3 questions.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Les questions de recherche sont semblables à la première et unique recherche sur le sujet. Elles découlent du but, qui est le repérage des patients. Elles ont été rédigées par une équipe pluridisciplinaire créée pour la recherche.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p>

	<p>Les variables sont des variables quantitatives déterminant la fréquence des prises de boissons alcooliques et/ou de drogues dans les jours précédant l'admission aux urgences.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Les questions s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Au cours de la période de 3 ans mentionnée ici, 151 597 adultes étaient admissibles au dépistage, 145 394 (96%) recevant l'écran de 3 questions. Les patients se présentant à l'ED étaient 55% de femmes, avec une répartition égale des patients noirs et blancs (47% chacun) et un petit pourcentage d'autres races et appartenances ethniques (6%). Plus d'un tiers des patients étaient âgés de 55 ans ou plus (36,8%), avec un nombre relativement égal de patients âgés de 18 à 29 ans (21,1%), de 30 à 44 ans).</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>La méthode d'échantillonnage (échantillon complet et systématique de tous les patients) ne permet pas d'augmenter la représentativité de l'échantillon, qui est complet. Cette méthode fait partie des buts à atteindre, des contrôles informatiques et systématiques ont eu lieu pour atteindre un tel échantillonnage.</p>

	<p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Il s'agit d'un échantillon systématique dans le temps sur une période de trois ans, recensant tous les cas admis dans un département d'urgence.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Il n'y a aucun commentaire à ce sujet, on ne sait pas si les patients avaient la possibilité de refuser les deux questions sur leurs consommations.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Dans le cadre d'une initiative globale visant à accroître le dépistage de l'alcool et des médicaments, une intervention brève et le renvoi au traitement (SBIRT), 3 questions de dépistage d'un seul élément ont été programmées dans l'outil de tri électronique utilisé dans l'ED pour détecter le tabagisme, Le risque de consommation d'alcool, l'usage illicite de drogues ou la mauvaise utilisation des médicaments sur ordonnance. Le personnel du projet a mené des séances de formation avec des infirmières pour s'assurer que les questions ont été posées correctement et que les superviseurs de l'ED ont fourni des commentaires sur le rendement. Les noms des patients ayant des réponses positives aux questions d'alcool ou de drogue ont automatiquement rempli une liste envoyée aux spécialistes de l'éducation de la santé, qui ont fourni des évaluations, des interventions brèves et des renvois.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Le devis utilisé, soit la mise en place d'un programme informatique spécifique au dépistage est une bonne manière de dépister les cas à risque, comme le prouve le taux très élevé de cas enregistrés.</p>

	<p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Les taux de dépistage hebdomadaires ont été calculés en divisant le nombre de patients interrogés sur l'écran de 3 questions par le nombre total de patients adultes qui se sont présentés à l'ED. Les patients ont été considérés comme positifs s'ils ont répondu oui à la question de dépistage de l'alcool ou du médicament (ou les deux). Les taux positifs de l'écran étaient le nombre de positifs d'écran divisés par le nombre total de patients examinés. La question de dépistage du tabac n'a pas été incluse dans les calculs positifs pour l'écran.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Les critères scientifiques sont vérifiés, la traçabilité de l'outil étant implémentée informatiquement.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui car le but étant de mettre en œuvre un protocole efficace et adapté pour les services des urgences.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Un temps important a été investi pour la formation du personnel infirmier, sous la forme de présentation de l'outil, mais aussi du suivi des taux atteints par les infirmières au cours du temps.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Les variables sont quantitatives, donc bien ciblées. Leur acquisition informatique garantit un suivi sans faille.</p>

	<p>L’auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l’étude ou s’ils sont importés ?</p> <p>Les questions posées aux patients ont été créées dans le cadre de l’étude.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui car tous les patients adultes âgés de 18 ans et plus étaient admissibles à des questions de dépistage au triage et, si le résultat du dépistage était positif, des spécialistes de l’éducation de la santé ont offert un dépistage supplémentaire et des services appropriés (p. Ex., Interventions brèves, recommandation de traitement).</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui car tous les patients adultes âgés de 18 ans et plus étaient admissibles à des questions de dépistage au triage et, si le résultat du dépistage était positif, des spécialistes de l’éducation de la santé ont offert un dépistage supplémentaire et des services appropriés (p. Ex., Interventions brèves, recommandation de traitement).</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les infirmières de tri des patients à l’entrée des urgences ont été mises à contribution et formées dans ce sens.</p> <p>Si l’étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Il n’y a pas de variable indépendante</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d’analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Les méthodes d’analyse ne sont pas décrites explicitement, mais comme il s’agit principalement de calculer le taux de l’utilisation de l’outil, cela se comprend sans effort.</p>

	<p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Non, aucune explication détaillée de la raison pour laquelle le taux n'atteint pas 100% n'est donnée.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Le résumé des résultats est quantitatif, suffisamment clair pour ne pas exiger de longues explications.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Les résultats font l'objet de deux graphiques et un tableau.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Les modèles sont simples, ils sont bien reliés entre eux dans le texte de présentation des résultats.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui, un texte étaye les résultats et les détaille</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Aucune indication n'est donnée à ce sujet.</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui, un rappel historique bref est évoqué dans la présentation des résultats.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Oui, les résultats concordent avec la seule mesure antérieure (plus de 90%) de taux de détection des patients à risque.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, la question étant bien délimitée, les conclusions sont faciles à déduire.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Un paragraphe est consacré aux limites de l'étude. Ces limitations ne sont pas critiques, elles ne remettent pas en question les conclusions.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Les conclusions, quantitatives, découlent directement des résultats.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>La question du transfert des conclusions à d'autres hôpitaux est évoquée, mais elle est laissée ouverte.</p>

Conséquences et recommandations	<p style="text-align: center;">Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>L'étude montre que la détection systématique de problèmes liés aux drogues et à l'alcool est possible avec un très haut taux de réussite (97%) pour autant que cette procédure de tri soit implémentée de manière informatique lors du tri initial des patients. Les conséquences de ce tri impliquent qu'une équipe de traitement immédiat de ces patients à risque soit disponible pour les traiter (20% des entrées).</p> <p style="text-align: center;">L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>La recommandation première est l'implémentation informatique de l'outil de détection, et la formation continue du personnel de tri pour atteindre les taux élevés de l'utilisation de l'outil.</p> <p style="text-align: center;">Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>La richesse des données est contenue dans la quantité importante de patients ayant subi les questions de l'instrument de détection. Dans ce sens, elle permet une bonne fiabilité des conclusions.</p>
--	---

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

De: Deborah Linda Leuenberger, Katharina Fierz, Andreas Hinck, Daniel Bodmer, Wolfgang Hasemann

Applied Nursing Research 33 (2017) 155–163- Impact factor

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<p>Titre</p>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre est très explicite, il précise clairement les concepts clés tels que l'approche systématique infirmière de détection, prévention et traitement du syndrome de manque alcoolique (AWS) chez les patients d'un hôpital spécialisé dans la chirurgie de l'oreille, du nez, de la gorge et de la mâchoire.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Problème : Parmi les patients atteints d'un cancer de la tête ou du cou, le risque de développer un AWS ou un DT préopératoire est élevé. Bien qu'il existe plusieurs études démontrant l'intérêt d'une procédure hospitalière pour ce type de patients, une étude systématique de gestion de tels cas n'a pas encore été faite. Une évaluation formative d'une approche systématique du système de détection et de gestion de patients susceptible d'AWS est présentée ici. Elle est orientée sur les capacités et l'adhérence du personnel infirmier dans l'utilisation d'un outil (Clinical Institut Withdrawal Assessment of Alcohol Scale) idoine développé précédemment.</p> <p>Méthode : Une évaluation formative du design et des performances de l'outil par la revue des données rétrospectives des rapports de patients opérés de la tête et du cou dans un hôpital universitaire dans le but de l'améliorer a été faite. L'article s'est notamment intéressé à la détection par les infirmières des patients alcooliques, de leur évaluation d'un AWS, de leurs propositions d'une thérapie substitutive, et de leur suivi clinique en cas d'AWS ou de DT. On a regardé plus précisément les</p>

	<p>fréquences de ces différentes composantes, chez les docteurs et les infirmières.</p> <p>Résultats : Sur une année, 87 patients ont été retenus pour l'étude. Parmi eux, 49 consommaient de l'alcool, et 21 ont été catalogués à risques, dont 6 ont développé un AWS. Aucun cas de DT préopératoire n'est à signaler. Les infirmières ont appliqué correctement l'outil pour 58% des patients à risques, mais n'ont procédé finalement qu'à 50% des évaluations de l'outil.</p> <p>Conclusions : L'adhérence du personnel infirmier à l'utilisation de l'outil n'est pas optimale, et demande une meilleure gestion du personnel.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Dans le type d'hôpital de l'étude, pas moins de 60% des patients ont des problèmes AWS. Environ 5% de ces cas vont développer un DT, dont 15% de ces DT sont mortels. Avec une bonne gestion des risques, on peut réduire la mortalité à 2%. Il s'agit donc de mettre en place une bonne gestion des risques de survenance AWS dès l'admission des patients, par une détection appropriée.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, car aucune étude systématique n'a été faite depuis l'implémentation de l'outil dans cet hôpital. Il s'agit notamment de vérifier son fonctionnement effectif sur les patients, mais aussi de déterminer sa bonne utilisation auprès du personnel hospitalier.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>L'identification des signes cliniques d'un AWS permettent de faire des hypothèses plus rapidement pour la pose du diagnostic infirmier et cibler la prise en charge du patient afin d'éviter des complications. Une détection préopératoire est judicieuse. Ces postulats ont déjà été vérifiés dans des études antérieures.</p>

<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>La recension des écrits comporte une vingtaine de références discutées, pour la plupart proches de l'étude concernée. Elle insiste sur les risques accrus de complications postopératoires en cas de non détection AWS préopératoires.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Non, aucune synthèse n'est directement présentée. Cependant l'un des auteurs, un expert à la fois des cancers rencontrés dans cet hôpital et de la détection AWS, a effectué une recherche de la littérature disponible en 2012. Il a basé la constitution de l'outil proposé sur cette recherche systématique, qui n'est pas présentée dans l'étude.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui, les articles retenus sont une description récente de la recherche dans le domaine considéré.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>La quasi-totalité des sources présentées sont des sources primaires.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts clefs du cadre de recherche est bien défini dans le titre, le but étant de d'avoir des outils cliniques permettant de mieux cibler les facteurs déterminant et prédisant les patients étant susceptible de développer les formes les plus sévère des retraits des syndromes de sevrages alcoolique.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but</p>

	<p>de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>L'étude ne mentionne aucun cadre de référence, ni aucune base philosophique ou théorique au sens des méta-paradigmes infirmiers.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. Il fait partie du titre de l'article, et est énoncé dans un court paragraphe.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui, les variables utilisées font l'objet d'une définition, et la population à l'étude est clairement identifiée, il s'agit de tous les patients hospitalisés dans un hôpital spécialisé dans la chirurgie de l'oreille, du nez, de la gorge et de la mâchoire, souffrant d'un cancer de la tête ou du nez et hospitalisés pendant plus de 72 heures.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Les questions de recherche sont directement liées au but poursuivi, et elles font largement appel au recensement des écrits pour être formulées. Elles ne font pas appel aux croyances ou aux valeurs des acteurs, mais tiennent compte de l'expérience de l'expert qui a mis au point l'outil.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Elles prennent en compte toutes les données concernant le patient. Pour chacun des cas identifiés, les données ont été extraites des antécédents cliniques conformément à une recherche par mots-clés dans les bases de données des médecins et celles du suivi journalier des infirmières. La quantité de consommation</p>

	<p>d'alcool a été également calculée, elle est à la base du tri initial des patients.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Il s'agit d'étude de cohorte rétrospective sur le cours clinique des patients carcinomiques (diagnostiqués avec AWS ou sans AWS) dans le but d'évaluer quels facteurs sont associés au risque de développement de DT pendant les soins hospitaliers.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>L'étude a été menée à l'hôpital universitaire bâlois spécialisé dans la chirurgie de l'oreille, du nez, de la gorge et de la mâchoire.</p> <p>Il s'agit d'étude de cohorte rétrospective sur le cours clinique de 2013 et 2014 des patients diagnostiqués avec AWS dans le but d'évaluer quels facteurs sont associés au risque de développement de DT pendant les soins hospitaliers.</p> <p>Pour ce faire, les caractéristiques des patients atteints d'AWS qui n'ont pas développé de DT ont été comparées à celles qui ont participé à une série consécutive de patients atteints d'AWS</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Le plan d'échantillonnage est exhaustif sur une période de deux ans. Il n'est pas possible d'augmenter la représentativité de cet échantillon, sinon en diminuant les critères de participation à l'étude, ce qui n'a pas été envisagé. La méthode d'échantillonnage a permis</p>

	<p>d'ajouter des renseignements sur les patients de nature démographique et médicale. Le nombre restreint de patients éligibles pour l'étude (n=87) ne permet pas une approche statistique précise, d'ailleurs les résultats (fréquences) ne sont donnés qu'en termes de pourcentage, et sans intervalle de confiance.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>La taille de l'échantillon est basée sur des données rétrospectives durant une période de 1 an. La taille de l'échantillon ne permet qu'une étude quasi-quantitative, les écarts entre les différentes typologies n'étant pas mesurables.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>La direction de la clinique universitaire a autorisé cette étude à l'interne, et par ailleurs elle a reçu l'assentiment du comité d'éthique du nord-est et du centre de la Suisse.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Comme il s'agit d'une étude rétrospective, cette question ne se pose pas. L'anonymat de l'accès aux données a été mis en place et respecté.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Le devis de recherche, qui consiste à faire un suivi des effectifs des différents niveaux de patients concernés par l'étude permet que celle-ci atteigne son but, notamment en incluant des catégories de faibles tailles. La méthode de recherche, basée sur l'emploi de mots-clés dans toutes les bases de données de la clinique, est parfaitement compatible avec le devis mis en place.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p>

	<p>Les questions sont au nombre de deux : L'outil de détection AWS est-il performant ? et Le personnel infirmier l'a-t-il utilisé à satisfaction ? Dans ce sens, le devis fournit des effectifs de patients et leur suivi hospitalier complet. Il permet une vision des auteurs pleine et entière de chaque question.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Le fait de retenir les dossiers médicaux d'une cohorte de patients hospitalisés permet de respecter pleinement les critères scientifiques car l'étude est à postériori et basée sur du matériel avéré et établi par des professionnels uniquement.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>La méthode de recherche, par une soigneuse définition des variables que sont les effectifs des différentes catégories de patients, est appropriée.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>La question ne se pose pas puisque l'étude est rétrospective.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, la totalité des variables mesurées par l'outil mis en place étant physiologiques, il est aisé de bien les définir et de connaître leurs mesures.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui, l'accès aux dossiers des patients permet les observations bien posées. De plus le personnel infirmier a suivi une formation de deux demi-journées pour un bon usage de l'outil ; les médecins ont eu une formation de 2 heures. L'outil mis en place comporte 5 niveaux,</p>

	<p>tous biens définis. L'accès aux bases de données des patients garantit un suivi rigoureux de ceux-ci.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>L'instrument a été créé pour les besoins de l'étude, mais il fait appel à d'autres instruments standards et vérifiés.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>La méthode expérimentale, la recherche par mots-clés dans les données des patients permet de suivre les résultats de l'outil quand celui-ci a été utilisé par le personnel hospitalier. Quand il n'a pas été utilisé, malheureusement aucune explication n'est donnée.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Le processus de collecte des données fait appel aux enregistrements dans le dossier patient. Les mots-clés utilisés n'ont pas été décrits dans l'étude.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les auteurs de l'article sont les personnes qui ont recueilli les données.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Il n'y a pas de variable indépendante dans cette étude.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>La méthode d'analyse statistique des variables a été décrite soigneusement. Il s'agit principalement de déterminer la taille des groupes de patients induite par le niveau 2 et suivants de l'outil. La méthode consiste principalement à calculer des effectifs, des fréquences et des moyennes.</p>

	<p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui, des tests statistiques ont notamment permis de déterminer les variables non-normales.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Le résumé des résultats est numérique essentiellement. Il fait l'objet de la figure 3 de l'article.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Oui, l'étude comporte 2 tableaux dont le premier présente les résultats vis-à-vis de l'efficacité de l'outil dans la détection et le suivi de l'ASW, et la deuxième traite de l'adhérence du personnel infirmier vis-à-vis de l'utilisation de l'outil.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>La figure 3, qui donne un aperçu global des résultats de l'étude de manière numérique en donnant les effectifs des différents groupes générés par l'outil permet d'avoir une vision générale du traitement des résultats.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Les auteurs ont évalué eux-mêmes les données.</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats de cette étude sont développés séparément pour chacune des deux questions abordées dans le travail.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Une discussion importante des résultats les compare aux études antérieures. Ils diffèrent sur plusieurs points, des études supplémentaires semblent nécessaires. La petite taille de plusieurs des groupes de résultats (plus petite que 5) remet en cause l'importance des interprétations, qui diffèrent notablement des articles cités.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, elles sont conformes.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui, un paragraphe y est consacré.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Les conclusions découlent de l'analyse et des résultats.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Oui, elle est brièvement évoquée. Des limitations sont faites notamment quant à la taille des groupements, et celui des cas d'AWS (n=6).</p>

Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Le modèle utilisé pour la prédiction est médiocre car ils n'ont pas encore trouvé d'outil pour prévoir ces incidences tel que le développement du DT avec un degré élevé de certitude. Une analyse de la littérature sur ce sujet renforce cette idée, ce qui donne des résultats parfois contradictoires et généralement non concluants.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui, des suggestions de recherches futures pour étayer les conclusions sont présentées. On y suggère de mener une grande étude systématique sur le même sujet, à l'aide d'échantillons randomisés.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Les données (variables) prises en compte dans cette étude ne sont pas suffisantes pour appuyer les conclusions. D'autres études, en utilisant plus de variables et des groupements comportant des effectifs plus étoffés, sont suggérées.</p>
--	---

ALCOHOL SCREENING, BRIEF INTERVENTION, AND REFERRAL TO TREATMENT CONDUCTED BY EMERGENCY NURSES: AN IMPACT EVALUATION

Pierre M. Désy, MPH, Patricia Kunz Howard, RN, PhD, CEN, Cydne Perhats, MPH, and

Suling Li, RN, MSN, PhD, Des Plaines, IL, and Lexington, KY. (2010). Journal of emergency nursing, p. 538 - 545

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre précise bien les concepts à l'étude qui sont le dépistage de la consommation d'alcool et une intervention brève conduit dans un contexte d'urgence.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé précise le but de la recherche et les résultats obtenus dans ce dernier.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Il s'agit d'étudier l'efficacité du SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment. Dépistage. Le repérage (screening), l'intervention brève (brief intervention) et l'orientation au traitement (referral)) chez une population souffrant de problème d'alcool et ayant été hospitalisé dans une unité d'urgence.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p>

	<p>Selon l'étude 15-20% des patients se présentant dans un service d'urgence souffrent de problème d'alcool. Ce qui rend la recherche très pertinente.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui, car il s'agit d'une procédure qui inclut le dépistage et la prévention et ces deux domaines font partie du rôle propre de l'infirmier.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui une recension a été entreprise.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Les chercheurs disent que les méta analyses de plus de 30 essais démontrent que la procédure SBIRT peut, de manière efficace, minimiser l'incidence des blessures futures, diminuer la quantité et la fréquence de la consommation.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>La recension ne semble pas avoir une base solide car ils parlent également de recherches qui montrent les effets mitigés de la procédure SBIRT.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>Toute la recension ne semble pas provenir de source primaire.</p>

<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui, cette étude se penche sur la détection d'une consommation problématique de l'alcool et ensuite étudie l'efficacité d'une intervention brève auprès de ces derniers afin de diminuer leur consommation.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>L'étude se base sur les connaissances théoriques concernant les coûts que la consommation d'alcool engendre aux USA (185 milliards de dollars) et sur les témoignages d'infirmiers concernant l'impact de cette consommation sur la personne et sur son environnement.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, dépister la consommation d'alcool et la réduire à l'aide d'une intervention brève.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>L'hypothèse principale est : les patients atteints de traumatisme qui participent au SBIRT délivré par l'infirmière des urgences auront une réduction plus importante de la consommation d'alcool et moins d'incidents liés à l'alcool que ceux qui n'en ont pas. Les énoncées sont donc suffisamment claires.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des</p>

	<p>écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Ils ne traitent pas des croyances, valeurs ou vécu des participants.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui, les variables concernent la consommation, les conséquences de cette dernière et informations personnels.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Il s'agit de patients de plus de 18 ans étant hospitalisé au centre médical britannique « Chandler » du 1er février au 30 septembre 2016. Ensuite il a été défini si ces patients étaient des consommateurs à risque. Parmi les patients admissibles à l'étude (926) 79% ont refusé de prendre part à l'étude et 11% n'ont pas été invité à prendre part à l'étude pour différentes contraintes.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>L'auteur ne parle pas des moyens de faire accroître l'échantillonnage.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p>

	<p>Les données sur la sauvegarde ne sont pas suffisantes.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Oui, car le but est de réduire les conséquences de l'alcool.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Oui, le devis utilisé permet à l'étude d'atteindre son but car la consommation d'alcool a diminué de 70% dans le groupe d'intervention.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui, car l'hypothèse était que le groupe subissant une intervention brève aurait une plus grande réduction de la consommation. Selon les résultats ce but est atteint car le groupe SBIRT a baissé sa consommation de 70% contre 20% pour le groupe sans intervention.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Les chercheurs utilisent des échelles telles que « CAGE » qui a été validée scientifiquement.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui, car il s'agit d'un service qui accueille de nombreux patients (48'000 par année) et dans lequel on rencontre beaucoup de cas traumatisme dont le 10% est lié à la consommation d'alcool.</p>

	<p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Le temps passé sur le terrain semble assez court (du 1^{er} février au 30 septembre). Avec un temps plus long, l'échantillon aurait pu être plus conséquent.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les outils utilisés, tels que « CAGE Questionnaire » n'est pas suffisamment décrit dans l'étude.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les instruments utilisés ne sont pas créés exprès pour l'étude.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui, car le lieu de la recherche est adéquat et les outils tel que le questionnaire « CAGE » sont adaptés à cette recherche.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Ces informations n'ont pas été explicitées par les auteurs. Seuls les données démographiques, les unités dans lesquelles les sujets se trouvaient, leur diagnostic ont été relevées des données administratives.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p>

	<p>Oui, car les données étaient recueillies par l'équipe soignante (infirmière aux urgences).</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>L'intervention qui a été menée par les infirmières ne durait que 5-10 minutes et se résumait à des conseils motivationnels sur l'arrêt de la consommation et se contentait de donner des brochures pédagogiques et une liste de ressources communautaires. Cette intervention a été appliquée au groupe intervention mais pas au groupe d'observation.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Les auteurs pensent que la taille de l'échantillon et de grandes variations de consommations entre les individus a pu contribuer au manque de différence statistiquement significative entre le groupe « intervention » et le groupe « observation »</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Les résultats sont clairement explicités dans l'étude. Le nombre moyen de boisson consommé par le groupe d'intervention a baissé de 28,6 à 8,0 (-70%).</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Les auteurs ont privilégié l'écrit aux graphiques ou autres représentations visuels. Ce qui rend la lecture plus difficile et demande plus de temps pour comprendre l'impact réel de la recherche.</p>

	<p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui, le groupe « intervention » est comparé au groupe « observation » afin de bien comprendre l'impact qu'a pu avoir le SBIRT sur les patients.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui. Un texte présentant tous les résultats et les tableaux sont présent.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Aucunes indications ne sont indiquées par rapport à cette question.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats sont interprétés au regard de l'hypothèse : « Les patients atteints de traumatisme qui participent à ED SBIRT délivré par l'infirmière auront une réduction plus importante de la consommation d'alcool et moins d'incidents liés à l'alcool que ceux qui n'en ont pas ».</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Les auteurs comparent le taux d'abstention obtenu dans leur étude avec des études antérieures et ces chiffres sont assez similaires. Il est de même pour les résultats sur</p>

	<p>l'impact de l'intervention brève sur l'arrêt de la consommation.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Les auteurs comparent le taux d'abstention obtenu dans leur étude avec des études antérieures et ces chiffres sont assez similaires. Il est de même pour les résultats sur l'impact de l'intervention brève sur l'arrêt de la consommation.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les plus grandes limites rencontrées sont la réticence des patients à fournir leur consentement, la difficulté à effectuer le suivi dû à la grande mobilité des patients et un service d'urgence extrêmement occupé.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Selon les auteurs, il est possible d'établir un dépistage universel pour tous les patients de passage dans une unité de soin d'urgence</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Cette intervention brève a pour conséquence de réduire la consommation d'alcool chez la population concernée, de diminuer les blessures liées à une</p>

consommation et les multiples hospitalisations. Cette intervention a également pour conséquence la réduction du coût global des soins de santé.

L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?

Les auteurs proposent de fournir aux patients des téléphones portables jetables afin de pouvoir continuer leur suivi en dehors de l'hôpital même s'ils se déplacent (déménagement par exemple).

Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Les données sont assez riches mais le texte narratif aurait pu être complété par des schémas et tableaux permettant de faciliter la lecture pour le lecteur.

Improved Outcomes in Patients With Head and Neck Cancer Using a Standardized Care Protocol for Postoperative Alcohol Withdrawal

Christopher D. Lansford, MD; Cathleen H. Guerriero, RN, BSN; Mary J. Kocan, MSN; Richard Turley, MD; Michael W. Groves, MD; Vinita Bahl, DMD, MPP; Paul Abrahamse, MA; Carol R. Bradford, MD; Douglas B. Chepeha, MD; Jeffrey Moyer, MD; Mark E. Prince, MD; Gregory T. Wolf, MD; Michelle L. Aebersold, RN; Theodoros N. Teknos, MD . (2008). American Medical Association.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre précise bien les concepts à l'étude qui sont le dépistage de la consommation d'alcool et une intervention brève conduit dans un contexte d'urgence.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui, l'étude est clairement résumée au début de cette dernière</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Il s'agit d'étudier l'efficacité du SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment. Dépistage. Le repérage (screening), l'intervention brève (brief intervention) et l'orientation au traitement (referral)) chez une population souffrant de problème d'alcool et ayant été hospitalisé dans une unité d'urgence.</p>

	<p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Selon l'étude 15-20% des patients se présentant dans un service d'urgence souffrent de problème d'alcool. Ce qui rend la recherche très pertinente.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Le problème est très significatif pour la discipline infirmière car nous avons pour mission de dépister ce type de complications afin de diminuer la durée d'hospitalisation des patients.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Les auteurs ne parlent pas d'une recension effectuée avant d'avoir fait leurs études.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui, il s'agit de démontrer l'avantage de l'utilisation d'un protocole de soin défini selon le type de symptômes observés chez les patients ayant subi une chirurgie de la tête et du cou et étant sujet à un syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Les bases conceptuelles de référence ne sont pas discutées.</p>

<p style="text-align: center;">Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, dès les premières lignes de lecture on connaît le but de l'étude.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>La population étudiée est clairement énoncée. Il s'agit de 26 patients en postopératoire atteint de syndrome de sevrage alcoolique et qui ont plus de 18 ans.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>La population étudiée est clairement énoncée. Il s'agit de 26 patients en postopératoire atteint de syndrome de sevrage alcoolique et qui ont plus de 18 ans.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui, car les variables permettent de montrer les avantages cliniques de dépister le syndrome de délire et de le traiter avec un protocole prédéfini. Les variables sont les différences cliniques et institutionnelles entre les patients chez qui le protocole est appliqué et les autres.</p>
	METHODE
<p style="text-align: center;">Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p>

	<p>Oui, les critères d'admission à l'étude incluent : l'âge (18 ans minimum), une certaine pathologie, minimum 2 jours d'hospitalisation et une prédisposition au syndrome de sevrage alcoolique (défini selon l'échelle CAGE)</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Les données sur la sauvegarde ne sont pas suffisantes.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Oui, car elle recherche le meilleur moyen de venir en aide au patient atteint du syndrome de sevrage alcoolique en évitant les complications comme les violences, les transferts et la prolongation de l'hospitalisation.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>L'échelle de diagnostic du syndrome alcoolique permet à la recherche d'atteindre son but en diminuant les complications et les transferts chez les patients. Mais les résultats cliniques n'ont pas une bonne corrélation avec le score « CAGE »</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p>

	<p>Il s'agit d'une échelle scientifiquement validée.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Oui, les auteurs ont testé leurs méthodes sur le terrain pendant 2 ans.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>L'échelle d'indicateur de type de sevrage alcoolique est très bien décrite dans le texte et au moyen de tableau.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>L'échelle existait avant cette recherche mais a été adaptée selon la permission de ses auteurs.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui, la procédure est en parfaite cohésion avec le but de la recherche et les différents types de symptômes que l'on peut rencontrer dans le syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui, les auteurs ont commencé par dépister les personnes à risque en utilisant l'outil « CAGE ». Mais les auteurs ne décrivent pas les moyens de collecte de données et par qui celle-ci a été effectué (par eux-mêmes ou personnel soignante ?)</p>

	<p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Oui, l'étude comporte trois interventions en lien avec l'échelle de détection de symptôme du sevrage alcoolique.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui, les méthodes d'analyse sont énumérées dans l'étude (FileMaker Pro 5.5, JMP IN %.1, etc.).</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Ces facteurs ne sont pas discutés dans l'étude</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Le résumé est clair et précis, les auteurs développent clairement les doses de médicament utilisée pour les patient protocole et les patient pré-protocole.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Il pourrait y avoir une meilleure façon de montrer les résultats grâce à d'autres types de figures, graphiques ou modèles que les tableaux utilisés par les auteurs. Le choix effectué par les auteurs est moins représentatif.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien</p>

	<p>représenter le phénomène ? Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Les auteurs présentent les résultats par un texte narratif qui est assez clair et précis même si quelques données pharmacologiques auraient pu être amenées en plus pour permettre au lecteur de mieux comprendre les enjeux du traitement médicamenteux. Mais nous comprenons quand-même les phénomènes qui sont en jeu dans cette recherche.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats sont interprétés comme étant bénéfique ou non au patient et comme bénéfique ou non à l'institution.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Les résultats ne sont pas mis en lien avec des études antérieures.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les auteurs parlent d'une baisse du nombre de patients atteint de syndrome de sevrage alcoolique durant leur étude. Ils se demandent si ceci est lié à un manque de vigilance de leur part mais concluent que ceci est peu probable.</p>

	<p>Ils parlent également de l'entrave que peut causer une chirurgie de la tête et du cou lors du dépistage car les patients ont une certaine difficulté à s'exprimer.</p> <p>Ils parlent également de la mauvaise corrélation entre le score « CAGE » et la gravité des syndromes de sevrage.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Non.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>La mise en place du protocole de la prise en charge du syndrome de sevrage a permis de diminuer significativement les transferts, les épisodes de délire et les violences. Il y a également une baisse de la durée de l'hospitalisation, des arrêts respiratoires et de l'utilisation des benzodiazépines.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Les auteurs rendent attentif à l'utilisation de l'échelle de symptôme de sevrage qui est très utile lorsqu'on est face à un patient aphonique, son utilisation facilite le diagnostic et encouragent également à la plus grande vigilance face aux effets indésirables des médicaments chez ces patients.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p>

	<p>Les données ne sont pas assez riches car le nombre de patients présentant le syndrome de sevrage alcoolique est particulièrement basse.</p>
--	--

Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care

Jo Melson, MSN, RN, FNP-BC; Michelle Kane, RN, MSN; Ruth Mooney, PhD, MN, RN-BC; James McWilliams, MSN, RN, NP-C; Terry Horton, MD. (2014). The Permanente Journal, p. 41 - 45

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<p>Titre</p>	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Cet article met à profit la problématique reliée au syndrome de sevrage alcoolique étant une problématique dans les unités de soins. L'article ne précise pas de manière précise de ce qui va être observé et analysé dans cette étude.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé présente une synthèse de l'article avec notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le contexte repose sur l'analyse de la consommation de l'alcool, tout en visant la prévention au décès dans le pays par le biais d'une proposition de dépistage précoce et de protocole afin de minimiser les risques tel que les incidences reliées au retrait d'alcool et de développer le délirium tremens (DT). b) L'objectif de l'étude réduire les conséquences reliées au retrait de l'alcool, le DT, la diminution des transferts à l'unité de soins intensifs des patients atteints de DT. c) La méthode se base sur la gestion des soins comprenant des outils de dépistages, d'évaluation et de gestion des symptômes. d) Les résultats montrent de la pertinence de l'utilisation de protocoles de soins, des régressions des transferts dans les unités de soins ainsi que son diagnostic. <p>Une conclusion nous montre les résultats bénéfiques de cette étude suite aux divers changements entrepris</p>

	(protocole de soin, gestion des soins) par l'institution et l'équipe soignante.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui, le problème est clairement formulé car l'étude a pour but d'identifier de manière précoce et de traiter rapidement les patients présentant un syndrome de sevrage afin de diminuer les transferts dans les unités de soins intensifs ainsi que d'autre progression vers le délirium tremens et par conséquent de réduire l'utilisation des mesures de contraintes.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Le problème étudié dans l'article est pertinent puisque l'article indique que la consommation excessive d'alcool fait partie de la 3ème cause mondiale de mort évitable. Il démontre également qu'il y a un besoin important de dépister rapidement et de prendre en charge les personnes subissant un syndrome de retrait d'alcool afin d'éviter et de prévenir la progression des symptômes afin d'éviter les complications tel que le DT.</p> <p>Il y a également un manque de protocole dans les unités de soins intensifs afin de procurer une meilleure prise en charge chez les patients d'où là l'intégration d'une équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge du patient étant plus efficient.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Le but de l'étude est de démontrer qu'il y a un réel potentiel risque de mortalité. Il met également accent sur le fait qu'un danger de violence d'un patient</p>

	présentant un syndrome de sevrage ou de DT est constaté.
Recension des écrits	<p align="center">Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Non.</p>
Cadre de recherche	<p align="center">Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Le diagnostic et le traitement retardés du syndrome de retrait d'alcool ont entraîné plusieurs résultats néfastes pour le patient et le personnel. Le but du concept est d'identifier les patients à risque face au dépistage du risque de syndrome de sevrage alcoolique au moment de l'admission. Donc tous les patients hospitalisés adultes doivent impérativement évaluer par divers outils de détection et de gestion des symptômes en fonction du degré de progression du sevrage alcoolique ou du DT.</p>
Buts et question de recherche	<p align="center">Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Le but de l'étude étant de concerter si le dépistage précoce va réduire les transferts dans les unités de soins, diminuer l'utilisation des mesures de contraintes, ainsi que la progression en délirium trémens.</p> <p align="center">Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>La question de recherche n'est pas mise en avant sous forme de question mais comme une affirmation. La population de l'étude n'est pas vraiment précisée car il prend en compte tous les patients adultes de manière générale se rendant dans les unités de soins.</p> <p align="center">Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p>

	<p>Dans cette étude, les variables représentent les transferts dans les unités de soins intensifs, la progression du délirium tremens ainsi que l'utilisation de mesure de contrainte face au concept de la gestion du syndrome de sevrage.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>La population ainsi que l'échantillon de l'étude n'ont pas été choisis. On peut voir que tous les patients hospitalisés pour syndrome de sevrage ou de DT ont été pris en compte.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Non car il n'y a pas de présentation d'échantillon ni de critère pour identifier la taille de celle-ci est identifié dans l'étude.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Pas de justification de la taille dans l'étude. La taille est définie par le questionnaire CIWA-Ar</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p>

	<p>Pas description des moyennes de sauvegardes dans l'article.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Le but de cette étude est d'optimiser une meilleure prise en charge afin de procurer une meilleure prise en charge chez les patients présentant un syndrome de sevrage alcoolique, afin de minimiser, et éviter les complications tel que le DT, les transferts dans les unités et de diminuer l'utilisation d'autres mesures de contrainte.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Oui, même si la comparaison des deux périodes ne sont pas de la même durée (un résultat sur 9 mois et l'autre de 12 mois après).</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui à l'aide des différents tableaux.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>L'échelle CIWA-r est une échelle validée scientifiquement</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>L'article ne met que en avant une carte de rapport des donnés. Les outils de mesures sont présentés mais pas le nombre de patients admis pour syndrome du sevrage,</p>

	<p>le nombre de transfert dans les unités, les progressions du délirium ainsi que l'utilisation des mesures de contraintes ne sont pas spécifiées.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les outils sont des outils importés</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui, elle l'est</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Dans cette il s'agit d'une étude fondée sur tous les patients admis en unité de soins intensifs, de détecter si des critères de consommation d'alcool à risque avec un syndrome de sevrage alcoolique sont présentes chez cette population</p>
Analyse des données	<p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui, le résumé des résultats est suffisamment compréhensible.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui, la signification des données est adéquatement ressortie.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p>

	<p>Les résultats sont présentés sous formes de tableaux et de graphique intégrant l'évolution.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui les textes expliquant les résultats obtenus est mis en avant.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui, ils sont interpelés selon les critères fixés dans la recherche.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Oui, car le but étant de promouvoir le dépistage et l'amélioration de la prise en charge et la réduction des complications relié au syndrome de sevrage alcoolique et le DT. Les résultats montrent une baisse des différentes variables.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, car les résultant montrent une amélioration dans la pratique infirmière.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les limites de l'étude étant d'engager les soignants à réévaluer de manière systématique et constamment d'autres progressions, protocole, méthodes de gestion des soins, des besoins que nécessite l'équipe dans les divers milieux de soin.</p>

	<p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui, elles découlent des résultats attendus.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les résultats de ce projet a permis non seulement une remise en question de tous les professionnels de la santé face à un problématique de santé souvent pas reconnu et ayant eu pour conséquence cher les patients la progression des symptômes amenant à des complications plus importantes tel que le délirium tremens. Elle montre l'importance de la mise en place d'un dépistage précoce des patients éthylo-dépendants et à risque de faire des syndromes de sevrages alcoolique dans le but d'éviter les complications. Cette étude amène de nouveau protocole bien définis comme la CIWA_AR permettant d'avoir une meilleure emprise face à la prodigation des soins au vue des bénéficiaires de soin admis dans l'unité. Ceci a également un bénéfice auprès des professionnels qui leur permettent de mieux cibler leurs interventions en fonction du degré d'atteinte et spécifique aux besoins de chaque individu.</p> <p>Cet outil a non seulement simplifié et standardisé la gestion des patients souffrant d'un syndrome de retrait d'alcool mais aussi a transformé littéralement leur point de vue. Les résultats ont démontré un nombre réduit de patients qui ont développé en DT et une diminution de l'utilisation des mesures de contraintes et de nombre de transferts vers les unités de soins intensifs.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui car il amène l'importance de miser ces études dans tous les milieux des urgences et cibler les méthodes</p>

	de détections des patients à risque lors d'une hospitalisation.
--	---

Symptom Profile and Outcome of Delirium Associated with Alcohol Withdrawal Syndrome: A Study from India

J Sandeep Grover, MD, Akhilesh Sharma, MD, Natasha Kate, MD, Surendra K. Mattoo, MD, Debasish Basu, MD, Subho Chakrabarti, MD, Savita Malhotra, MD, Ajit Avasthi, MD. (2013). The American Journal on Addictions, p. 503 -

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre de la recherche précise les concepts clés qui sont ; les indices cliniques et conséquences du délire associé à l'arrêt de la consommation d'alcool. Cependant le titre ne donne pas d'indication sur la population étudiée.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui l'article contient un résumé synthétique et clair des objectifs de la recherche, de la méthodologie, des résultats et de la discussion.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Cette recherche vise à déceler/définir le profil du delirium tremens dans un pays en développement en termes de: la symptomatologie en se basant sur l'échelle « Delirium Rating Scale-Revised-98 » (DRS-R 98), les facteurs de risque associés / complications physiques et les conséquences.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p>

	<p>Oui, l'étude est pertinente car elle permet de préciser le profil clinique des personnes souffrant de délire lors d'une abstention alcoolique initié par eux-mêmes ou par l'hospitalisation.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Cette recherche permet de mieux comprendre la symptomatologie du délire lié à l'arrêt de l'alcool et les complications qui peuvent être lié à cela. Les infirmiers sont les premiers en contact de ces patients et l'échelle utilisée dans cet article permet une bonne évaluation de la gravité des symptômes.</p> <p>Cette recherche sort du lot car c'est l'une des rares études, selon les auteurs, à s'intéresser à la population d'un pays de l'est et à utiliser le DRS-R 98.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Selon les auteurs, presque toutes les recherches viennent de pays de l'Ouest et aucune des recherches effectuées dans un pays en voie de développement n'a étudié le profil clinique du délirium tremens. C'est pourquoi le recensement n'est quasi pas utilisé dans cette étude.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui, il s'agit d'étudier le profil du délire associé au syndrome de retrait d'alcool en termes de symptomatologie, de facteurs de risque / complications physiques associés et de complications.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente</p>

	<p>sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>C'est une première étude du genre, c'est pourquoi il n'y a pas de récitation et pas de référence.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, le but est de décrire le profil type du delirium tremens qui est la phase la plus sévère du délire lié au retrait de l'alcool.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Dans cette étude c'est surtout la population étudiée qui est énoncé clairement. Il s'agit de tous les patients de plus de 18 ans présentant des symptômes de délire (selon le DSM-IV) et qui sont admis à l'Unité de liaison-consultation Psychiatrique.</p> <p>Une seule hypothèse est énoncée, timidement, celle du lien entre délire et génétique.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>L'étude est très pauvre en recension et ne les cite qu'à une ou deux rares occasions pour donner des chiffres mais ne parle en aucun cas des valeurs, croyances et des perceptions.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p>

	<p>Oui, car les variables s'intéressent à la différence entre le délire induit par l'alcool et le délire induit par des conditions médicales générales afin de dessiner un profil exact du délire lié à l'alcool.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Cette étude ne s'appuie pas sur des bases philosophiques ou d'autres recherches. Elle revendique même le fait d'être la première du genre.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>La population est composée uniquement d'hommes à partir de 18 ans qui sont arrivés dans le service de psychiatrie suite à des symptômes de délire.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Ce sujet n'est pas abordé dans l'étude.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p>

	<p>L'échantillon est composé de 112 patients ayant donné leur consentement sur les 121 personnes admis dans le service étudié durant la période d'étude qui est du janvier 2010 à juin 2011.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Les mesures prises semblent adéquates car l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'institution concernée, un consentement écrit des soignants primaires des patients a été également obtenu, les proches des patients ont été informés du but de l'étude et les patients concernés ont fourni leur consentement écrit.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Oui, cette étude vise à décrire le profil d'une population à haut risque de décès. Ce qui pourra par la suite permettre de mieux détecter cette population et de prendre les mesures nécessaires pour améliorer leurs situations.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Le devis correspond parfaitement à l'étude. L'échelle, Delirium Rating Scale-Revised-98 est très adapté aux besoins de la recherche.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p>

	<p>Oui car c'est une étude qui correspond, de manière générale, aux critères scientifiques.</p> <p>« L'échelle a une bonne validité, une sensibilité, une fiabilité inter-évaluateur (coefficient de corrélation intra-classe .98) et une spécificité pour distinguer le délire de la démence, de la dépression et de la schizophrénie » (traduction libre).</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Oui, les chercheurs ont passé près d'une année et demie sur le terrain. Ce qui leur a permis d'avoir un échantillon assez large.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, les auteurs décrivent clairement l'instrument utilisé dans leur étude.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>L'instrument utilisé existe avant la recherche mais n'est que rarement utilisé pour ce type de recherche (d'après les auteurs).</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui, car les patients choisit pour cette procédure présentent ou ont de grands risques de présenter un épisode de délire.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Les auteurs précisent que les informations ont été obtenues auprès des patients, des soignants, du</p>

	<p>personnel médical et des dossiers médicaux mais ne donne pas d'information plus précise sur la manière de récolter les informations.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Oui, les informations sont recueillies auprès du personnel médical et soignant, sans oublier les proches du patient et le patient lui-même. Donc nous avons d'une part les professionnels qui ont les connaissances théorique et de l'autre, les personnes qui ont les connaissances de la personne.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Les auteurs disent avoir utilisé le SPSS-14 pour analyser leurs données et d'autres tests ont été utilisés pour comparer les deux types de patients rencontrés. Mais ils ne décrivent pas ces outils.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Le but de la recherche est de décrire le profil type des personnes victime de délirium lié au retrait de l'alcool. Cet état peut être influencé par des pathologies métaboliques. C'est pourquoi l'étude divise la population étudiée en deux. Xeuc qui ont subi un délire suite au retrait de l'alcool et ceux chez qui le délire peut également être influencé par ces pathologies métabolique.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Les résultats sont compréhensibles et bien expliqué dans le texte et grâce aux tableaux que l'on trouve dans la recherche. Les symptômes sont bien décrits, sont séparé</p>

	pour les deux types de patients et sont soumis à une loi de probabilité.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>L'auteur présente adéquatement les résultats obtenus dans son texte et dans plusieurs tableaux dans lesquels il met en lien les résultats avec les différents types de patients rencontrés.</p> <p>Les analyses des résultats restent assez difficile à mettre en lien. En effet, les chiffres présentés dans le texte et le tableau sont difficile à mettre en lien pour le lecteur.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Non, le taux de mortalité trouvé dans l'étude (13%) semble élevé par rapport à la littérature occidentale.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui, les interprétations sont conformes aux résultats d'analyse et elles découlent logiquement des résultats.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui, une évaluation transversale de la phénoménologie et une autre échelle d'évaluation aurait pu permettre d'interpréter autrement les résultats.</p>

	<p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Non, cette question n'est pas soulevée</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Cette étude soutient l'affirmation selon laquelle les comorbidités médicales augmentent le risque de délire associé au retrait d'alcool</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Les auteurs proposent d'utiliser d'autres échelles, plus structurées pour repérer les symptômes subtiles, précoces afin de diminuer les risques liés au délire.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui, l'étude couvre une large population.</p>

APPENDICE H : OUTILS DE DEPISTAGE DU SSA

L'OUTIL AWSC

Table A1. Alcohol Withdrawal Symptom Checklist. Please Circle the Most Appropriate Number for Each Item. How Much Have You Experienced the Following Symptoms During the Past 24 h?

Symptom	Not at all	Light	Moderate	Significant	Extreme
Nervousness	0	1	2	3	4
Sweating	0	1	2	3	4
Tremor	0	1	2	3	4
Nausea	0	1	2	3	4
Vomiting	0	1	2	3	4
Abdominal pain	0	1	2	3	4
Seizures	0	1	2	3	4
Poor appetite	0	1	2	3	4
Hallucinations	0	1	2	3	4
Irritation/dysphoria	0	1	2	3	4
Confusion	0	1	2	3	4
Chill	0	1	2	3	4
Headache	0	1	2	3	4
Craving for alcohol	0	1	2	3	4
Depression	0	1	2	3	4
Asthenia	0	1	2	3	4
Sleep disturbances	0	1	2	3	4

L'OUTIL PAWSS

Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS)

Maldonado et al., 2014

Part A: Threshold Criteria:

(1 point either)

1. Have you consumed any amount of alcohol (i.e., been drinking) within the last 30 days?

OR did the patient have a "+" BAL upon admission? _____

IF the answer to either is YES, proceed with test:

Part B: Based on patient interview:

(1 point each)

2. Have you ever experienced previous episodes of alcohol withdrawal? _____
3. Have you ever experienced alcohol withdrawal seizures? _____
4. Have you ever experienced delirium tremens or DT's? _____
5. Have you ever undergone of alcohol rehabilitation treatment? _____
(i.e., in-patient or out-patient treatment programs or AA attendance)
6. Have you ever experienced blackouts? _____
7. Have you combined alcohol with other "downers" like benzodiazepines or barbiturates during the last 90 days? _____
8. Have you combined alcohol with any other substance of abuse during the last 90 days? _____

Part C: Based on clinical evidence:

(1 point each)

9. Was the patient's blood alcohol level (BAL) on presentation > 200? _____
10. Is there evidence of increased autonomic activity?
(e.g., HR > 120 bpm, tremor, sweating, agitation, nausea) _____

Total Score:_____

Notes: Maximum score = 10. This instrument is intended as a SCREENING TOOL. The greater the number of positive findings, the higher the risk for the development of alcohol withdrawal syndromes. A score of ≥ 4 suggests HIGH RISK for moderate to severe AWS; prophylaxis and/or treatment may be indicated.

L'OUTIL CIWA-AR

Observation faite le _____ à _____ h _____	IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____ NOM À LA NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____
ÉCHELLE DE SYMPTÔMES DE SEVRAGE D'ALCOOL (CIWA-AR)	
1. Nausées et vomissements : Demandez : « Avez-vous mal au cœur ou des nausées? Avez-vous vomi? » Observez : 0 pas de nausées ni de vomissements 1 nausées légères sans vomissements 2 3 4 nausées intermittentes avec haut-le-cœur 5 6 7 nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements	6. 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 : 0 aucun 1 très peu de sensations 2 un peu de sensations 3 sensations modérées 4 hallucinations modérées 5 hallucinations importantes 6 hallucinations extrêmement importantes 7 hallucinations continues
2. Tremblements : Bras étendus, doigts écartés. Observez : 0 pas de tremblements 1 non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis au bout des doigts 2 3 4 modérés, le patient ayant les bras étendus 5 6 7 importants, sans les bras étendus	7. 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 : 0 absents 1 très peu stridents ou effrayants 2 peu stridents ou effrayants 3 modérément stridents ou effrayants 4 hallucinations modérées 5 hallucinations importantes 6 hallucinations extrêmement importantes 7 hallucinations continues
3. Sueurs : Observez : 0 pas de sueurs visibles 1 sueurs à peine perceptibles, paumes moites 2 3 4 front pené de sueurs 5 6 7 trempé de sueurs	8. 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 : 0 absent 1 très peu sensible 2 peu sensible 3 modérément sensible 4 hallucinations modérées 5 hallucinations importantes 6 hallucinations extrêmement importantes 7 hallucinations continues
4. Anxiété : Demandez : « Vous sentez-vous nerveux? ». Observez : 0 calme, détendu 1 légèrement anxieux 2 3 4 modérément anxieux ou sur ses gardes 5 6 7 équivalent à un état de panique aigu ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizo-phréniques aiguës	9. 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? D'avoir la tête dans un étoupe ou que votre tête va éclater? D'avoir un bandeau autour de la tête? ». Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété. 0 absentes 1 très légères 2 légères 3 modérées 4 modérément importantes 5 importantes 6 très importantes 7 extrêmement importantes
5. Agitation : Observez : 0 normale 1 normale, mais légèrement accrue 2 3 4 patient modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient 5 6 7 marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue ou agite les pieds et les mains (agitation presque constante)	10. 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? » 0 orienté(e) et peut additionner des nombres en série 1 ne peut additionner des nombres en série/ est incertain de la date 2 erreur de date de 2 jours ou moins 3 erreur de date de plus de 2 jours 4 désorienté(e) dans l'espace ou par rapport aux personnes Total : _____ (somme des 10 points, maximum 67 points)
Echelle : ≤ 8 = Léger; 9-15 = Modéré; > 15 = Grave Source : The Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol Revised (Sullivan, Sykora, Schneigerman & al. 1989; Sullivan, Swift & Lewis 1991)	
Signature de l'infirmier(ière) ou de l'infirmier(ière)-auxiliaire : _____	

L'OUTIL AUDIT-C

Date _____ Nom _____ Timbre _____

AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption)

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcooliques ?

<input type="checkbox"/> Jamais	0 points
<input type="checkbox"/> Une fois par mois ou moins	1 point
<input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois	2 points
<input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par semaine	3 points
<input type="checkbox"/> 4 fois par semaine ou plus	4 points

2. Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez ? Une boisson alcoolique (= une boisson standard) correspond p. ex. à environ 3 dl de bière (5% vol.), à 1 dl de vin, de mousseux ou de champagne (12,5% vol.), à 2 cl d'eau-de-vie (55% vol.) ou à 4 cl de liqueur (30% vol.)

<input type="checkbox"/> 1 ou 2	0 points
<input type="checkbox"/> 3 ou 4	1 point
<input type="checkbox"/> 5 ou 6	2 points
<input type="checkbox"/> 7 à 9	3 points
<input type="checkbox"/> 10 ou plus	4 points

3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire six boissons alcoolisées (= boissons standard) ou plus ?

<input type="checkbox"/> Jamais	0 points
<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois	1 point
<input type="checkbox"/> Une fois par mois	2 points
<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	3 points
<input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque chaque jour	4 points

Total points:

Source : Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M. (2001). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guideline for Use in Primary Care. World Health Organization WHO, Geneva.

L'OUTIL CAGE

Date _____ Nom _____ Timbre _____

CAGE (Cut down; Annoyed; Guilt; Eye-opener)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcooliques ? (Cut down) Oui Non
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? (Annoyed) Oui Non
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? (Guilt) Oui Non
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? (Eye-opener) Oui Non

Sources:

DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2005): Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. Hamm: BZgA/DHS.

Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. (1974): The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 131, 1121–1123. [\[PubMed\]](#)

Ewing, J. (1984): Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 252(14), 1905–1907. [\[PubMed\]](#)



L'OUTIL AUDIT

Date _____ Nom _____ Timbre _____

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcooliques ?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 points |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois ou moins | 1 point |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois | 2 points |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par semaine | 3 points |
| <input type="checkbox"/> 4 fois par semaine ou plus | 4 points |

2. Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez ? Une boisson alcoolique (= une boisson standard) correspond p. ex. à environ 3 dl de bière (5% vol.), à 1 dl de vin, de mousseux ou de champagne (12,5% vol.), à 2 cl d'eau-de-vie (55% vol.) ou à 4 cl de liqueur (30% vol.)

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 1 ou 2 | 0 points |
| <input type="checkbox"/> 3 ou 4 | 1 point |
| <input type="checkbox"/> 5 ou 6 | 2 points |
| <input type="checkbox"/> 7 à 9 | 3 points |
| <input type="checkbox"/> 10 ou plus | 4 points |

3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire six boissons alcoolisées (= boissons standard) ou plus ?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 points |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 point |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 points |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 points |
| <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque chaque jour | 4 points |

4. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir consommé ?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 points |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 point |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 points |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 points |
| <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque chaque jour | 4 points |

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qu'on attendait de vous dans votre famille, votre cercle d'amis et dans la vie professionnelle ?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 points |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 point |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 points |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 points |
| <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque chaque jour | 4 points |

L'OUTIL DRS-R-98

DELIRIUM RATING SCALE-R-98 (DRS-R-98)

This is a revision of the Delirium Rating Scale (Trzepacz et al. 1988). It is used for initial assessment and repeated measurements of delirium symptom severity. The sum of the 13 item scores provides a severity score. All available sources of information are used to rate the items (nurses, family, chart) in addition to examination of the patient. For serial repeated ratings of delirium severity, reasonable time frames should be chosen between ratings to document meaningful changes because delirium symptom severity can fluctuate without interventions.

DRS-R-98 SEVERITY SCALE

1. Sleep-wake cycle disturbance

Rate sleep-wake pattern using all sources of information, including from family, caregivers, nurses' reports, and patient. Try to distinguish sleep from resting with eyes closed.

0. Not present
1. Mild sleep continuity disturbance at night or occasional drowsiness during the day
2. Moderate disorganization of sleep-wake cycle (e.g., falling asleep during conversations, napping during the day or several brief awakenings during the night with confusion/behavioral changes or very little nighttime sleep)
3. Severe disruption of sleep-wake cycle (e.g., day-night reversal of sleep-wake cycle or severe circadian fragmentation with multiple periods of sleep and wakefulness or severe sleeplessness.)

2. Perceptual disturbances and hallucinations

Illusions and hallucinations can be of any sensory modality. Misperceptions are "simple" if they are uncomplicated, such as a sound, noise, color, spot, or flashes and "complex" if they are multidimensional, such as voices, music, people, animals, or scenes. Rate if reported by patient or caregiver, or inferred by observation.

0. Not present
1. Mild perceptual disturbances (e.g., feelings of derealization or depersonalization; or patient may not be able to discriminate dreams from reality)
2. Illusions present
3. Hallucinations present

3. Delusions

Delusions can be of any type, but are most often persecutory. Rate if reported by patient, family or caregiver. Rate as delusional if ideas are unlikely to be true yet are believed by the patient who cannot be dissuaded by logic. Delusional ideas cannot be explained otherwise by the patient's usual cultural or religious background.

0. Not present
1. Mildly suspicious, hypervigilant, or preoccupied
2. Unusual or overvalued ideation that does not reach delusional proportions or could be plausible
3. Delusional

4. Lability of affect

Rate the patient's affect as the outward presentation of emotions and not as a description of what the patient feels.

0. Not present
1. Affect somewhat altered or incongruent to situation; changes over the course of hours; emotions are mostly under self-control
2. Affect is often inappropriate to the situation and intermittently changes over the course of minutes; emotions are not consistently under self-control, though they respond to redirection by others
3. Severe and consistent disinhibition of emotions; affect changes rapidly, is inappropriate to context, and does not respond to redirection by others

5. Language

Rate abnormalities of spoken, written or sign language that cannot be otherwise attributed to dialect or stuttering. Assess fluency, grammar, comprehension, semantic content and naming. Test comprehension and naming nonverbally if necessary by having patient follow commands or point.

0. Normal language
1. Mild impairment including word-finding difficulty or problems with naming or fluency
2. Moderate impairment including comprehension difficulties or deficits in meaningful communication (semantic content)
3. Severe impairment including nonsensical semantic content, word salad, muteness, or severely reduced comprehension

6. Thought process abnormalities

Rate abnormalities of thinking processes based on verbal or written output. If a patient does not speak or write, do not rate this item.

0. Normal thought processes
1. Tangential or circumstantial
2. Associations loosely connected occasionally, but largely comprehensible
3. Associations loosely connected most of the time

7. Motor agitation

Rate by observation, including from other sources of observation such as by visitors, family and clinical staff. Do not include dyskinesia, tics, or chorea.

0. No restlessness or agitation
1. Mild restlessness of gross motor movements or mild fidgetiness
2. Moderate motor agitation including dramatic movements of the extremities, pacing, fidgeting, removing intravenous lines, etc.
3. Severe motor agitation, such as combativeness or a need for restraints or seclusion

8. Motor retardation

Rate movements by direct observation or from other sources of observation such as family, visitors, or clinical staff. Do not rate components of retardation that are caused by parkinsonian symptoms. Do not rate drowsiness or sleep.

0. No slowness of voluntary movements
1. Mildly reduced frequency, spontaneity or speed of motor movements, to the degree that may interfere somewhat with the assessment.
2. Moderately reduced frequency, spontaneity or speed of motor movements to the degree that it interferes with participation in activities or self-care
3. Severe motor retardation with few spontaneous movements.

9. Orientation

Patients who cannot speak can be given a visual or auditory presentation of multiple choice answers. Allow patient to be wrong by up to 7 days instead of 2 days for patients hospitalized more than 3 weeks. Disorientation to person means not recognizing familiar persons and may be intact even if the person has naming difficulty but recognizes the person. Disorientation to person is most severe when one doesn't know one's own identity and is rare. Disorientation to person usually occurs after disorientation to time and/or place.

0. Oriented to person, place and time
1. Disoriented to time (e.g., by more than 2 days or wrong month or wrong year) or to place (e.g., name of building, city, state), but not both
2. Disoriented to time and place
3. Disoriented to person

10. Attention

Patients with sensory deficits or who are intubated or whose hand movements are constrained should be tested using an alternate modality besides writing. Attention can be assessed during the interview (e.g., verbal perseverations, distractibility, and difficulty with set shifting) and/or through use of specific tests, e.g., digit span.

0. Alert and attentive
1. Mildly distractible or mild difficulty sustaining attention, but able to refocus with cueing. On formal testing makes only minor errors and is not significantly slow in responses
2. Moderate inattention with difficulty focusing and sustaining attention. On formal testing, makes numerous errors and either requires prodding to focus or finish the task
3. Severe difficulty focusing and/or sustaining attention, with many incorrect or incomplete responses or inability to follow instructions. Distractible by other noises or events in the environment

11. Short-term memory

Defined as recall of information (e.g., 3 items presented either verbally or visually) after a delay of about 2 to 3 minutes. When formally tested, information must be registered adequately before recall is tested. The number of trials to register as well as effect of cueing can be noted on scoresheet. Patient should not be allowed to rehearse during the delay period and should be distracted during that time. Patient may speak or nonverbally communicate to the examiner the identity of the correct items. Short-term deficits noticed during the course of the interview can be used also.

0. Short-term memory intact
1. Recalls 2/3 items; may be able to recall third item after category cueing
2. Recalls 1/3 items; may be able to recall other items after category cueing
3. Recalls 0/3 items

12. Long-term memory

Can be assessed formally or through interviewing for recall of past personal (e.g., past medical history or information or experiences that can be corroborated from another source) or general information that is culturally relevant. When formally tested, use a verbal and/or visual modality for 3 items that are adequately registered and recalled after at least 5 minutes. The patient should not be allowed to rehearse during the delay period during formal testing. Make allowances for patients with less than 8 years of education or who are mentally retarded regarding general information questions. Rating of the severity of deficits may involve a judgment about all the ways long-term memory is assessed, including recent and/or remote long-term memory ability informally tested during the interview as well as any formal testing of recent long-term memory using 3 items.

- 0. No significant long-term memory deficits
- 1. Recalls 2/3 items and/or has minor difficulty recalling details of other long-term information
- 2. Recalls 1/3 items and/or has moderate difficulty recalling other long-term information
- 3. Recalls 0/3 items and/or has severe difficulty recalling other long-term information

13. Visuospatial ability

Assess informally and formally. Consider patient's difficulty navigating one's way around living areas or environment (e.g., getting lost). Test formally by drawing or copying a design, by arranging puzzle pieces, or by drawing a map and identifying major cities, etc. Take into account any visual impairments that may affect performance.

- 0. No impairment
- 1. Mild impairment such that overall design and most details or pieces are correct; and/or little difficulty navigating in his/her surroundings
- 2. Moderate impairment with distorted appreciation of overall design and/or several errors of details or pieces; and/or needing repeated redirection to keep from getting lost in a newer environment despite, trouble locating familiar objects in immediate environment
- 3. Severe impairment on formal testing; and/or repeated wandering or getting lost in environment

© Trzepacz 1998

DRS-R-98 OPTIONAL DIAGNOSTIC ITEMS

These three items can be used to assist in the differentiation of delirium from other disorders for diagnostic and research purposes. They are added to the severity score for the total scale score, but are NOT included in the severity score.

14. Temporal onset of symptoms

Rate the acuteness of onset of the initial symptoms of the disorder or episode being currently assessed, not their total duration. Distinguish the onset of symptoms attributable to delirium when it occurs concurrently with a different preexisting psychiatric disorder. For example, if a patient with major depression is rated during a delirium episode due to an overdose, then rate the onset of the delirium symptoms.

- 0. No significant change from usual or longstanding baseline behavior
- 1. Gradual onset of symptoms, occurring over a period of several weeks to a month
- 2. Acute change in behavior or personality occurring over days to a week
- 3. Abrupt change in behavior occurring over a period of several hours to a day

15. Fluctuation of symptom severity

Rate the waxing and waning of an individual or cluster of symptom(s) over the time frame being rated. Usually applies to cognition, affect, intensity of hallucinations, thought disorder, language disturbance. Take into consideration that perceptual disturbances usually occur intermittently, but might cluster in period of greater intensity when other symptoms fluctuate in severity.

- 0. No symptom fluctuation
- 1. Symptom intensity fluctuates in severity over hours
- 2. Symptom intensity fluctuates in severity over minutes

16. Physical disorder

Rate the degree to which a physiological, medical or pharmacological problem can be specifically attributed to have caused the symptoms being assessed. Many patients have such problems but they may or may not have causal relationship to the symptoms being rated.

- 0. None present or active
- 1. Presence of any physical disorder that might affect mental state
- 2. Drug, infection, metabolic disorder, CNS lesion or other medical problem that specifically can be implicated in causing the altered behavior or mental state

© Trzepacz 1998

DRS-R-98 SCORESHEET			
Name of patient: _____	Date: ____ / ____ / ____	Time: _____	
Name of Rater: _____			
SEVERITY SCORE: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	TOTAL SCORE: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		

Severity Item	Item Score				Optional Information
Sleep-wake cycle	0	1	2	3	Naps Nocturnal disturbance only Day-night reversal
Perceptual disturbances	0	1	2	3	Sensory type of illusion or hallucination: auditory visual olfactory tactile Format of illusion or hallucination: simple complex
Delusions	0	1	2	3	Type of delusion: persecutory Nature: poorly formed systematized
Lability of affect	0	1	2	3	Type: angry anxious dysphoric elated irritable
Language	0	1	2	3	Check here if intubated, mute, etc.
Thought process	0	1	2	3	Check here if intubated, mute, etc.
Motor agitation	0	1	2	3	Check here if restrained <i>Type of restraints:</i>
Motor retardation	0	1	2	3	Check here if restrained <i>Type of restraints:</i>
Orientation	0	1	2	3	Date: Place: Person:
Attention	0	1	2	3	
Short-term memory	0	1	2	3	Record # of trials for registration of items: Check here if category cueing helped
Long-term memory	0	1	2	3	Check here if category cueing helped
Visuospatial ability	0	1	2	3	Check here if unable to use hands
Diagnostic Item	Item Score				Optional Information
Temporal onset of symptoms	0	1	2	3	Check here if symptoms appeared on a background of other psychopathology
Fluctuation of symptom severity	0	1	2		Check here if symptoms only appear during the night

L'OUTIL AWS TYPE INDICATOR

AWS TYPE INDICATOR	Check here if yes		Preprinted Nurse Orders Based on Score
Type A Symptoms (CNS Excitation) Does patient appear:			
a. Anxious or nervous		Total Type A Symptoms	If Type A score ≥ 1 , administer lorazepam as ordered q1hr until Type A score = 0 or patient is calm and cooperative. Continue to assess at least q2hr or before each dose of lorazepam. STOP ATIVAN IF STARTING HALDOL
b. Restless			
c. Bothered by bright light?			
d. Bothered by sounds?			
Type B Symptoms (Adrenergic Hyperactivity)			
e. Is nausea or vomiting present?		Total Type B Symptoms	If Type B score ≥ 1 , notify MD to r/o clinical issues such as hypoglycemia, dehydration, electrolyte abnormalities, etc. If all other ruled out, obtain order for clonidine. (Clonidine 0.2 mg po/DHT every 3 hrs prn $\times 2$) Continue to assess at least q2hr and prior to each dose of clonidine. (MD should write order to change BP/pulse parameters when indicated)
f. Is tremor visible with or without arms extended?			
g. Is sweat visible on palms or forehead?			
h. Is SBP > 140 mm Hg?			
i. Is DBP > 90 mm Hg?			
j. Is heart rate > 100 ?			
k. Are there extra or skipped beats on apical pulse?			
Type C Symptoms (Delirium) Does the patient:			
l. Respond inappropriately to questions?		Total Type C Symptoms	If Type C score ≥ 1 , patient cannot be redirected or reoriented, AND has had previous dose of Ativan, obtain order for baseline 12 lead EKG (check QT interval); and call MD for written order: Haldol 2-5 mg IV every 2 hours prn $\times 2$. If Type C score ≥ 6 AND pt. is still agitated call for further orders. (Haldol max. dose is 0.5 mg/kg/24 hrs) STOP benzodiazepines once Haldol started
m. Report hearing noises that are not there?			
n. Report seeing something that is not there?			
o. Not knowing their name?			
p. Not knowing where they are?			
q. Not knowing how long they have been hospitalized?			
r. Not know the year?			
s. Not know the month?			
t. Not know the day of the week?			

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

Protocole de soi mise en place dans: Improved Outcomes in Patients With Head and Neck Cancer Using a Standardized Care Protocol for Postoperative Alcohol Withdrawal. Auteur Christopher D. Lansford et coll.

1. Assess patient q2h using AWS type indicator
 2. Thiamine 100 mg po/DHT q day
 3. Folic acid 1 mg po/DHT q day
 4. MVI 1 po/DHT q day
 5. If Type A score ≥ 1 : lorazepam 1-2 mg IV q1h prn until Type A score = 0 or patient is calm and cooperative
 6. If Type B score ≥ 1 : Call MD to eval Ddx (hypoglycemia, electrolyte disturbances, dehydration, cardiac, etc)
 7. If Type B score attributed to AWS: MD to order clonidine 0.2 mg po/Dobhoff tube q3h prn $\times 2$
 8. If BP still $>140/90$ (160/90 if age >65 yrs), notify MD for further clonidine order
 9. Discontinue clonidine if SBP decreases by >30 mm Hg or DBP decreases by >20 mm Hg with any one dose of clonidine and notify MD
 10. If Type C score ≥ 1 and unable to redirect or reorient patient, call MD and (see below—next order)
 11. Prior to giving haloperidol, patient must have had previous dose of lorazepam and 12 lead EKG. Stop lorazepam once haloperidol is started
 12. After above is completed, MD to order halperidol 2-5 mg IV q2h prn $\times 2$ until Type C subscore ≤ 6 and patient not agitated. Call MD for further haloperidol orders
 13. Continue to assess with "AWS Type Indicator" q2h or before each dose
- Follow-up with maintenance/taper orders