

# **Haute École Arc Santé**

Filière soins infirmiers

## **Travail de Bachelor**

**Rérat Manon**

**Willemin Romaine**

**Directeur de travail de Bachelor : Comte Pascal**

**Quelles sont les interventions infirmières probantes  
chez la personne âgée alcoolique qui permettent de  
prévenir l'apparition de delirium tremens ? »**

Module : Recherche et Sciences Infirmières

Promotion 2018-2021

Delémont, le 7 juillet 2021

## Tables des matières

<b>TABLE DES MATIÈRES DES FIGURES ET TABLEAUX .....</b>	<b>IV</b>
<b>RÉSUMÉ DU TRAVAIL DE BACHELOR .....</b>	<b>V</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>VIII</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>X</b>
<b>CHAPITRE 1 : INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>4</b>
NATURE DE L'ÉMERGENCE DE LA QUESTION DE DÉPART.....	5
PERTINENCE DE LA QUESTION DE DÉPART POUR LES SOINS INFIRMIERS .....	8
REVUE EXPLORATOIRE DE LITTÉRATURE.....	16
<b>CHAPITRE 3 : CONCEPTS ET CHAMP DISCIPLINAIRE INFIRMIER.....</b>	<b>37</b>
APPROFONDISSEMENTS.....	38
CONCEPTS.....	44
CHAMP DISCIPLINAIRE INFIRMIER .....	54
<b>CHAPITRE 4 : MÉTHODE .....</b>	<b>62</b>
MÉTHODE PICOT.....	63
RECHERCHES DANS LES BANQUES DE DONNÉES.....	64
CRITÈRES DE SÉLECTIONS .....	69

<b>CHAPITRE 5 : SYNTHÈSES DES RÉSULTATS .....</b>	<b>71</b>
ARTICLES RETENUS .....	72
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ARTICLES .....	77
LIENS ENTRE LES RÉSULTATS ET LA THÉORIE D'ADAPTATION DE ROY .....	86
DÉVELOPPEMENT DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LA QUESTION PICOT .....	87
PERSPECTIVE/PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE.....	93
<b>CHAPITRE 6 : CONCLUSION .....</b>	<b>98</b>
APPORT DU TRAVAIL DE BACHELOR.....	99
LIMITES .....	100
PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE .....	102
<b>CHAPITRE 7 : RÉFÉRENCES.....</b>	<b>105</b>
APPENDICE A: MIND-MAP DES DIVERSES POSSIBILITÉS D'ADDICTION .....	115
APPENDICE B : OUTIL CAGE .....	116
APPENDICE C : OUTIL MAST .....	117
APPENDICE D : OUTIL AUDIT.....	118
APPENDICE E : OUTIL CIWA-AR .....	119
APPENDICE F : OUTIL PAWWS .....	121
APPENDICE G : SCORE DE CUSHMAN .....	122
APPENDICE H : DIAGRAMMES DES FLUX .....	123
APPENDICE I : GRILLE DE TÉTREULT .....	125
CONCLUSIONS.....	247
APPENDICE J : OUTIL PAWWS.....	248
APPENDICE K : OUTIL AWAT .....	249

## Table des matières des figures et tableaux

FIGURE 1 : CONSOMMATION D'ALCOOL SELON L'ÂGE EN 2017 .....	22
FIGURE 2 : ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL.....	22
FIGURE 3 : PROPORTION DE PERSONNES DONT LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHRONIQUE REPRÉSENTE UN RISQUE MOYEN À ÉLEVÉ, SELON LE SEXE ET LE CANTON, 2017 .....	23
FIGURE 4 : PROPORTION DE PERSONNES DONT LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHRONIQUE REPRÉSENTE UN RISQUE MOYEN À ÉLEVÉ, 2017.....	24
FIGURE 5 : PYRAMIDE DES ÂGES SELON LE SEXE .....	45

# Résumé du travail de Bachelor

## Problématique

L'alcoolisme est un problème de société actuel. En Suisse, un homme sur trois de plus de soixante-cinq ans consomme de l'alcool chaque jour (Lieberherr, 2019). En ce qui concerne la personne âgée, il a été démontré qu'elle est plus à risque de développer des complications médicales et neurologiques qu'une personne jeune. En effet, les séniors ont en général plus de comorbidités et une durée plus longue de surconsommation d'alcool (Mulkey & Olson, 2020). Une admission à l'hôpital peut entraîner un arrêt brutal de la consommation d'alcool (abstinence forcée) et le patient a un risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique. Le délirium tremens en est sa complication la plus sévère. Le DT représente un risque accru de mortalité (Abdul & Manju, 2020).

## Objectif

L'objectif de cette revue de littérature est de trouver les interventions infirmières probantes qui permettent de prévenir le delirium tremens chez les personnes âgées.

## Concept et champs disciplinaire infirmier

Les concepts abordés dans ce travail sont : le delirium tremens, la personne âgée et les interventions infirmières. La question de départ a été éclairée à l'aide du modèle d'adaptation de Roy (Roy, 2009, 2011).

## **Méthode**

Une question de recherche a été élaborée à l'aide de la méthodologie PICOT. Une recherche scientifique sur les banques de données a permis de sélectionner dix articles dans les bases de données PUBMED et CINHALL d'après une série de critères d'inclusion et d'exclusion. Une analyse de ces articles a été réalisée au moyen de la grille de Tétréault (Tétréault, Sorita, Ledoux, & Ryan, 2014).

## **Résultats**

Au terme des analyses, les auteures ont identifié cinq catégories d'interventions probantes. Celles-ci sont les outils d'évaluation, les parcours cliniques, les marqueurs sanguins, les traitements et les connaissances et formations. Ces catégories d'interventions pourraient permettre d'améliorer la prévention du delirium tremens. Plusieurs interventions pour la pratique infirmière ont été exposées par les auteures afin de diminuer la prévalence du delirium tremens.

## **Conclusion**

La conclusion de ce travail contient les éléments facilitant sa réalisation ainsi que ses limites. Ce travail offre des pistes d'action concernant la prévention du delirium tremens qui pourraient être utiles pour la pratique infirmière.

**Mots-clefs**

Delirium tremens – personnes âgées – interventions infirmières

## Remerciements

Durant toute la réalisation, les auteures de ce travail ont bénéficié de l'aide et du soutien de plusieurs personnes qu'elles tiennent à remercier.

En premier lieu, elles remercient tout particulièrement monsieur Pascal Comte, qui est le directeur de ce travail de Bachelor. Il a su répondre aux nombreuses questions et faire preuve de disponibilités, de soutien ainsi que d'implication.

Un grand merci à Chèvre Salomé, Rérat Océane, Willemin Anne-Lise et Prêtre Eugénie qui ont eu la gentillesse de lire et corriger ce travail ainsi qu'à Rérat Anaïs pour la mise en page de celui-ci.

Les auteures souhaitent également remercier les bibliothécaires de la Haute-Ecole ARC pour le temps qu'elles ont consacré à la recherche d'articles ainsi que pour leur disponibilité.

En ce qui concerne les cours de recherche et les séminaires en lien avec le travail de Bachelor, les auteures remercient monsieur Voirol Christian, monsieur Schirlin Olivier ainsi qu'une fois encore, monsieur Pascal Comte. Ils ont permis aux étudiantes de comprendre les fondements de la recherche et ont répondu à leurs questions.

Un sincère merci aux amis et familles des auteures ainsi qu'aux membres de la volée BAC18 qui ont fait preuve de soutien durant toute la durée de ce travail.

Pour terminer, les auteures souhaitent se remercier mutuellement pour l'investissement ainsi que le respect et l'écoute fournis durant les deux années de réalisation de ce travail.

## Liste des abréviations

ACME: Arrêter- Coupable- Matin-Ennuyé-entourage

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

AWAT: Alcohol Withdrawal Assesment Tool

AWTT: Alcohol Withdrawal Triage Tool

CAGE: Cutting down-Annoysnce-Guilty-Eye opener

CIWA-Ar: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised

DSM5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5<sup>ème</sup> édition

DT: Delirium tremens

GABA: Acide  $\gamma$ -aminobutyrique

MAST: Michigan Alcoholism Screning Test

mMINDS: Minnesota detoxification scale

PWASS: Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale

SSA: Syndrome de sevrage alcoolique

## **Chapitre 1 : Introduction**

En quoi la réalisation d'un travail de Bachelor n'est-elle pas uniquement une étape de la validation de notre formation professionnelle ?

Le travail de Bachelor permet de développer l'ensemble des rôles infirmiers. Son but est de répondre à une question clinique à l'aide d'une analyse d'articles scientifiques. La finalité est de dégager des savoirs novateurs et probants pour les utiliser dans la pratique professionnelle, ce qui implique le rôle d'expert en soins infirmiers. Le rôle d'apprenant est mobilisé à travers des recherches qui nous permettent d'acquérir des connaissances théoriques et méthodologiques. L'affirmation de notre opinion au sein du groupe de travail et le partage d'informations avec nos pairs permettent d'améliorer notre communication. Le rôle de collaborateur est enrichi par le biais du travail en groupe. La collaboration inter et intraprofessionnelle est un pilier pour notre future pratique professionnelle. La bonne connaissance des données probantes permet d'être « l'avocat » du patient et donc de promouvoir au maximum sa santé. Le travail de Bachelor nécessite une bonne planification et organisation du temps ce qui permet de progresser dans le rôle de manager. Ce travail permet de développer notre regard critique et notre raisonnement dans notre pratique professionnelle.

Dans un premier temps, les auteures ont expliqué la nature de l'émergence de leur question en expliquant le choix de leur thématique. Ensuite, elles ont explicité la pertinence de ce sujet pour les soins infirmiers en mettant en lien

l'ébauche de question de recherche avec le métaparadigme infirmier puis avec les modes de savoirs infirmiers.

Dans un second temps, dans le but d'avoir une meilleure compréhension de la problématique, une revue de littérature a été effectuée.

Dans le troisième chapitre de ce travail se trouvent les concepts principaux et une mise en lien de la problématique avec le modèle d'adaptation de Callista Roy (Roy, 2011).

Ensuite, les auteures ont poursuivi la réalisation de ce travail en utilisant la méthode PICOT, dans le chapitre méthodologie.

Des articles répondant à la question de recherche ont été récoltés sur les banques de données. Ils ont ensuite été analysés à l'aide de la grille de Tétreault (Tétreault et al., 2014).

Les résultats ont été regroupés dans le chapitre synthèse des résultats. Des propositions pour la pratique ont été émises.

Pour clôturer ce travail de Bachelor, une conclusion met en avant les apports de ce travail, ses limites et des perspectives pour la recherche.

Il semble nécessaire de préciser que les auteures emploient le terme « infirmière » au féminin. Il va de soi que le masculin pourrait également s'employer.

## **Chapitre 2 : Problématique**

Le but de ce chapitre est de définir la problématique et d'expliquer comment les auteures arrivent à leur question de recherche. La problématique vise aussi à démontrer le bien-fondé de la question de départ pour la discipline et la profession infirmière (Fortin, 2010 ; Grove, Burns, & Gray, 2013) en mobilisant les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984, 2005) et les savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008, 2015).

Dans ce chapitre, les auteures réalisent une revue exploratoire de littérature dont le but est d'identifier les principaux concepts ainsi que d'affiner la question de départ. Ces notions sont approfondies et étudiées dans la suite du travail. Les concepts servent également de base pour la définition des mots clés et descripteurs. Pour terminer ce chapitre, les rédactrices parlent des perspectives pour la pratique infirmière.

### **Nature de l'émergence de la question de départ**

Une liste de thèmes a été proposée au groupe, composé alors de trois membres pour leur travail de Bachelor. Après diverses réflexions, elles ont choisi la thématique « Qu'elles sont les interventions infirmières en matière d'addiction chez les personnes âgées » ? Elles trouvaient ce thème intéressant, car le terme « addiction » est large et peut amener à plusieurs problématiques de santé.

Cette question de recherche a stimulé la curiosité professionnelle des étudiantes. En effet, elles ont souvent eu l'occasion de rencontrer des

personnes âgées poly-dépendantes sans réellement disposer de pistes de prise en soins. Comme écrit précédemment, l'addiction est un terme large. En effet, il en existe de nombreuses et de formes diverses.

A la fin du deuxième semestre, une des auteures a malheureusement dû quitter le groupe de travail pour des raisons personnelles. Le groupe s'est alors réduit à deux étudiantes.

Par la suite, les auteures de ce travail ont réalisé un mind-map (Appendice A) afin de mettre en évidence les diverses possibilités d'addiction chez la personne âgée. Ainsi de nombreux types d'addictions et de thèmes ont été dégagés. Il en ressort que l'addiction à l'alcool est celle qui a suscité le plus d'intérêt chez les deux étudiantes. En effet, durant leurs périodes de formation pratiques, elles ont rencontré, à de nombreuses reprises, des patients éthylo-dépendants. La prise en soins de ces personnes reste une interrogation en tant qu'étudiante, car très peu d'interventions infirmières sont en lien direct avec l'alcoolisme. En effet, les actions sont plutôt ciblées sur les comorbidités de cette pathologie. Dans de nombreuses situations de soins, un dilemme peut se créer entre laisser le patient continuer à boire ou essayer de l'aider à réduire sa consommation. En outre, il a été constaté que ces personnes sont très souvent dans le déni de leur consommation. Cet état de fait rend la prise en charge d'autant plus complexe. De plus, durant les stages dans un service de médecine ou de chirurgie, il a été fréquent de rencontrer des personnes âgées développant un delirium tremens alors qu'aucune suspicion d'addiction à

l'alcool n'était posée. Ceci démontre que ce problème touche plus de personnes que l'on imagine et qu'il a de fortes répercussions. Les conséquences de cette pathologie sont physiques, mais également psychiques et sociales. L'addiction à l'alcool peut provoquer une atteinte à la santé dans sa globalité, c'est-à-dire dans ses quatre dimensions. C'est pourquoi il est nécessaire d'avoir recours à des interventions infirmières adaptées et individualisées.

À noter encore que, lors d'une période de formation pratique, l'une des étudiantes a rencontré un patient qui a développé un delirium tremens alors qu'il avait été hospitalisé pour un autre problème de santé. Dans cette situation, l'équipe a vite été dépassée et des mesures de contentions ont été rapidement mises en place. Le suivi psychologique, de son côté, n'a été réalisé que plus tardivement. Dès lors, il est apparu probable que l'équipe manquait de pistes d'action face à la gestion de cette situation et qu'elle s'est rapidement retrouvée démunie.

Cette expérience professionnelle démontre de probables lacunes dans la gestion et la mise en œuvre des soins à prodiguer au patient alcoolique présentant des delirium tremens. Dès lors, il serait intéressant de savoir s'il existe des moyens de diminuer les symptômes de celui-ci et comment agir lorsque ceux-ci se manifestent.

Pour toutes ces raisons, les auteures ont décidé de cibler la question de départ en la formulant de la manière suivante :

« Quelles sont les interventions infirmières probantes chez la personne âgée alcoolique qui permettent d'éviter l'apparition de delirium tremens ? »

Cette question semble pertinente pour des étudiantes, car elle permettrait d'acquérir beaucoup de connaissances pouvant être utiles à leur propre pratique professionnelle. De plus, celles-ci pourraient être partagée afin d'enrichir la pratique de toutes infirmières.

Le paragraphe qui suit explique en quoi la question de départ est pertinente pour les soins infirmiers.

### **Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers**

Afin de démontrer que le travail est lié à la discipline infirmière, il a été essentiel de mettre en lien la question de départ avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984, 2005) qui représentent les fondements de cette profession ainsi qu'avec les modes de savoir de la discipline (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008, 2015).

### **Le métaparadigme**

Le métaparadigme fait référence à la manière dont les phénomènes qui concernent les soins infirmiers sont structurés et organisés (Fawcett, 1984) . Il s'agit d'une idée globale qui identifie l'intérêt central de la discipline. Il est

composé de quatre concepts qui forment entre eux quatre propositions (Fawcett, 1984, 2005). Les quatre concepts sont : l'être humain, la santé, les soins infirmiers et l'environnement (Fawcett, 1984). Il s'agit de l'élément le plus abstrait de la discipline infirmière. (Fawcett, 1984, 2005).

**Le concept d'être humain.** Ce concept fait référence aux individus. Ces derniers sont reconnus dans une culture, ainsi qu'auprès des familles, des communautés et d'autres groupes qui participent aux soins infirmiers (Fawcett, 2005). Dans ce travail, l'être humain sera considéré comme un être bio-psycho-social et spirituel. Ce travail a pour but de démontrer l'influence que l'alcool peut avoir sur l'être humain en touchant ces quatre dimensions. En effet, l'alcool a des répercussions sur l'état physique et biologique des personnes, mais également sur l'état psychique (Lieberherr, 2019). La sphère sociale et spirituelle peut également être modifiée à cause de la consommation (Lieberherr, 2019). En outre, il semble que les personnes souffrant d'alcoolisme sont souvent stigmatisées, parfois au détriment de leur identité.

**Le concept de la santé.** Ce concept réfère au processus de vie et de mort. (Fawcett, 2005). Le manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux « DSM5 » (Boyer, Guelfi, Pull, & Pull, 2015), définit l'alcoolisme par le terme trouble de l'utilisation de l'alcool. Certains critères permettent de diagnostiquer ce trouble selon des stades de sévérité (Boyer et al., 2015). Malgré le fait que ces personnes souffrent d'un trouble, elles peuvent toutefois se considérer en bonne santé. En effet, les personnes qui consomment de

l'alcool de manière régulière peuvent se retrouver dans le déni de leur situation, car elles éprouvent un sentiment de bien-être. Le déni est un mécanisme de défense, il permet à la personne alcoolique de ne pas voir qu'elle est dépendante à l'alcool. Il y a différentes formes de déni : la banalisation « Je bois comme tout le monde », le rejet de la responsabilité « C'est à cause de la perte de mon emploi que je bois », les excuses « Je bois parce que je me suis fait larguer », l'agressivité « Ça ne vous regarde pas », la minimisation « Je n'ai bu qu'un seul verre » (Addiction-infos, 2010).

**Le concept de soins infirmiers.** Celui-ci renvoie aux mesures prises par les infirmières au nom ou en collaboration avec les êtres humains et aux objectifs ainsi qu'aux résultats des actions infirmières (Fawcett, 2005). Ces actions sont considérées comme des processus mutuels entre les bénéficiaires de soins et les infirmières. Ce processus englobe des activités qui sont souvent appelées évaluation, problématisation, planification, intervention et évaluation des résultats (Fawcett, 2005).

Étant donné que les personnes souffrant d'alcoolisme sont rencontrées dans beaucoup de contextes de soins, il apparaît fondamental que l'infirmier comprenne les enjeux de cette pathologie. Il doit également s'intéresser à ce que vit la personne afin de créer un partenariat.

**Le concept d'environnement.** Le concept fait référence aux proches et à l'environnement physiques des êtres humains (Fawcett, 1984, 2005). Il fait également référence aux environnements dans lesquels les soins infirmiers se produisent qui peuvent aller des maisons privées aux établissements de soins en passant par la société dans son ensemble. Toutes les conditions culturelles, sociales, politiques et économiques que ce soit local, régional, national ou mondial font également partie de ce concept. (Fawcett, 2005)

L'environnement social d'une personne influe sur son état de santé. La consommation d'alcool a des impacts directs sur le réseau social. En effet, la famille peut souffrir de la situation (Addiction-infos, 2010). Au contraire, il est possible que des répétitions de dépendance à l'alcool se produisent à travers les générations. La personne alcoolique peut trouver dans les bars un refuge à ses problèmes ainsi que des amitiés qui peuvent devenir néfastes à long terme et pousser à la consommation. Très souvent ces personnes sont en rupture avec leur famille. Elles peuvent alors se sentir très isolées (Addiction-infos, 2010).

Après avoir lié la problématique de l'alcoolisme avec le métaparadigme infirmier, les auteures ont relié l'alcoolisme aux savoirs infirmiers.

### **Les savoirs infirmiers**

Les modes de savoirs infirmiers (patterns of knowing) sont les savoirs avec lesquels les infirmières sont amenées à travailler et à étudier (Carper, 1978).

Carper (1978) en a défini quatre : le savoir empirique, esthétique, éthique et personnel. Par la suite, d'autres savoirs ont été apportés par plusieurs auteurs : le savoir émancipatoire (Chinn & Kramer, 2008, 2015), le savoir sociopolitique (White, 1995) et le savoir de l'inconnaissance (Munhall, 1993).

Ces savoirs sont essentiels à la discipline. Ils permettent de la guider. Les auteures vont démontrer comment leur question de départ s'inscrit dans ces différents modes de savoir.

**Le savoir empirique.** Il est basé sur l'hypothèse que ce qui est connu est accessible au travers de nos sens tel que la vue, le toucher et l'ouïe (Chinn & Kramer, 2015). Il fait référence aux connaissances liées à la recherche, aux connaissances scientifiques ainsi qu'aux théories. Il permet de décrire, expliquer et prédire des phénomènes liés à la discipline infirmière (Carper, 1978). L'infirmier se pose les questions suivantes : « Comment est-ce que cela fonctionne ? » et « Qu'est-ce que c'est ? » (Chinn & Kramer, 2008, 2015).

La thématique se porte sur la dépendance à l'alcool. Il est nécessaire de faire des recherches sur ce sujet afin de mieux le comprendre. Le thème de l'alcoolisme sera également exploré à l'aide d'articles scientifiques. En partant du savoir empirique sur ce sujet, l'infirmier utilise les données probantes afin de fournir les interventions de soins les plus pertinentes.

**Le savoir esthétique.** Il implique une appréciation du sens d'une situation et fait appel à des ressources intérieures qui transforment

l'expérience en ce qui n'est pas encore réel, manifestant ainsi quelque chose qui ne sera pas possible autrement (Chinn & Kramer, 2015). Ce savoir permet d'aller au-delà de la surface afin de ressentir le sens du moment et de se connecter avec des expériences humaines uniques pour chaque personne (Chinn & Kramer, 2015). Dans la pratique, ce savoir s'exprime par les actions, la conduite, le comportement ainsi que les attitudes que peut avoir l'infirmière face à l'autre (Chinn & Kramer, 2015). Il peut également s'exprimer dans des formes d'art comme la poésie, les dessins, la musique ou encore l'histoire des expériences des infirmiers (Chinn & Kramer, 2015). Ce savoir englobe également le lien de confiance qui peut se créer avec le patient ou son entourage, mais aussi la capacité d'empathie de l'infirmière. Le savoir esthétique fait également référence à l'anticipation. L'infirmier se pose les questions suivantes : « Qu'est-ce que ceci signifie ? » et « En quoi cela est significatif » (Chinn & Kramer, 2008, 2015).

Ce travail s'inscrit dans le savoir esthétique en essayant de comprendre le point de vue de la personne alcoolique afin d'être dans une relation de non-jugement. La relation avec la personne pourra alors être pleinement vécue. Ce savoir permet de prendre conscience que chaque personne est unique et que les soignants devront donc adapter leur attitude avec la personne tout en la respectant et en faisant preuve d'empathie. L'anticipation est au cœur de la problématique de l'alcool, elle permet de diminuer les complications et les risques liés à la consommation.

**Le savoir éthique.** Ce savoir se concentre sur des questions d'obligations, c'est-à-dire ce qui est nécessaire de faire (Chinn & Kramer, 2015). La composante éthique guide et oriente la manière dont les infirmiers se comportent moralement dans leur pratique. Elle amène à définir ce qui est important pour les infirmiers ainsi que leur loyauté (Chinn & Kramer, 2015). Il faut que les soignants aient une capacité de jugement entre ce qui doit être fait, ce qui est juste et bon pour la personne et qu'ils en soient responsable (Carper, 1978). L'infirmier peut se poser les questions suivantes : « Est-ce que cela est juste ? » et « Est-ce que cela est responsable ? » (Chinn & Kramer, 2008, 2015).

Ce travail s'inscrit dans le savoir éthique au travers de plusieurs points. Il arrive que les patients alcooliques n'aient pas leur capacité de discernement lorsqu'ils sont alcoolisés. Dans le cadre de l'expérience professionnelle des auteures, des dilemmes éthiques pour les soignants peuvent souvent survenir. Il arrive également que ces personnes deviennent agressives verbalement ou physiquement, c'est pourquoi la question des mesures de contraintes peut se poser. Cette question se pose également si le patient présente des symptômes physiques et psychiques de manque comme, par exemple, des hallucinations violentes. Au sein des institutions, une question éthique concernant l'alcool se pose également. Est-ce que la personne peut continuer à boire ou faut-il l'en empêcher ? Il est d'autant plus difficile de répondre à ce dilemme chez les patients à domicile, car les soignants interviennent dans l'environnement de la

personne soignée. Ceux-ci peuvent cependant se mettre en danger. Il est souvent difficile de trouver la limite entre la bienfaisance et l'autonomie.

**Le savoir personnel.** Il concerne l'expérience intérieure de devenir un Soi entier, ouvert et authentique. Elle englobe la connaissance de son propre Soi ainsi que du Soi non objectivé par rapport aux autres (Chinn & Kramer, 2015). Il s'agit de la conscience de l'impact que nous pouvons avoir sur les autres et que les autres peuvent avoir sur nous-mêmes. Le savoir personnel inclut de se connaître soi-même et également de se connaître soi en relation avec les autres (Carper, 1978). L'infirmier peut se poser les questions suivantes : « Est-ce que je fais ce que je sais ? » et « Est-ce que je sais ce que je fais ? » (Chinn & Kramer, 2008, 2015).

Il est essentiel de construire une relation soignant soigné de confiance et de prendre conscience de ces émotions personnelles. Il est important de se rendre compte des représentations que l'on a sur l'alcool afin d'entrer dans une posture de non-jugement. Il est essentiel de poser ses limites et de savoir passer la main à sa collègue dans des situations pouvant renvoyer à l'infirmière sa propre histoire. Connaître sa propre façon de communiquer est primordial afin d'adapter celle-ci à son interlocuteur.

Afin de préciser le sujet de ce travail, une revue exploratoire de littérature a été faite et des recherches ont été réalisées. Les pages qui suivent développent les éléments essentiels de cette investigation.

## **Revue exploratoire de littérature**

Afin de réaliser la revue exploratoire de littérature, il a été décidé de réaliser les recherches à l'aide du système d'entonnoir, c'est-à-dire, du concept le plus large au concept le plus ciblé. Les premières recherches ont débuté par la personne âgée, puis le trouble de l'usage de l'alcool. Ensuite, des recherches ont été menées sur le sevrage à l'alcool. Par la suite, c'est le delirium tremens qui a été considéré. Pour terminer, les concepts principaux et les perspectives potentielles pour la pratique infirmière ont également été mis en évidence.

### **La personne âgée**

Il existe trois catégories d'âges de la vie d'adulte (Boyd & Bee, 2017). La période de vie du jeune adulte qui se situe entre vingt et quarante ans, l'adulte moyen entre quarante et soixante-cinq ans et l'adulte avancé en âge pour les plus de soixante-cinq ans (Boyd & Bee, 2017).

Toutefois, l'espérance de vie ne cessant d'augmenter, les gérontologues ont coutume de séparer les personnes âgées en trois sous-groupes. Ainsi est déterminé : le troisième âge correspondant aux personnes entre soixante-cinq ans et septante-cinq ans, le quatrième âge regroupant les personnes de septante-cinq à quatre-vingt-cinq ans et le cinquième âge correspondant aux plus de quatre-vingt-cinq ans (Boyd & Bee, 2017).

Pour donner suite à la définition de la personne âgée, les étudiantes vont poursuivre avec l'écriture de leur recherche sur le trouble d'usage de l'alcool.

## **Trouble de l'usage de l'alcool**

En Suisse, l'alcool à une place importante dans la culture. Cependant, les classifications pharmacologiques font apparaître l'alcool parmi les substances psychoactives les plus dangereuses en ce qui concerne les répercussions physiques, sociales ou encore en termes de dépendance (Lieberherr, 2019). On considère qu'il existe un risque moyen à élevé pour la santé à partir d'une consommation quotidienne de vingt grammes (= deux verres standards) d'alcool chez les femmes et de quarante grammes (= quatre verres standards) chez les hommes (Lieberherr, 2019).

Afin de diagnostiquer ces troubles, des critères diagnostiques ont été définis. Ceux-ci sont énumérés ci-dessous.

**Critères diagnostiques.** Il existe un trouble nommé "Trouble de l'usage de l'alcool" (Boyer et al., 2015). Les critères diagnostiques sont les suivants :

- A. Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :
  1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
  2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool
  3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser l'alcool ou à récupérer ces effets
  4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool

5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'usage d'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a. Besoin de quantité notablement plus forte d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. Syndrome de sevrages caractéristiques de l'alcool
  - b. L'alcool (ou une substance proche telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. (Boyer et al., 2015, p.582)

Il est également possible d'évaluer la sévérité actuelle du trouble :

- Léger : Présence de 2-3 symptômes
- Moyen : Présence de 4-5 symptômes
- Grave : Présence de 6 symptômes ou plus (Boyer et al., 2015 p.582).

La gravité du trouble repose sur le nombre de critères présents, mais également sur la dose d'alcool consommé rapporté par le sujet ou ses proches, ou encore par les observations du clinicien et les examens biologiques. En effet, lorsque la personne aura une consommation excessive d'alcool, il y aura une élévation importante des marqueurs diagnostiques de ce trouble (Boyer et al., 2015).

Après avoir explicité les critères diagnostiques, il semble important de connaître les facteurs de risque de l'alcoolisme. Le chapitre ci-dessous, traite de ces facteurs.

**Facteurs de risques.** Il est possible de classer les facteurs de risque en trois catégories : environnementaux, génétiques et physiologiques (Boyer et al., 2015).

Les facteurs de risques environnementaux concernent les attitudes culturelles, la disponibilité de l'alcool, son prix ainsi que les expériences personnelles que la personne a pu avoir avec l'alcool ou encore le niveau de stress (Boyer et al., 2015). De plus, le trouble de l'usage de l'alcool a souvent un lien avec la famille et les influences génétiques (Boyer et al., 2015).

Dans le paragraphe qui suit, les auteures ont décidé de démontrer la prévalence de la consommation d'alcool au niveau international à travers des statistiques.

**Statistiques internationales.** Selon un rapport publié en 2018, par l'Organisation mondiale de la Santé, il y a eu, en 2016, plus de trois millions de morts liées à l'alcool, ce qui représente un décès sur vingt (OMS, 2018). Les hommes sont plus touchés, car les trois quarts de ces décès les concernaient (OMS, 2018). Selon le même rapport (OMS, 2018), le 5% de la charge de morbidité est entraîné par l'alcool. Parmi ces décès, 28% étaient consécutifs à

des traumatismes dus à des accidents de la circulation, 21% causés par des pathologies digestives et 19% dus à des maladies cardio-vasculaires (OMS, 2018). Les décès restants étaient dus à des maladies infectieuses, à des troubles mentaux, à des cancers ou à d'autres affections (OMS,2018).

Au niveau mondial, deux cent trente-sept millions d'hommes et quarante-six millions de femmes souffrent de troubles liés à une consommation d'alcool, selon l'estimation de l'article (OMS, 2018). Les prévalences les plus élevées se trouvent en région européenne et dans les régions des Amériques. On peut également dire que la consommation d'alcool est plus courante dans les pays à revenu élevé (OMS, 2018).

Suite aux statistiques nationales, les étudiantes vont se pencher sur la consommation d'alcool, en Suisse, au travers des statistiques nationales.

**Statistiques nationales.** En 2017, l'Office fédéral de la Santé a mené une enquête sur la consommation d'alcool (Lieberherr, 2019). D'après leurs sondages, quatre personnes sur cinq boivent de l'alcool, en Suisse (Lieberherr, 2019). Selon l'enquête, 30% des jeunes hommes s'enivrent au moins une fois par mois. Quotidiennement, 41% des hommes de plus de 75 ans consomment de l'alcool (Lieberherr, 2019).

Par ailleurs, en Suisse, en 2011, il a été estimé que mille-six-cents personnes de quinze à septante-quatre ans sont décédées suite à leur

consommation d'alcool, parmi ces personnes il y avait mille cent quatre-vingts hommes et quatre cent dix-neuf femmes (Lieberherr, 2019).

Selon les chiffres de 2017, 82% de la population consomme de l'alcool contre 18% d'abstinents. Les hommes s'alcoolisent en plus grandes proportions que les femmes (87% contre 77%). Il s'avère aussi que 58% de la population suisse consomme de l'alcool, au moins une fois par semaine, ce qui représente plus de la moitié de la population. Parmi ces 58%, une personne sur dix consomme de l'alcool quotidiennement (Lieberherr, 2019).

En outre, il est intéressant de relever que la consommation quotidienne augmente fortement avec l'âge et que l'on peut observer un saut net à la retraite. (Lieberherr, 2019)

Afin d'illustrer au mieux le phénomène, le tableau ci-dessous démontre qu'un homme sur trois de plus de soixante-cinq ans boit de l'alcool, tous les jours. Chez les plus de septante-cinq ans, deux hommes sur cinq consomment de l'alcool quotidiennement. Chez les femmes de la même classe d'âge, les proportions réduisent de moitié.

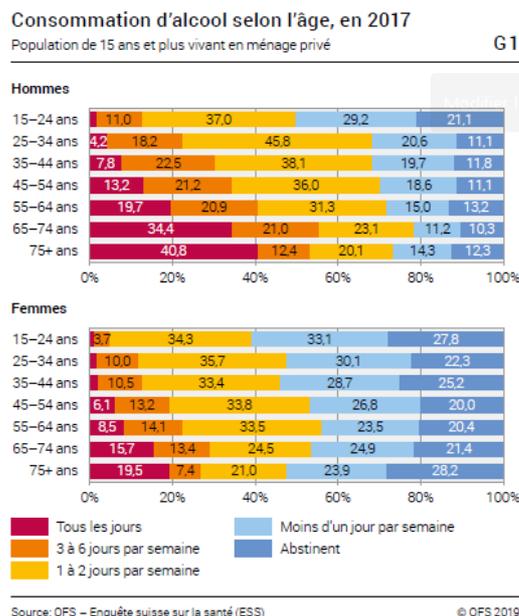


Figure 1 : Consommation d'alcool selon l'âge en 2017

Dans le tableau ci-dessous, il est constaté une nette diminution de la consommation quotidienne en Suisse depuis 1992. Pourtant, la consommation hebdomadaire a quant à elle augmenté (Lieberherr, 2019).

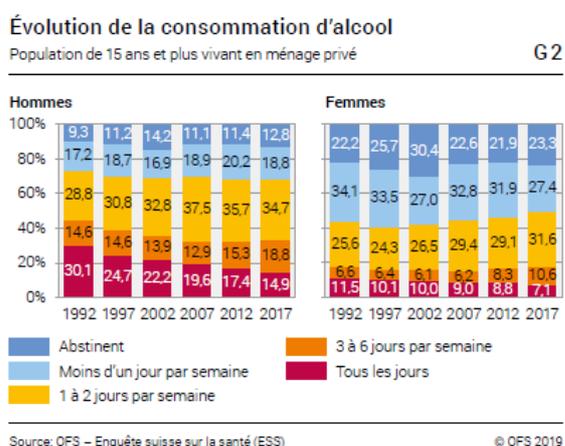
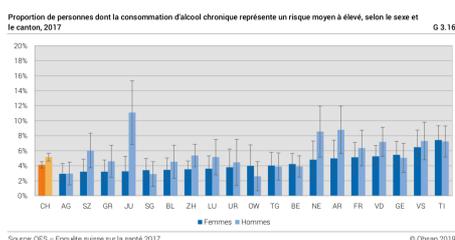


Figure 2 : Évolution de la consommation d'alcool

Afin de clore les statistiques, les auteures ont choisi de démontrer les statistiques cantonales dans le paragraphe suivant.

**Statistiques cantonales.** Selon une étude de l'Office fédéral de la santé, le canton du Jura était en 2017, le canton avec le pourcentage le plus élevé d'hommes dont la consommation chronique représente un risque moyen à élevé (Pahud & Zufferey, 2019a). Comme l'indique le tableau ci-dessous, 11,1% d'hommes et 3,3% des femmes avaient une consommation chronique d'alcool en 2017 (Pahud & Zufferey, 2019b).



*Figure 3 : Proportion de personnes dont la consommation d'alcool chronique représente un risque moyen à élevé, selon le sexe et le canton, 2017*

Il paraît également intéressant de considérer le tableau ci-dessous qui démontre que sur cinq-cents personnes, cent-quatorze sont des personnes de soixante-cinq ans et plus et que cent-quarante-cinq personnes sont des personnes entre cinquante et soixante-quatre ans. Les deux constatations sont donc que les personnes ayant une consommation d'alcool à risque dans le

canton du Jura sont des hommes et que ceux-ci ont plus de cinquante ans. Les jeunes sont donc moins touchés. (Pahud & Zufferey, 2019b)

Proportion de personnes dont la consommation d'alcool chronique représente un risque moyen à élevé, 2017 T 3.15

	JU			CH			
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	
Total	7,2	4,8 - 9,6	500	4,6	4,3 - 5,0	21 303	
Sexe	Femmes	3,3	1,2 - 5,3	264	4,1	3,7 - 4,5	11 209
	Hommes	11,1	6,9 - 15,3	236	5,2	4,6 - 5,7	10 094
Classes d'âge	15-34 ans	6,6	2,6 - 10,7	129	4,8	4,1 - 5,4	5 455
	35-49 ans	4,3	0,6 - 8,1	112	3,3	2,7 - 3,8	5 275
	50-64 ans	8,9	3,5 - 14,3	145	4,5	3,9 - 5,2	5 683
	65 ans et plus	8,7	3,3 - 14,1	114	6,3	5,5 - 7,0	4 890
Formation	Scolarité obligatoire	4,5	0,4 - 8,5	127	4,4	3,7 - 5,1	4 091
	Degré secondaire II	8,9	5,2 - 12,5	263	5,0	4,5 - 5,5	10 350
	Degré tertiaire	6,4	2,0 - 10,8	110	4,3	3,7 - 4,9	6 803
Statut migratoire	Non issue de la migration	8,4	5,6 - 11,3	401	5,1	4,7 - 5,6	13 958
	Issue de la migration	3,0	0,0 - 6,8	96	3,9	3,3 - 4,4	7 197
Degré d'urbanisation	Urbain	5,7	1,9 - 9,6	157	4,6	4,2 - 5,0	12 498
	Intermédiaire/Rural	7,9	4,9 - 10,9	343	4,7	4,2 - 5,2	8 805
Type de ménage	Ménages d'une personne	8,3	2,1 - 14,4	78	5,7	4,8 - 6,6	3 572
	Couples sans enfants	9,7	4,7 - 14,6	171	5,0	4,4 - 5,6	6 960
	Couples avec enfant(s)	5,9	2,7 - 9,0	205	3,4	3,0 - 3,9	8 730
	Famille monoparentale	2,1	0,0 - 6,3	34	5,8	4,4 - 7,3	1 357

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2017 © Obsan 2019

*Figure 4 : Proportion de personnes dont la consommation d'alcool chronique représente un risque moyen à élevé, 2017.*

Dès lors, les statistiques ont été explorées au niveau mondial, fédéral et cantonal. Dans la suite de ce chapitre, les étudiantes se sont donc intéressées aux marqueurs diagnostiques d'un trouble de l'usage de l'alcool.

**Marqueurs diagnostiques.** L'examen le plus direct afin de mesurer la consommation ponctuelle d'alcool est la concentration d'alcool dans le sang. Ce chiffre peut également être utilisé pour juger la tolérance à l'alcool, qui peut donner une indication sur la consommation. Certains marqueurs sanguins peuvent donner des informations utiles sur la consommation d'alcool comme l'élévation des taux de gamma-glutamyl-transférase (GGT) >35

unités (Boyer et al., 2015). Selon le DSM5, 70% des sujets ayant un niveau élevé de gamma-glutamyl-transférase sont des consommateurs réguliers (au moins huit verres par jour). Le dosage de la transferrine désialylée peut être utile pour déceler une consommation à risque. Ces deux taux reviennent à la normale dans les jours, voire les semaines qui suivent l'arrêt de la consommation (Boyer et al., 2015).

Pour terminer, il convient d'indiquer que le volume globulaire moyen (VGM) est également un examen réalisé. Il met en lumière la macrocytose qui est suggestive d'une consommation d'alcool lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'anémie (Lejoyeux, 2017).

Pour mieux comprendre l'addiction à l'alcool, les auteures vont expliciter dans les grandes lignes le circuit de la récompense. Cette thématique sera développée plus en détail dans le chapitre trois « Concepts et champ disciplinaire infirmier ».

**Addiction-circuit de la récompense.** En tant qu'individu nous avons des comportements dits "saillants". Ceux-ci sont indispensables pour la survie de l'espèce, il peut s'agir de boire, manger, respirer. Les substances psychoactives miment ces comportements saillants et donnent l'impression au cerveau qu'il faut prendre la substance au lieu d'adopter les autres comportements saillants. Par conséquent, un individu pourrait se laisser mourir s'il n'a pas sa dose de substance (Reynaud, Karila, Aubin, & Benyamina, 2016).

La théorie neurobiologique met en avant le rôle central de la dopamine dans l'émergence d'un comportement addictif (Lejoyeux, 2017). Une augmentation du taux de dopamine au niveau du noyau accumbens a été observée chez les rats à qui l'on a donné de la morphine, de la cocaïne, de l'alcool ou de la nicotine (Lejoyeux, 2017).

La dépendance active les systèmes de récompense du cerveau via un système neuronal complexe. Les parties du cerveau qui entrent en jeu dans ce processus sont le noyau accumbens, le pallium dans le striatum ventral, l'air tegmentale ventrale, le cortex préfrontal, l'hippocampe et l'amygdale (Lejoyeux, 2017). De plus, comme indiqué brièvement ci-dessus plusieurs neurotransmetteurs et neuromodulateurs ont un rôle clé dans la bonne compréhension du processus d'addiction.

Le prochain paragraphe donne un avant-goût des principales complications d'une consommation problématique d'alcool. Les complications seront approfondies, par la suite, dans le chapitre trois.

**Principales complications.** Les prises répétées de dose élevée d'alcool peuvent affecter presque tous les organes (Boyer et al., 2015). Le tractus gastro-intestinal, le système cardio-vasculaire et le système nerveux central et périphérique sont les plus touchés (Boyer et al., 2015).

Les effets gastro-intestinaux les plus courants sont les gastrites et les ulcères gastriques ou duodénaux (Boyer et al., 2015). Il est stipulé que chez

15% des sujets qui consomment de l'alcool massivement, une cirrhose du foie et/ou une pancréatite apparaissent (Boyer et al., 2015). L'hépatite alcoolique est une complication qui est due à un processus inflammatoire et nécrotique du foie (Lejoyeux, 2017).

Au niveau psychologique, une consommation excessive d'alcool peut contribuer au risque suicidaire, car la personne ne se trouvera plus "dans son état habituel" (Boyer et al., 2015). De plus, de nombreux viols, délits et homicides volontaires ou non, sont liés à la consommation d'alcool (Lejoyeux, 2017).

Les performances dans la vie professionnelle peuvent également être impactées par la consommation d'alcool. La personne peut consommer de l'alcool dans des situations physiquement dangereuses telles que la conduite automobile ou l'utilisation d'appareils électroménagers par exemple (Boyer et al., 2015). L'alcool provoque un grand nombre d'accidents. Il peut s'agir d'accidents de la route, d'accidents de travail ou d'accidents domestiques (Lejoyeux, 2017).

L'alcool est responsable de violences familiales et conjugales aboutissant à bien des souffrances (Lejoyeux, 2017).

Le syndrome de sevrage est une complication liée à l'arrêt brutal de la consommation d'alcool (Lejoyeux, 2017). Le paragraphe qui suit va l'expliquer plus en détail.

## **Le sevrage à l'alcool**

Le sevrage à l'alcool correspond à l'arrêt ou réduction d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé. (Boyer et al., 2015)

Étant donné que le sevrage de l'alcool peut être désagréable et intense, les sujets se retrouvent souvent à continuer de consommer de l'alcool afin de ne pas ressentir les symptômes de sevrage. Certains symptômes de sevrages, comme les problèmes de sommeil, persistent durant des mois et contribuent à la rechute (Boyer et al., 2015).

Il existe certains critères qui permettent de diagnostiquer le sevrage à l'alcool. Ces critères sont énumérés ci-dessous.

**Critères diagnostiques.** Les critères diagnostiques du sevrage à l'alcool sont selon le DSM5 (Boyer et al., 2015)

A. Arrêt (ou réduction) d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé

B. Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage d'alcool décrit dans le critère A :

1. Hyperactivité neurovégétative (transpiration ou tachycardie)
2. Augmentation du tremblement des mains
3. Insomnie
4. Nausées et vomissements
5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives
6. Agitation psychomotrice
7. Anxiété
8. Crises convulsives généralisées tonico-cloniques

C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

D. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance

Spécifier si :

Avec perturbation des perceptions: Cette spécification s'applique dans le rare cas où le sujet présente des hallucinations (habituellement visuelles ou tactiles) sans altération de l'appréciation de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles en l'absence d'un état confusionnel (delirium) (Boyer et al., 2015)

Après avoir explicité les critères diagnostiques, il semble important de connaître les signes cliniques et symptômes du sevrage à l'alcool. Le chapitre ci-dessous, traite de ces derniers.

**Les signes cliniques et symptômes.** Les signes cliniques du sevrage à l'alcool peuvent être : des nausées, des vomissements, une gastrite, une hématurie, une sécheresse buccale, une érythrose, une couperose faciale ainsi que des œdèmes périphériques (Boyer et al., 2015).

À noter que les symptômes de sevrage causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou encore professionnel (Boyer et al., 2015).

En outre, le syndrome de sevrage à l'alcool est caractérisé par des symptômes se manifestant environ quatre à douze heures après la réduction

de consommation dans un contexte de prise d'alcool prolongée et massive (Boyer et al., 2015).

Par ailleurs, les symptômes peuvent être soulagés par l'administration d'alcool ou de benzodiazépines. Ceux-ci sont en général à leur apogée au cours du deuxième jour d'abstinence. Ils diminuent en général vers le quatrième ou cinquième jour (Boyer et al., 2015).

La prévalence de ce syndrome semble importante afin d'avoir une idée du nombre de personnes touchées par ce trouble. C'est pourquoi les auteures ont décidé de démontrer la prévalence du sevrage à l'alcool dans le paragraphe suivant.

**Prévalence.** Selon le DSM5, 50% des individus de classe moyenne ayant un trouble de l'usage de l'alcool ont déjà fait un syndrome de sevrage d'alcool (Boyer et al., 2015). Chez les personnes hospitalisées ou encore les sans-abri, le taux de sevrage de l'alcool peut être supérieur à 80% (Boyer et al., 2015).

Moins de 10% des sujets développent des symptômes spectaculaires de delirium tremens. Chez 3% des personnes, des crises convulsives de types grand-mal se produisent (Boyer et al., 2015).

Le sevrage de l'alcool aigu est relativement rare chez le sujet de moins de trente ans et le risque de sévérité augmente avec l'âge (Boyer et al., 2015).

Suite aux considérations ci-dessus, il a été nécessaire de définir brièvement l'état confusionnel-delirium qui peut être retrouvé lors du sevrage alcoolique. Ce concept sera approfondi dans le chapitre trois de ce travail.

### **L'état confusionnel dû au sevrage d'une substance.**

**Critères diagnostiques de l'état confusionnel.** Selon le DSM5, il existe plusieurs types d'états confusionnels liés à diverses causes. Celui qui paraît le plus intéressant quant au thème de ce travail est l'état confusionnel (delirium) dû au sevrage de l'alcool. Pour que ce diagnostic soit retenu, il faut que les critères A et C, explicités ci-dessous, soient prédominants dans la présentation clinique et doivent être suffisamment graves pour justifier à eux seuls une prise en charge clinique (Boyer et al., 2015).

Selon le DSM5, les critères diagnostiques de l'état confusionnel sont les suivants (Boyer et al., 2015) :

- A. Une perturbation de l'attention (c'est-à-dire de la capacité de diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention) et de la conscience (diminution de l'orientation dans l'environnement)
- B. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures à quelques jours), représente un changement par rapport à l'attention et à la conscience préalable, et tend à fluctuer en sévérité tout au long de la journée
- C. Une autre perturbation cognitive (un déficit de la mémoire, de l'orientation, du langage, des habiletés visuo-spaciales ou des perceptions).
- D. Les perturbations des critères A et C ne sont pas mieux expliquées par un trouble neurocognitif préexistant, stabilisé ou en évolution et ne doivent pas survenir dans le contexte d'un niveau de vigilance très réduit, comme dans un coma.

Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance (drogue ou médicament) ou d'une exposition à un produit toxique, ou est due à de multiples causes (Boyer et al., 2015).

Le délire de sevrage alcoolique est plus communément appelé delirium tremens (DT) (Abdul & Manju, 2020). La définition de ce terme est exposée dans le paragraphe suivant.

**Définition.** C'est en 1813 que le délirium trémens a été reconnu pour la première fois comme un trouble attribué à la prise excessive d'alcool. Le DT a une mortalité anticipée pouvant aller jusqu'à 37% sans traitement approprié. Il est donc très important d'identifier les premiers signes de sevrage, car il peut devenir fatal (Abdul & Manju, 2020).

À la suite de la définition ci-dessus, les facteurs de risque du delirium tremens vont être développés.

**Facteurs de risque.** Le risque de développer un DT est accentué par les différents facteurs suivants : antécédents de DT, antécédents de convulsions, présence d'une maladie concomitante avec des comorbidités associées, antécédents de désintoxication, période prolongée avant le dernier verre (Abdul & Manju, 2020).

Après avoir mis en évidence les facteurs de risque du DT, les auteures vont, dans la continuité du travail, vous présenter les signes cliniques et symptômes principaux.

**Signes cliniques et symptômes.** L'anxiété, l'insomnie, les palpitations, les céphalées et les troubles gastro-intestinaux sont les premiers signes de sevrage mineur. Ils surviennent, en principe, six heures après l'arrêt de consommation d'alcool (Abdul & Manju, 2020). Les symptômes de sevrage mineur peuvent se développer vers une hallucinose alcoolique après douze heures. Ces hallucinations, pouvant être d'ordre auditif, visuel et même tactile, cessent, généralement, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures (Abdul & Manju, 2020).

La crise de sevrage alcoolique aussi appelée delirium tremens se manifeste par des hallucinations, une confusion profonde, une tachycardie, une hypertension, une hyperthermie, une agitation et une diaphorèse (Abdul & Manju, 2020).

À la suite des nombreuses recherches des étudiantes, des concepts ont émergé et apparaissent dans le paragraphe suivant.

### **Mise en évidence des concepts**

A la suite de l'écriture de la revue de littérature, les auteures ont remarqué que la consommation excessive d'alcool est un problème international. Celui-ci est responsable de polymorbidité. Selon les statistiques nationales, il a été

remarqué que la consommation quotidienne d'alcool touchait particulièrement les personnes âgées, et plus particulièrement les hommes (Lieberherr, 2019). Étant donné que la thématique du travail de Bachelor se porte sur la personne âgée souffrant d'addiction, ces recherches ont conforté les auteures dans le choix de leur thématique. Ainsi, le premier concept de ce travail est donc la personne âgée.

Les auteures ont ensuite pu remarquer les nombreuses complications reliées à l'alcool, notamment le syndrome de sevrage à l'alcool. Après avoir réalisé des recherches sur celui-ci et compris ces enjeux, le deuxième concept est apparu comme une évidence, il s'agit du delirium tremens.

Le troisième concept important pour les auteures est : les interventions infirmières probantes en lien avec le delirium tremens. Ce dernier concept n'a pas encore été évoqué dans le travail. Cependant, étant donné qu'il compose la question de recherche, il fera l'objet de nombreuses recherches dans la suite de ce travail afin de pouvoir répondre à cette dernière. Pour mieux appréhender ce concept, par la suite, voici une définition de l'intervention infirmière : les interventions infirmières se définissent comme les actions et les décisions professionnelles de l'infirmière et de ce qui concerne le patient comme un objet de soin infirmier plutôt qu'un participant aux soins infirmiers (Fawcett, 2005). Ces décisions influent le patient et/ou l'environnement pour amener un changement (Fawcett, 2005).

Maintenant que les principaux concepts sont définis, les auteures vont explorer les perspectives potentielles pour la pratique infirmière.

### **Perspectives potentielles pour la pratique infirmière**

La réalisation de la problématique a permis aux auteures d'élargir leurs connaissances concernant le trouble de l'usage de l'alcool et le delirium. Il a été lu dans le DSM5 que « Le sevrage à l'alcool imprévu chez des sujets hospitalisés pour lesquels le diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool a été négligé peut augmenter les risques et les coûts de l'hospitalisation ainsi que la durée du séjour hospitalisé » (Boyer et al., 2015).

Il est important que le diagnostic de trouble lié à l'usage d'alcool soit posé par le médecin. Parfois, les observations et transmissions des infirmières peuvent les amener à investiguer autour de ce trouble. Pour cela, il est primordial que les infirmières connaissent les signes cliniques pouvant démontrer une consommation accrue d'alcool. La pose de ce diagnostic pourra amener à une surveillance plus ciblée du sevrage de l'alcool et donc à la mise en place d'interventions infirmières afin d'éviter les delirium tremens.

L'addiction à l'alcool est un problème de santé publique qui peut être rencontré dans de nombreuses situations de soins. L'infirmière doit avoir une connaissance des risques de cette consommation et doit les prévenir au mieux. L'infirmière a un rôle central autour du patient et des autres professionnels.

Dans la suite de ce travail, les concepts cités au-dessus sont davantage approfondis au travers de nouvelles recherches.

**Chapitre 3 : Concepts et champ disciplinaire  
infirmier**

Au début de ce chapitre, les auteures reviennent sur certains sujets abordés dans la revue de littérature afin de les expliciter davantage. Ensuite, les auteures approfondissent leurs concepts au travers de nouvelles connaissances pour permettre une meilleure compréhension de la question de recherche. Suite à la revue de littérature, les concepts qui ont été retenus sont : la personne âgée, le delirium tremens et les interventions infirmières. Et pour terminer ce chapitre, une théorie de soin est choisie. Les étudiantes ont choisi le modèle d'adaptation selon Callista Roy qui est présenté et commenté dans cette dernière partie du chapitre. La théorie choisie est mise en lien avec le thème de la question de recherche.

### **Approfondissements**

Les auteures ont choisi de commencer par approfondir la physiopathologie de l'addiction, car celle-ci est très complexe et n'a pas pu être développée entièrement dans la revue de littérature. Les informations complémentaires figurent ci-dessous.

#### **Physiopathologie de l'addiction**

Les phénomènes de dépendance sont liés à un dérèglement du circuit de la récompense. Ce dernier est expliqué dans la suite de ce paragraphe.

L'aire tegmentale ventrale est avisée en continu des satisfactions des besoins fondamentaux. Cette aire contient les neurones à dopamine. Lors d'une consommation de substance psychoactive comme l'alcool, elle va être

stimulée ce qui entraînera une augmentation de libération de dopamine dans le noyau accumbens et le cortex préfrontal (Fédération pour la recherche sur le cerveau, 2012). Le noyau accumbens a le rôle de transmettre cette information à l'amygdale, la région du cerveau responsable de la valeur émotionnelle d'un événement, à l'hippocampe qui est responsable de la mémorisation des souvenirs en lien avec l'expérience et à l'insula, la zone de recherche du plaisir (Fédération pour la recherche sur le cerveau, 2012). Le cortex préfrontal est impliqué dans le jugement, la motivation, la prise de décision, la planification et l'adoption de comportements appropriés à chaque situation.

Chez la personne dépendante, le cortex est incapable d'empêcher la recherche de la substance psychoactive (Fédération pour la recherche sur le cerveau, 2012). Ce phénomène s'explique par le fait que les neurones à dopamine apprennent à reconnaître les signaux annonciateurs de la récompense c'est-à-dire la prise de substance. Dans le cas d'une addiction à l'alcool, il y a une entrée sensorielle, il s'agit de la pensée se rapportant à la boisson alcoolisée. Cette entrée va du thalamus au cortex. La sérotonine et la noradrénaline permettent de moduler cette pensée du thalamus au cortex. Cette information est renvoyée vers des structures sous-corticales. La dopamine décide des structures à activer et stimule le circuit de la récompense. Les modulateurs sont très importants. La noradrénaline stimule le désir tandis que la sérotonine protège le système nerveux central vis-à-vis

de ce désir. L'activation de l'un active l'autre afin de contrôler les pulsions. Ce mécanisme est appelé couplage. Lorsque la personne boit de l'alcool de manière répétée, ses modulateurs activés trop fortement finissent par se découpler. Le système stéréotronique de la personne n'est plus capable d'empêcher les pulsions. La seule façon d'empêcher celle-ci est de reprendre de l'alcool afin de recoupler les systèmes (Reynaud et al., 2016).

Dans la dépendance à l'alcool, le glutamate est également impliqué. Sa sécrétion entraîne une excitation des neurones. Lors de la consommation d'alcool, les effets excitant du glutamate sont entravés, le sujet ressent alors une sensation d'apaisement. Cependant, la consommation d'alcool chronique entraîne une production accrue de glutamate. Le neurotransmetteur GABA sert à calmer naturellement la production de glutamate. Lorsqu'on consomme de l'alcool, il agit de manière identique au neurotransmetteur GABA et inhibe le glutamate (Reynaud et al., 2016). L'arrêt brutal de l'alcool entraîne une diminution des actions inhibitrices du neurotransmetteur GABA, entraînant une hyperactivité du système nerveux central. Ce phénomène peut expliquer la survenue des symptômes lors d'un syndrome de sevrage (Abdul & Manju, 2020). Après une dizaine de jours de sevrage, la personne n'aura pas plus de symptômes physiques. Le GABA aura repris ses fonctions et pourra calmer la production de glutamate (Reynaud et al., 2016).

Suite, aux explications de la physiopathologie de l'addiction à l'alcool, les auteures trouvent intéressant de citer d'autres complications liées à cette consommation chronique d'alcool.

### **Complications liées aux troubles de l'usage de l'alcool**

**Les complications digestives.** La cirrhose hépatique est le stade final d'un processus de fibrose chronique du foie (Casler & Chaney, 2020). Cette fibrose suit une exposition prolongée des hépatocytes à une grande variété d'agressions comme l'alcool ou encore le virus de l'hépatite qui induisent une inflammation chronique. Cette inflammation produit principalement une destruction des cellules du foie (Casler & Chaney, 2020). Il y a tout d'abord la formation d'une stéatose hépatique, c'est-à-dire l'accumulation de graisse dans les hépatocytes. Ensuite, cela évolue en une fibrose hépatique qui va terminer par se transformer en cirrhose hépatique (Von Moos & Müllhaupt, 2015). La cirrhose est de loin la complication la plus fréquente et la plus redoutable, car elle sous-tend une insuffisance hépatique dont les complications sont potentiellement mortelles (Casler & Chaney, 2020). La cirrhose peut donner lieu à une hypertension portale qui correspond à l'élévation anormale de la pression dans le système porte (Angeli et al., 2018). Cette hypertension portale ainsi que d'autres facteurs provoquent une accumulation d'ascite dans la cavité péritonéale ou encore à des varices œsophagiennes qui peuvent provoquer des hémorragies importantes (Angeli

et al., 2018). Les autres complications de l'insuffisance hépatique peuvent être une insuffisance rénale ou une encéphalopathie hépatique.

Les pancréatites surviennent chez les personnes plus jeunes en général. Elles nécessitent une hospitalisation d'urgence (Lejoyeux, 2017).

**Les complications cardio-vasculaires.** Les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool ont très souvent une hypertension artérielle associée (Boyer et al., 2015). La cardiomyopathie est moins fréquente, mais elle peut survenir chez les personnes qui boivent massivement. Les risques cardio-vasculaires sont en lien avec l'augmentation des triglycérides et du cholestérol (Boyer et al., 2015). On retrouve également des troubles du rythme, le plus souvent bénins, mais des consommations massives d'alcool peuvent entraîner des troubles du rythme graves (Lejoyeux, 2017).

**Les complications immunitaires.** L'intoxication régulière à l'alcool peut diminuer les mécanismes de défenses immunitaires. La personne sera donc plus à risque de développer des infections (Boyer et al., 2015).

**Les complications neurologiques.** Une autre complication concerne les neuropathies périphériques. En effet, une faiblesse musculaire, une diminution de sensibilité périphérique ou des paresthésies peuvent faire surface (Boyer et al., 2015). L'alcool a d'autres effets néfastes sur le système nerveux central comme des déficits cognitifs ou des troubles de la mémoire.

Ces effets peuvent être liés soit aux effets directs de l'alcool, soit à des carences en vitamines, particulièrement à la vitamine B, dont la thiamine. Les personnes souffrant d'alcoolisme sont souvent substituées en vitamine B (Boyer et al., 2015). Dans cette catégorie de complications, on retrouve notamment les encéphalopathies hépatiques (Lejoyeux, 2017). Il s'agit d'une dysfonction cérébrale causée par une insuffisance hépatique et une dérivation porto-systémique qui se manifeste par une large variété d'anormalités neuro-psychiatriques qui peuvent aller d'altérations subcliniques au coma (Rose et al., 2020).

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est une complication de l'alcoolisme. Elle survient progressivement. Les signes cliniques sont un état confusionnel, une ophtalmoplégie et une ataxie. L'évolution est fatale si l'on ne fait pas de sevrage et que l'on n'administre pas de la vitamine B à forte dose (Lejoyeux, 2017).

Le syndrome de Korasakoff est une complication de l'alcool pouvant être associé ou non à l'encéphalopathie de Gayer-Wernicke (Lejoyeux, 2017). Il se manifeste par une amnésie, une fabulation, une désorientation temporo-spatiale et de fausses reconnaissances (Lejoyeux, 2017).

**Les complications cancéreuses.** Les complications peuvent être d'origine cancéreuse. En particulier les cancers des voies

aérodigestives supérieures, les carcinomes hépatocellulaires (CHC), le cancer du sein ainsi que le cancer du côlon et celui du rectum (Lejoyeux, 2017).

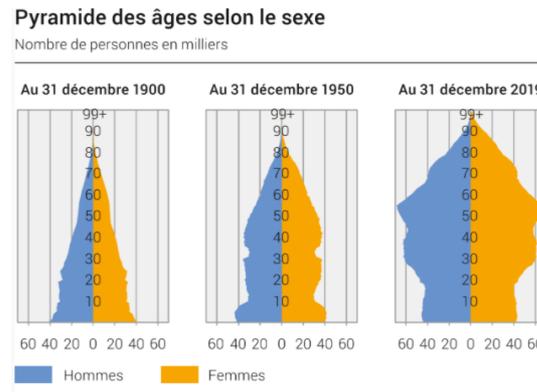
**Les complications nutritionnelles.** Une personne dépendante à l'alcool peut être sujette à la dénutrition. Des épisodes d'alcoolisation massive ne permettent pas une alimentation dans de bonnes conditions (Lejoyeux, 2017).

Maintenant qu'un complément d'information a été donné au sujet des complications de l'alcoolisme, les auteures vont approfondir la thématique de leur travail en développant leurs trois concepts.

## Concepts

### La personne âgée

**Le vieillissement en Suisse.** Le tableau ci-dessous démontre que la population des personnes âgées ne cesse d'augmenter en Suisse. Cette pyramide des âges démontre clairement l'augmentation de cette population et la diminution de nouveau-nés. Ce phénomène d'inversion de la proportion des âges est notamment expliqué par l'espérance de vie qui grandit et le faible taux de fécondité. On constate également que l'entrée des enfants de la génération « baby-boom » à l'âge de la retraite vient renforcer ce phénomène (Krummenacher & Rausa, 2020).



*Figure 5 : Pyramide des âges selon le sexe*

**Le vieillissement.** Le vieillissement altère progressivement la totalité des aspects de la santé. La sénescence physiologique touche les tissus et organes, principalement le système sensoriel, le système locomoteur et le système immunologique ce qui influe sur la santé physique. La santé mentale peut quant à elle être modifiée par la baisse des capacités intellectuelles, des tendances dépressives et le risque élevé de démence. En ce qui concerne la santé sociale, elle dépend de la manière dont la société accepte et considère la personne âgée. Elle dépend donc du pays d'habitation (Tubiana, 2002).

**L'âge avancé et l'alcoolisme.** L'avancée en âge n'atténue pas les souffrances physiques ou psychiques induites lors de l'usage nocif ou la dépendance à l'alcool. Un trouble de l'usage de l'alcool a été associé chez le sujet âgé à une surmortalité à court terme (plus de 56%)(Menecier, Badila, & Menecier-Ossia, 2008).

Le vieillissement amène des modifications physiologiques aboutissant à une diminution de la tolérance aux effets de l'alcool. En effet, la diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse aboutit à une plus forte alcoolémie malgré la même dose d'alcool absorbé ainsi qu'une décroissance plus lente de l'alcoolémie sanguine (Menecier et al., 2008). La polymédication est fréquente chez la personne âgée. L'alcool interagit avec de nombreux médicaments confusiogènes, dont les psychotropes. Ces différents éléments font que la personne âgée a une plus grande fragilité face à l'alcool (Menecier et al., 2008).

Le concept suivant est le delirium tremens. Il a déjà été défini dans la revue de littérature et va être approfondi dans les prochains paragraphes.

### **Le delirium tremens**

Le delirium tremens est le stade le plus grave du syndrome de sevrage à l'alcool (Mulkey & Olson, 2020). Le paragraphe suivant traite de la prévalence du DT.

**Prévalence.** Environ 5% des patients avec une consommation d'alcool problématique développent un delirium tremens (Mulkey & Olson, 2020). Le risque de mortalité est triplé avec le delirium tremens. De plus, il prolonge les hospitalisations et augmente donc les coûts (Mulkey & Olson, 2020). À noter que les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans ont un risque plus élevé de développer des complications de syndrome de sevrage alcoolique. Cela est

dû notamment à la prévalence plus élevée de comorbidité, à des troubles cognitifs et à leur antécédent de consommation d'alcool plus long (Mulkey & Olson, 2020).

Il existe plusieurs outils d'évaluation qui servent à prévenir le delirium tremens. Les plus fréquents sont mentionnés dans le paragraphe qui suit.

**Évaluation.** Dans un premier temps, les auteures ont tenu à citer les échelles permettant de démontrer une problématique à l'alcool. Afin d'évaluer le risque de consommation d'alcool excessive, il existe deux questionnaires qui permettent de faire une évaluation rapidement (Petignat, 2005). Il est important de réaliser ces questionnaires en combinaisons avec les résultats des tests de laboratoire dès que l'on suspecte une consommation d'alcool à risque. Cela permet de prévenir la survenue du syndrome de sevrage alcoolique inattendu et subit. Le premier questionnaire, écrit par Mayfield (1974), s'intitule CAGE ou ACME (Arrêter- Coupable-Matin-Ennuyé-entourage) en français, (Appendice B). Dans ce questionnaire, quatre questions sont posées pour évaluer la présence de consommation d'alcool chronique. L'évaluation est jugée positive si deux, trois ou quatre réponses sont favorables (Petignat, 2005). Le second questionnaire, écrit par Selzer, M. L. (1971), s'appelle « Michigan Alcoholism Screening Test » (MAST) (Appendice C). Il permet de dépister un abus d'alcool ou de l'alcoolisme. Si le score est supérieur à sept, la valeur prédictive positive est de 91% (Petignat, 2005).

Par ailleurs, l'outil « Alcohol Use Disorders Identification Test » (AUDIT) est un bon outil d'aide de repérage d'une problématique d'alcool. Il s'agit d'un long questionnaire. Il est positif à partir de huit points pour les consommateurs à problèmes et treize points pour les dépendants. Un autre avantage de ce questionnaire est qu'il permet d'ouvrir la discussion sur la place que l'alcool prend dans la vie des personnes interrogé. AUDIT est validé par l'OMS comme auto-questionnaire (Appendice D) (Krähenbühl et al., 2010).

Dans un deuxième temps, les auteures vont décrire les échelles utilisées lors des sevrages alcooliques. Ces échelles ont pour but de prévenir les complications du sevrage comme le DT.

Pour évaluer le degré de gravité du sevrage alcoolique, l'outil « Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised » (CIWA-Ar), écrit par Sullivan, Sykora, , Schneiderman, Naranjo et Sellers (1989), est le plus approprié (Abdul & Manju, 2020). Ce questionnaire permet d'évaluer, de surveiller et de traiter le sevrage. Il est composé des symptômes de sevrage. Selon le score obtenu, il y aura une indication sur la gravité du sevrage alcoolique. Un score de huit ou moins correspond à un sevrage léger. Entre neuf et quinze, il s'agit d'un sevrage modéré et un résultat de quinze ou plus concorde avec un état sévère et un risque de convulsions et de DT (Abdul & Manju, 2020) (Appendice E).

« Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale » (PAWSS) est une L'échelle, écrite par Maldonado (2015) (Appendice F). Elle permet l'identification des patients ayant un risque de présenter un syndrome de sevrage d'alcool compliqué. Elle est basée sur des critères de seuils, d'un entretien avec le patient et des signes cliniques. Un score supérieur à quatre suggère un risque de syndrome de sevrage sévère (Noui & Dervaux, 2018).

Le score de Cushman, écrit par Cushman (1885) (Appendice G), est basé sur des signes cliniques physiques tels que la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la tension artérielle, les sueurs et les troubles sensoriels. Il s'agit d'un score de surveillance du sevrage alcoolique. Il est négatif en dessous de cinq (Petignat, 2005).

Chez le patient atteint de DT, une évaluation supplémentaire sera faite. Celle-ci consiste à identifier les anomalies électrolytiques, nutritionnelles et hydriques. En effet, la plupart de ces patients sont déshydratés et présentent des anomalies électrolytiques sévères telles que l'hypoglycémie, l'hypomagnésémie et hypophosphatémie (Abdul & Manju, 2020).

Après avoir décrit les outils de diagnostic du delirium tremens, il semble nécessaire, pour les auteures, d'explicitier les principaux traitements de celui-ci.

**Traitement.** Le but du traitement du sevrage alcoolique est de maîtriser l'agitation, de prévenir le risque de convulsion et de diminuer la morbidité et

la mortalité. Les benzodiazépines sont le traitement le plus couramment utilisé, en général par voie intraveineuse. Ce traitement est administré selon un horaire fixe ou selon un schéma déclenché par les symptômes selon le score CIWA-Ar par exemple. La dose administrée et la durée dépendront d'un patient à l'autre (Abdul & Manju, 2020).

Certains patients en DT sévère ne répondent pas aux traitements par benzodiazépines. Les barbituriques en association avec les benzodiazépines peuvent s'avérer efficaces. L'utilisation du propofol en association avec la benzodiazépine est une autre alternative, mais elle nécessite une ventilation mécanique (Abdul & Manju, 2020).

Des antipsychotiques sont parfois administrés dans le traitement du sevrage alcoolique. En effet, les symptômes tels que l'agitation, les hallucinations et les délires ne sont pas toujours couverts par les benzodiazépines seules. Cependant, il faut utiliser les antipsychotiques avec prudence, car dans certains cas ils prolongent l'intervalle QT cardiaque ce qui pourrait amener à des arythmies léthales comme des torsades de pointe. Ils peuvent être aussi problématique, dans les deux premiers jours, car ils abaissent le seuil de convulsions. Le risque de convulsion est donc plus élevé (Mulkey & Olson, 2020).

Les antiépileptiques sont également utilisés dans le traitement du sevrage à l'alcool, car ils auraient un effet protecteur sur l'hyperactivité neuronale.

Cependant, leur mécanisme d'action n'est pas complètement élucidé (Mulkey & Olson, 2020).

Dans certaines situations, les traitements ne sont pas suffisants pour calmer l'agitation de la personne en train de faire un delirium tremens. C'est pourquoi des mesures de sécurité sont mises en place lors d'une hospitalisation.

**Mesure de sécurité.** Ci-dessous, une définition des mesures de contention physique.

« L'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêche ou limite les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté » (Smadja & Lemogne, 2018)

La contention est régulièrement utilisée dans les services de soins somatiques. Son indication principale est l'agitation. Les différentes mesures de contentions permettent d'éviter que la personne fasse preuve d'auto et d'hétéro-agressivité (Smadja & Lemogne, 2018). Bien qu'elle soit régulièrement utilisée à l'hôpital, la contention physique fait l'objet d'une controverse de la part du grand public, des patients ou de leurs proches ainsi que chez une partie des soignants et de la communauté médicale. Son rapport-bénéfice risque peut parfois faire l'objet de discussion (Smadja & Lemogne, 2018). Plusieurs lois régissent l'utilisation des mesures de contention. La

demande de mesure de contention doit faire l'objet d'un ordre médical et être signée par le patient lui-même ou un membre de la famille si le patient n'est pas capable de discernement.

Maintenant que les mesures de sécurité ont été explicitées, les étudiantes vont décrire l'évolution que peut prendre un DT.

**Évolution.** Le diagnostic du syndrome de sevrage alcoolique est écarté après trente-six heures sans l'apparition de symptômes (Petignat, 2005). L'état confusionnel se résout en général en une semaine d'hospitalisation (Boyer et al., 2015). La personne peut souvent basculer d'un état hyperactif à un état hypoactif. Ce dernier serait plus fréquent chez les personnes âgées (Boyer et al., 2015). Si la personne n'est pas traitée, elle est exposée à un risque de décès élevé (Abdul & Manju, 2020).

En fonction de l'évolution et de la gravité du DT, différentes complications peuvent se manifester. Celles-ci sont citées dans la suite de ce travail.

**Complications.** Les complications du delirium tremens peuvent être les suivantes : état mental altéré, arythmies, pneumopathie par aspiration, arrêt respiratoire pouvant aller jusqu'au décès (Abdul & Manju, 2020).

Le dernier concept retenu par les auteures est les interventions infirmières. Dans le paragraphe suivant, ce concept est approfondi et explicité davantage.

## **Les interventions infirmières**

« Une intervention infirmière consiste en des soins directement prodigués à un patient. Ces soins comprennent les soins prescrits par l'infirmière relativement à un diagnostic infirmier, les soins prescrits par le médecin relativement à un diagnostic médical ainsi que les activités quotidiennes que le patient est incapable d'accomplir. » (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2010)

L'intervention de soin liée au diagnostic infirmier relève du rôle propre infirmier. Elle doit répondre à deux critères principaux : être compatibles avec les objectifs et tenir compte des capacités réelles de la personne. Les interventions infirmières peuvent être à visées préventives, diagnostiques, thérapeutiques ou éducatives.

Les interventions infirmières peuvent être de plusieurs ordres : soin direct ou soin indirect. Les soins qui sont donnés avec l'interaction du patient sont appelés les soins directs. Ils incluent des actions de type physiologique et psychosocial. Les interventions indirectes visent à des actions sans que le patient ne soit présent. Il peut s'agir de son environnement ou de la collaboration interdisciplinaire. Ces actions et ces décisions sont prises à travers un jugement clinique (Bulechek et al., 2010).

L'université de l'Iowa a identifié une taxonomie des interventions infirmières et des résultats de soins infirmiers. Cette taxinomie permet d'évaluer l'activité infirmière afin d'intégrer ces données dans les systèmes d'informations médicales (Debout, 2008).

Les recherches effectuées dans le chapitre méthode de ce travail permettront de définir le rôle propre de l'infirmière ainsi que les interventions de soins relative à la prise en soins de patients souffrant de delirium tremens.

La prochaine étape consiste à identifier et expliciter un cadre théorique émanant de la question de départ. Le but étant d'approfondir le sujet du delirium tremens.

### **Champ disciplinaire infirmier**

Les auteures ont trouvé pertinent d'éclairer la question de départ en utilisant la théorie de Callista Roy. Il semble donc primordial de commencer par expliciter cette dernière ainsi que ses principaux concepts.

#### **Le modèle d'adaptation de Roy**

Callista Roy, née en 1939 à Los Angeles a publié sa théorie « Adaptation, a conceptual Framework for nursing » pour la première fois en 1970. Il existe aujourd'hui plusieurs ouvrages du modèle d'adaptation de Roy (1981, 1984, 2009) (Alligood & Marriner-Tomey, 2010 ; Masters, 2012 ; Smith & Parker, 2015). Divers développements de ce modèle ont été réalisés. Ils sont centrés sur les changements sociaux actuels (Roy, 2009). Le modèle contient des hypothèses philosophiques, scientifiques et culturelles (Roy, 2009).

**La personne.** Roy décrit les personnes comme des systèmes adaptatifs holistiques (Roy, 2009). Holisme signifie que les personnes fonctionnent comme un tout-en-un, dans une expression de sens unifiée des comportements. Les individus sont donc considérés comme davantage que la somme de leurs parties (Roy, 2009).

**Adaptation.** Il s'agit de la démarche et du résultat par lesquels les individus ou les groupes utilisent leurs savoirs, leurs connaissances et leurs choix consciemment pour favoriser l'intégration humaine et celle de l'environnement (Roy, 2009).

**Stimuli.** Un stimulus provoque une réponse. Il est généralement le point d'interaction entre le système humain et l'environnement (Roy, 2009). Les stimuli constituent les principaux concepts du modèle. Le stimulus peut être focal, contextuel ou résiduel (Roy, 2009). C'est eux ainsi que les niveaux d'adaptation qui constituent les entrées (inputs) du système humain (Roy, 2009). Les réponses à ces stimuli sont soit adaptatives, soit inefficaces (Roy, 2009). Elles se manifestent au travers des comportements (Roy, 2009). Les processus de coping font référence aux manières qu'ont les individus de faire face aux stimuli (Roy, 2009).

Le stimulus focal est interne ou externe et c'est lui qui confronte le plus rapidement et de la façon la plus marquée le système humain (Alligood & Marriner-Tomey, 2010 ; Roy, 2009).

Le stimulus contextuel est présent dans la situation et il contribue à l'effet du stimulus focal, sans être le centre de l'attention ou de l'énergie (Alligood & Marriner-Tomey, 2010 ; Roy, 2009).

Le stimulus résiduel a quant à lui un effet peu clair sur la situation (Alligood & Marriner-Tomey, 2010 ; Roy, 2009).

**Les niveaux d'adaptation.** Ils font partie des stimulus, mais sont internes à l'être humain. Ils sont changeants et non figés. Il s'agit de conditions du processus de vie. Ce sont eux qui déterminent le niveau de coping. Le coping est la manière innée ou acquise d'interagir, de répondre et d'influencer l'environnement changeant (Roy, 2009). Les niveaux d'adaptation peuvent affecter la capacité d'un individu à répondre positivement à une situation. (Roy, 2009). Ces niveaux peuvent être intégrés, compensatoires ou compromis. Si les niveaux intégrés et compensatoires sont inadéquats, cela signifie qu'un problème d'adaptation est présent. L'infirmière devra alors prendre ce problème en considération dans le cadre de sa démarche de soins (Roy, 2009). Les outputs sont les réponses du système adaptatif. Elles peuvent être adaptatives ou inefficaces. Elles se manifestent sous la forme de comportements (Roy, 2009).

**Les modes adaptatifs.** D'après Roy, il existe quatre modes adaptatifs (Roy, 2009). C'est au travers de ceux-ci que les comportements se manifestent, s'observent et s'évaluent (Roy, 2009).

Le premier mode est le mode physiologique. On y retrouve les processus physico-chimiques qui sont impliqués dans le fonctionnement et l'activité d'un organisme. Il fait référence à cinq besoins physiologiques : oxygénation, élimination, nutrition, protection, activité et repos. Ce mode comprend également quatre processus complexes : équilibre hydrique, électrolytique, acide base fonction neurologique, fonction endocrine et sens (Roy, 2009).

Le second mode est le mode du concept de soi. Il est composé de sentiments et de croyances sur soi-même à un certain moment (Roy, 2009). Il est séparé en deux : le soi physique et le soi personnel. Le soi physique porte sur l'image corporelle et les sensations corporelles. Le soi personnel quant à lui se rapporte au soi éthique-moral-spirituel, à l'idéal de soi, à la cohérence et à l'estime de soi (Roy, 2009). Le développement de soi, la perception de soi et le centrage de soi régissent l'ensemble de ce concept (Roy, 2009).

Le troisième mode est le mode des fonctions et du rôle. Il est focalisé sur les rôles que tient l'individu dans la société. Deux processus déterminent ce mode adaptatif ; le développement du rôle et la prise de rôle (Roy, 2009).

Le dernier mode est le mode de l'interdépendance. Il se rapporte aux relations interdépendantes des individus et des groupes. Si la personne possède un équilibre dans ses relations interdépendantes, elle se sentira soutenue et valorisée par les autres (Roy, 2009).

Suite à l'explicitation du modèle théorique, les auteures vont justifier le choix de celui-ci par rapport à la thématique du delirium tremens.

### **Choix de la théorie**

La théorie de Roy semble être un choix approprié concernant les thématiques de l'alcool dépendance et du delirium tremens. En effet, cette théorie considère l'être humain comme un être biopsychosocial. Dans les recherches qui précèdent, il a été constaté que l'alcoolodépendance pouvait entraver les quatre dimensions du patient.

Roy stipule que le système humain interagit avec un environnement changeant et réalise des réponses adaptatives. Comme l'environnement change, les personnes ont l'opportunité de se développer, de croître, de transformer le sens donné à leur vie (Roy, 2011). La consommation d'alcool d'une personne sera influencée par son environnement physique et social. La personne alcoolodépendante a des comportements saillants. Une de ses principales préoccupations est de consommer de l'alcool. Cette personne met donc des comportements et des désadaptations en place afin d'atteindre son but, qui est la prise de substance. Toutefois, l'alcoolisme n'est pas une finalité. Il est possible que la personne trouve les stratégies de coping lui permettant de sortir de cette problématique.

La santé est reliée au concept d'adaptation et à la promotion de l'intégrité que les réponses adaptatives fournissent (Smith & Parker, 2015). Les

personnes que l'on retrouve à l'hôpital souffrant de delirium tremens sont souvent des personnes ayant des réponses adaptatives inefficaces. Ces stratégies inefficaces se témoignent souvent par leur état de santé. Toutes les complications reliées à l'alcoolisme peuvent entraver la santé. Le DT peut, quant à lui, bousculer la vie du patient. En effet, ces complications peuvent être graves ou létales. Cependant, la vision de la santé reste subjective à chacun. Les personnes ayant une forte consommation peuvent se voir comme des personnes en bonne santé et donc être dans le déni de leur problématique.

Il est du rôle de l'infirmière d'observer quels sont les stimuli focaux, contextuels et résiduels pouvant influencer la situation du patient développant un DT. Ces stimuli sont propres à chaque individu et diffèrent d'une situation à l'autre.

Pour Roy, le but des soins infirmiers consiste en la promotion de l'adaptation dans chacun des 4 modes adaptatifs afin de contribuer à la santé, à la qualité de la vie, à mourir dignement (Roy, 2009). Lorsque l'infirmière assiste à un delirium tremens, il est primordial qu'elle apporte son soutien au patient à travers les quatre modes. L'infirmière va fournir des actions visant à préserver la sécurité du patient et à prévenir les risques et les complications. Elle devra contribuer à ce que le patient maintienne une qualité de vie optimale à la suite son problème de santé.

En ce qui concerne le mode physiologique, l'infirmière essaie de maintenir les fonctions vitales du patient durant le delirium tremens.

L'infirmière va préserver le mode du concept de soi en essayant de discuter avec le patient à la suite de l'épisode de DT. L'infirmière tente de comprendre comment le patient se perçoit. Elle se questionne sur l'impact que le DT a eu sur le soi personnel du patient, en particulier sur son estime de lui. L'infirmière aura une attitude empathique et non-jugeante dans le but de ne pas nuire à la perception que la personne a d'elle-même.

L'infirmière se questionne également sur l'impact que peut avoir le DT sur les différents rôles du patient. Le DT peut impacter les rôles d'une personne et en développer de nouveaux.

L'infirmière discute avec le patient de son réseau et du type de relation qu'il entretient afin de connaître son niveau d'interdépendance. La personne qui a eu un épisode de DT aura besoin de soutien. L'infirmière évalue donc si le patient dispose du soutien nécessaire. Si la personne ne bénéficie pas d'une aide suffisante, l'infirmière essaie de trouver des ressources pour que le patient possède un soutien suffisant lors de son retour à domicile.

Dans le modèle de Roy, les interventions infirmières visent à changer les stimuli ou à renforcer les processus adaptatifs existants. Le délirium trémens nous démontre la réaction adaptative de l'organisme face à un sevrage à l'alcool. Cependant, il démontre que la personne souffre d'un problème de

dépendance. Cette addiction est certainement due à une adaptation inefficace de la personne.

Durant la période de DT, le bien-être du patient se trouve perturbé. La préoccupation principale de l'infirmière est de trouver les meilleures pistes d'interventions de soins afin d'éviter les complications du DT et de garantir une bonne qualité de vie au patient.

## **Chapitre 4 : Méthode**

Dans cette partie du travail de Bachelor, les auteures ont recherché des réponses à leur question de recherche à l'aide des banques de données. Cette partie du travail explique le cheminement pour parvenir à trouver des références scientifiques. Tout d'abord, les étudiantes ont formulé leur question de recherche selon la méthode « PICOT ». Elles ont défini de quel type de question de recherche est leur questionnement. Ensuite, elles ont recherché des articles selon la méthodologie requise. Elles ont fait un choix d'articles en sélectionnant les articles avec le meilleur niveau de preuve et ceux répondant davantage à leur question. La méthodologie s'est appuyée sur les bases de données PubMed, Cinhal, Medline et Psychinfo, entre le huit et le dix-huit janvier 2021.

Pour finir, les auteures ont analysé leurs articles selon la grille de Teterault (2014) dans le but d'en retenir l'essentiel et de répondre à leur question de recherche.

### **Méthode PICOT**

La méthode PICOT permet d'identifier les concepts clés et de poser plus précisément l'équation de recherche. Ceci permet d'affiner le questionnement et d'être précis en identifiant une population (P), une intervention (I), une comparaison (C), un outcome (O) soit un résultat, ainsi qu'un temps (T). Le tableau ci-dessous démontre la question de recherche selon la méthode PICOT.

Tableau 1

*Critères picot*

<b>Critères PICOT</b>	<b>Signification</b>
Population (P)	Personne âgée alcoolique
Intervention (I)	Interventions infirmières probantes
Comparaison (C)	/
Outcome/résultat (O)	Éviter l'apparition de delirium tremens
Temps (T)	/

Le critère T et C n'ont pas été utilisé, car ils ne sont pas appropriés à la question de recherche.

L'écriture de critères de recherche PICOT a permis de confirmer la question de recherche des auteures : « **Quelles sont les interventions infirmières probantes chez la personne âgée alcoolique qui permettent de prévenir l'apparition de delirium tremens ?** »

Il s'agit d'une question de type intervention, car son but est la recherche d'interventions infirmières probantes.

### **Recherches dans les banques de données**

La question PICOT permet de mettre en lumière des mots clés utiles à la recherche sur les banques de données. Les mots clés sont identifiés au travers

de la question PICOT puis traduits en anglais (keywords) à l'aide du grand dictionnaire terminologique. Les concepts retenus sont : le delirium tremens (Alcohol Withdrawal delirium), la personne âgée (aged), les interventions infirmières (nursing intervention, nursing care) et prévention (prevention). Les keywords permettent de trouver le descripteur adéquat pour chaque banque de données (Thésaurus, Mesh Terms et Subjectheading). Suite à plusieurs équations non concluantes, les auteures ont utilisé des descripteurs moins ciblés et plus vastes afin d'obtenir des résultats satisfaisants. Le nombre de descripteurs a progressivement diminué passant de trois à un, élargissant ainsi le champ de recherche. Les descripteurs intervention infirmière et personne âgée ont été éliminés. Au final, les auteures ont choisi de garder un descripteur et deux filtres. Alcohol Withdrawal Delirium est le descripteur. Afin de trouver des résultats actuels un filtre de limitation de date est ajouté, les articles trouvés se situent donc entre 2010-2021. Pour cibler la population des personnes âgées le filtre plus de soixante-cinq ans a été sélectionné. Cette équation de recherche a mené à un nombre de résultats allant de vingt-neuf à soixante-neuf en fonction de la banque de données utilisée. Un tri des articles a été fait selon plusieurs critères de sélections afin de ne garder que les articles pouvant potentiellement répondre à la question de recherche. La première étape a été de sélectionner les articles selon leur titre. La deuxième étape a été de les trier selon l'abstract. Suite à la lecture complète des vingt-sept articles, seul sept ont été retenus. En effet, certains textes ne traitaient au final que peu du sujet. En voyant ce résultat, les auteures ont entrepris une

deuxième équation de recherche comprenant les mots clés suivants : Alcohol Withdrawal Delirium et Hospitalization. Le filtre « personnes âgées » a été retiré. L'ajout du terme Hospitalization et le retrait du filtre ont permis aux auteures de trouver trois articles supplémentaires.

Les tableaux ci-dessous résument le cheminement des auteures dans leur recherche d'articles. En dépit de leur volonté, les deux étudiantes n'ont pas trouvé de guidelines et de revues systématiques répondant à leur question de recherche. Deux diagrammes de flux sont disponibles en annexe (Appendice H) afin d'éclairer davantage les choix effectués par les étudiantes.

Afin de sélectionner les dix articles, les auteures ont défini des critères d'inclusion/exclusion. Ceux-ci sont explicités dans le paragraphe suivant.

Tableau 2

## Résultat de l'équation de recherche 1

Site utilisé	Descripteurs	Filtres	Équation de recherche	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus après la lecture des titres	Nombre d'articles retenus après lecture des abstracts	Nombre d'articles retenu après lecture complète
<b>CINAHL</b>	Alcohol Withdrawal delirium (restreint)	2010-2021 Aged : +65 years	S1 (Alcohol Withdrawal delirium)  Limiters : Published Date: 20100101-20211231  Narrow by Subject Age: - aged: 65+ years	34	14	10	3
<b>PubMed</b>	Alcohol withdrawal delirium	Filtre 2010-2021 + Aged 65 ans	Alcohol withdrawal delirium Filters: Aged: 65+ years, from 2010 - 2021	69	25	13	4
<b>PsychInfo</b>	Alcohol withdrawal delirium (restreint)	2010-2021 Aged <65 yrs and older	Alcohol withdrawal delirium + limit 2 to ("380 aged <age 65 yrs and older"& and yr="2010 - 2021")	32	7	4	0
<b>Medline</b>	Alcohol withdrawal delirium (restreint)	2010-2021 Aged	« Alcohol Withdrwawal Delirium/ + Aged + 2010-2021	29	2	0	0

Tableau 3

## Résultat de l'équation de recherche 2

Site utilisé	Descripteurs	Filtres	Équation de recherche	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus après la lecture des titres	Nombre d'articles retenus après lecture des abstracts	Nombre d'articles retenus après lecture complète
<b>CINAHL</b>	Alcohol withdrawal delirium Hospitalization	2010-2021	S1 AND S2 S1 : Hospitalization S2 : Alcohol withdrawal delirium	19	5	2	0
<b>PubMed</b>	Alcohol withdrawal delirium Hospitalization	2010-2021	("Hospitalization"[Mesh]) AND "Alcohol Withdrawal Delirium"[Mesh]	41	10	3	3
<b>PsychInfo</b>	Alcohol withdrawal Hospitalization	2010-2021	1 =Hospitalization 2 = Alcohol Withdrawal 1 and 2	5	3	0	0
<b>Medline</b>	Alcohol withdrawal delirium Hospitalization	2010-2021	MESH.EXACT("Alcohol Withdrawal Delirium") AND MESH.EXACT("Hospitalization")	16	0	0	0

## Critères de sélections

Les critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous ont permis aux étudiantes de sélectionner et trier les références obtenues dans les deux bases de données.

Tableau 4

### *Critères d'inclusion/exclusion*

<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critère d'exclusion</b>
Date de publication inférieure à dix ans	Date de publication supérieure à dix ans
Impact factor supérieur à 1.5	Impact factor inférieur à 1.5
Concerne uniquement le delirium tremens et pas le délire en général	Concerne le délire en général et pas le delirum tremens
Niveau de preuve	Articles médico-centrés ou pharmaco-centrée.

Idéalement, les auteures auraient voulu respecter les critères d'inclusion afin que le travail suive au mieux une démarche rigoureuse. Malheureusement, des concessions ont dû être faites. L'impact factor du journal de publication de deux articles est inférieur à un virgule cinq et un des dix articles est pharmaco-centrée. De plus, le fait que l'article traite des personnes âgées était un critère d'inclusion. Suite aux résultats obtenus sur les banques de données, ce critère a dû être supprimé, car trop peu d'articles ciblaient cette population.

Au total, dix articles ont servi à l'élaboration de la synthèse des résultats. Ils ont été analysés à l'aide de la grille de Tétreault (Tétreault et al., 2014) et se trouvent en annexe (Appendice I). Analyser ces articles grâce à cette grille a permis d'avoir une compréhension plus précise de chaque article, ce qui a facilité l'élaboration du chapitre ci-dessous : la synthèse résultats.

## **Chapitre 5 : Synthèses des résultats**

Dans ce cinquième chapitre, les auteures vont présenter une synthèse des résultats des dix articles ainsi qu'un résumé de chacun d'eux. Ces résultats vont ensuite être mis en lien avec la question PICOT ainsi qu'avec les concepts cités précédemment et la théorie de Roy. Pour clôturer cette synthèse, des propositions pour la pratique infirmière seront émises.

Afin de débiter le paragraphe suivant, un résumé succinct de chaque article est présenté.

### **Articles retenus**

La lecture complète des articles a permis d'en sélectionner définitivement dix. Ceux-ci ont été analysés à l'aide de la grille de Tétreault (Tétreault et al., 2014).

#### **Articles découlant des recherches dans la banque de données CINHAL :**

Tidwell, B. W. P., Thomas, T. L., Pouliot, J. D., Canonico, A. E., & Webber, A. J. (2018). Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: Phenobarbital vs CIWA-Ar Protocol. *American Journal of Critical Care*, 27(6), 454-461.  
<https://doi.org/10.4037/ajcc2018745>

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective américaine parue en 2018. Elle a été menée dans une unité de soins intensifs au sein d'un hôpital universitaire de Nashville au Tennessee. Elle compare l'application d'un protocole d'utilisation de phénobarbital à un protocole d'administration de benzodiazépines en fonction du score CIWA-Ar pour le syndrome de sevrage

alcoolique. Cette étude démontre que l'utilisation du phénobarbital réduit la durée de l'hospitalisation, l'incidence de la ventilation invasive et l'utilisation d'un traitement d'appoint en comparaison à l'utilisation d'un protocole d'administration de benzodiazépines en fonction des résultats du score CIWA-Ar.

Dong Wook, K., Hyun Kyung, K., Eun Kee, B., So Hee, P., & Kwang Ki, K. (2015). Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *American Journal of Emergency Medicine*, 33(5), 701-704. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.02.030>

Cette étude rétrospective coréenne parue en 2015 traite des prédicteurs cliniques du delirium tremens. L'objectif de recherche de cette étude est d'identifier les prédicteurs de laboratoire chez la personne souffrant de syndrome de sevrage alcoolique. Cette étude démontre qu'un nombre faible de plaquettes, un taux élevé d'homocystéine et un faible taux de pyridoxine dans le sang peuvent être associés à un développement de delirium tremens ultérieurement.

Maldonado, J. R., Sher, Y., Das, S., Hills-Evans, K., Frenklach, A., Lolak, S., ... 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. *Medical Council on Alcohol and Oxford University Press*, 50(5), 509-518. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv043>

Il s'agit d'une étude de validation prospective américaine parue en 2015 qui teste et valide l'outil PAWSS. Cet outil permet de prédire la gravité du sevrage alcoolique. Cette étude démontre que l'outil a une sensibilité de 93,1% et une spécificité de 99,1%, ce qui correspond à une excellente fiabilité. Il

possède d'excellentes caractéristiques psychométriques et une bonne valeur prédictive du sevrage alcoolique compliqué.

**Articles découlant des recherches dans la banque de données Pubmed :**

Littlefield, A. J., Heavner, M. S., C.Eng., C., Cooper, D. A., Heavner, J. J., M.Kurtz, J., & A.Pisani, M. (2018). Correlation Between MMinds And CIWA-Ar Scoring Tools In Patients With Alcohol Withdrawal Syndrome, 27(4), 280-286. <https://doi.org/10>

Il s'agit d'une étude américaine de corrélation parue en 2018. Son objectif est de comparer la corrélation entre l'échelle CIWA-Ar et l'échelle mMINDS chez les patients atteints du syndrome de sevrage alcoolique. Cette étude a montré une forte corrélation entre les scores mMINDS et CIWA-Ar, la corrélation la plus robuste étant observée avec des scores totaux de dix ou moins. Les résultats de cette étude peuvent faciliter l'amélioration des protocoles de soins du syndrome de sevrage alcoolique en facilitant la transition des soins entre les unités hospitalières.

Thiercelin, N., Andrianirina, B., & Plat, A. (2013). Delirium tremens : Étude rétrospective de 39 observations. *Revue de Medecine Interne*, 34(2), 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.08.003>

Cette étude rétrospective française parue en 2013 traite de trente-neuf hospitalisations de patients atteints de delirium tremens. L'objectif de recherche de cette étude est d'analyser des séjours hospitaliers où les patients ont vécu des DT afin d'avoir davantage de connaissances à ce sujet. Cette étude conclut que l'amélioration des connaissances sur le DT est une piste pour rendre cette complication plus rare.

Davis, C. R., Keen, A., Holly, V., Balaguras, J., & Miller, W. R. (2018). Alcohol Withdrawal Assessment Tool: Validity and Reliability Testing in Acute Care. *Clinical Nurse Specialist, 32*(6), 307-312.  
<https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000408>

L'objectif de cette étude américaine de recherche psychométrique parue en 2018 est de valider l'outil AWAT pour évaluer le sevrage alcoolique chez les patients en soins de courte durée. L'échelle CIWA-Ar a été utilisée comme comparaison. Les résultats statistiques de cette étude confirment que cet outil d'évaluation peut être une alternative efficace à utiliser dans le milieu de soins de courte durée. Il est facile à utiliser et détermine la fréquence des évaluations et le traitement pharmacologique approprié.

Taheri, A., Dahri, K., Chan, P., Shaw, M., Aulakh, A., & Tashakkor, A. (2014). Evaluation of a symptom-triggered protocol approach to the management of alcohol withdrawal syndrome in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 62*(8), 1551-1555.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.12932>

Il s'agit d'une étude canadienne d'observation rétrospective apparue en 2014. L'objectif de recherche est d'évaluer si la mise en œuvre d'un protocole d'administration de benzodiazépine lors de l'apparition des symptômes (selon l'échelle CIWA) réduit la gravité, la durée et les complications du sevrage alcoolique chez la personne âgée. Les résultats statistiques de cette étude prouvent que la gestion du sevrage alcoolique à l'aide d'un protocole chez les adultes de septante ans et plus a réduit la durée totale de l'utilisation des benzodiazépines, la dose cumulée de celle-ci et l'incidence des complications graves du symptôme de sevrage ainsi que l'utilisation de médicament d'appoint.

Mahabir, C. A., Anderson, M., Cimino, J., Lyden, E., Siahpush, M., & Shiffermiller, J. (2020). Derivation and validation of a multivariable model, the alcohol withdrawal triage tool (AWTT), for predicting severe alcohol withdrawal syndrome. *Drug and Alcohol Dependence*, 209(February), 107943. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107943>

Cette étude américaine de cohorte rétrospective parue en 2020 a comme objectif de recherche d'élaborer et de valider un outil permettant de prédire un syndrome de sevrage alcoolique. Cet outil, le score AWTT », ne repose que sur des données objectives. Les résultats de cette étude sont que ce score possède une bonne sensibilité de 90%, mais une spécificité plus médiocre à seulement 47%. Cet outil permettrait cependant des soins plus sûrs et plus rapides en identifiant précocement les patients à haut risque.

Melson, J., Kane, M., Mooney, R., McWilliams, J., & Horton, T. (2014). Improving alcohol withdrawal outcomes in acute care. *The Permanente Journal*, 18(2), e141-e145. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-099>

Cette étude américaine quasi expérimentale parue en 2014 traite de l'instauration d'un guide de gestion de soins. L'objectif de celui-ci étant de réduire l'incidence du sevrage alcoolique progressant vers le delirium tremens. Il permet également de diminuer l'utilisation de moyens de contention et les transferts vers l'unité de soins intensifs chez les patients atteints de DT. Les résultats révèlent une diminution du pourcentage de patients présentant un DT. Chez les patients atteints de DT, l'utilisation de moyens de contention et les transferts vers l'USI ont diminué. L'identification précoce des patients ayant un potentiel risque de sevrage alcoolique suivie de la mise place d'un parcours clinique améliore la gestion du sevrage alcoolique.

Muzyk, A. J., Rogers, R. E., Dighe, G., Hartung, J., Musser, R. C., Stillwagon, M. J., & Rivelli, S. (2017). Impact of an alcohol withdrawal treatment pathway on hospital length of stay: A retrospective observational study comparing pre and post pathway implementation. *Journal of Psychiatric Practice*, 23(3), 233-241. <https://doi.org/10.1097/PRA.000000000000229>

Cette étude américaine parue en 2017 traite de la création et la mise en œuvre d'un parcours clinique pour le traitement du sevrage alcoolique. Il s'agit d'une étude d'observation rétrospective. L'équipe du projet a défini quatre voies de traitement possible. Les résultats démontrent que ce parcours clinique a permis de diminuer la durée de séjour hospitalier.

Suite à cette brève présentation des différentes recherches, les auteures vont exposer une synthèse des résultats des dix articles analysés dans le paragraphe qui suit.

### **Synthèse des résultats des articles**

L'analyse des dix articles a permis de mettre en évidence cinq thèmes qui sont :

- Les outils d'évaluation
- Les parcours cliniques
- Les traitements médicamenteux
- Les marqueurs sanguins
- Les connaissances et formations

Les thèmes ci-dessous sont fréquemment évoqués dans les articles analysés. Ils sont en lien direct avec la problématique. Il semble donc pertinent de les traiter et de les lier directement au cadre théorique choisi.

Chacune de ces thématiques est présentée de manière plus détaillée dans les pages qui suivent.

### **Les outils d'évaluation**

Suivant le service ou le contexte de soins, plusieurs échelles sont en vigueur au sein d'une même institution. Ces échelles visent, en général, à évaluer les symptômes du sevrage alcoolique dans le but de les traiter. Lorsque les unités d'une même institution utilisent des échelles non similaires, cela peut amener à des transferts difficiles. Ils se traduisent par une mauvaise gestion et des admissions répétées aux soins intensifs, car il y a un manque de consensus commun (Littlefield et al., 2018a). Cette étude de corrélation entre les scores mMINDS et CIWA-Ar, a démontré une corrélation de Pearson de 0.82 entre ces deux scores. De fortes corrélations ont été constatées pour les tremblements (0.98), l'agitation (0.84) et l'orientation (0.87). La corrélation la plus robuste étant observée avec des scores totaux de dix ou moins. Les résultats de cette étude pourraient faciliter l'amélioration des protocoles de soins du syndrome de sevrage alcoolique en améliorant la transition des soins entre les unités hospitalières (Littlefield et al., 2018a). Minnesota detoxification scale (mMINDS) est une échelle qui évalue les tremblements, la présence de crise d'épilepsie, l'agitation, les diaphorèses, la tension artérielle, les

hallucinations auditives et visuelles, l'orientation ainsi que les pulsations (Appendice J). L'utilisation de cette échelle ne nécessite pas d'ordre ni de réponse de la part du patient. Le score le plus élevé est de quarante-six.

D'après les auteurs de l'étude sur la validation de l'échelle PAWSS, il existe peu d'outils permettant de prédire la gravité d'un sevrage alcoolique (Maldonado et al., 2015a). Les syndromes de sevrage compliqués sont associés à une augmentation de la morbidité et mortalité en milieu hospitalier, à une augmentation du séjour et des coûts, à une augmentation de la charge et de la frustration du personnel infirmier et médical ainsi qu'une détérioration du fonctionnement cognitif (Maldonado et al., 2015b). Une étude pilote sur l'échelle « Prediction of Alcohol Withdrawal severity scale » (PAWSS) s'était montrée concluante (Maldonado et al., 2014) et les chercheurs ont choisi de tester et de valider cette échelle de manière prospective. Elle se base sur trois points principaux : la consommation récente d'alcool, un questionnaire au patient et des données cliniques. Un score supérieur à quatre représente un haut risque de syndrome de sevrage alcoolique. Les résultats de cette étude suggèrent que l'échelle PAWSS a une sensibilité pour l'identification des syndromes de sevrage alcoolique compliqué de 93.1%, une spécificité de 99,5%, une valeur prédictive positive de 93.1% ainsi qu'une valeur prédictive négative de 99.5%. Elle pourrait permettre aux professionnels d'identifier la survenue d'un syndrome de sevrage alcoolique compliqué et d'ainsi pouvoir le prévenir et le traiter (Maldonado et al., 2015b).

Après un arrêt brutal de consommation d'alcool, le patient présente des risques de développer un syndrome de sevrage alcoolique notamment un delirium tremens (Schuckit, 2014). Seulement 25% des patients qui cessent brusquement de consommer de l'alcool développent des symptômes suffisamment graves pour justifier une admission à l'hôpital (Berggren et al., 2009). C'est pour cette raison que les chercheurs ont créé un outil « Alcohol withdrawal triage tool » (AWTT) permettant de prédire la nécessité d'une admission à l'hôpital. Ce score est basé uniquement sur des données objectives. Les chercheurs ont identifié huit prédicteurs : la race blanche, deux éléments des antécédents médicaux, le motif de consultation, un pouls élevé et trois biomarqueurs. Un score AWTT de trois ou plus est défini comme un risque élevé sur la base d'une sensibilité à 90% et d'une spécificité à 47% pour prédire le syndrome de sevrage sévère (Mahabir et al., 2020a).

Une étude a été réalisée afin de valider un autre outil qui évalue le syndrome de sevrage alcoolique chez les patients hospitalisés en soins aigus de courte durée. L'outil « Alcohol Withdrawal Assesment Tool » (AWAT) comporte quatre items d'évaluation : pouls et tension artérielle, agitation et tremblement, confusion et hallucination et diaphorèse (Appendice K). Les résultats démontrent que cet outil a une bonne validité interne et une corrélation de Pearson de 0,665 avec l'échelle CIWA-Ar (Davis, Keen, Holly, Balaguras, & Miller, 2018).

## **Les parcours cliniques**

Une autre alternative à la prévention du sevrage alcoolique est la mise en œuvre d'un parcours clinique. Une étude traite de la mise en place d'un parcours clinique selon quatre voies d'administration créé par une équipe pluridisciplinaire et basé sur des résultats de recherches probants et actuels (Muzyk et al., 2017). Le but de la recherche est déterminer si la mise en œuvre du parcours clinique réduit la durée de séjour à l'hôpital. Le protocole est le suivant : à l'admission les infirmières s'informent sur les antécédents de sevrage alcoolique et réalisent le questionnaire CAGE. Si le patient a un antécédent de sevrage alcoolique ou un score CAGE positif, l'infirmière contacte le médecin et lui propose l'utilisation du parcours clinique. Celui-ci comprend quatre voies de traitement possibles choisies sur la base des symptômes de sevrage alcoolique. Les voies de traitement sont les suivantes : prophylaxies, sevrages légers, sevrages modérés et sevrages sévères. Chaque voie correspond à une dose de lorazépam, à un schéma posologique et à une évaluation des symptômes (Muzyk et al., 2017). Au final, les résultats démontrent une réduction d'un jour pour la durée d'hospitalisation avec le parcours clinique.

Une autre étude traite de l'insertion d'un autre parcours clinique. Son objectif est de réduire l'incidence des sevrages alcooliques progressant vers le delirium tremens, l'utilisation de moyens de contention et les transferts dans les unités de soins intensifs. Le parcours clinique débute avec une évaluation

du risque de sevrage alcoolique. Si celle-ci est positive, l'infirmier utilise l'échelle CIWA-Ar. En fonction du score, un algorithme de traitement ainsi qu'un ensemble d'ordonnances pour les médecins sont proposés. Pour terminer, une échelle comprenant l'état d'agitation et de sédation est réalisée. Le pourcentage de patients avec un diagnostic de syndrome de sevrage alcoolique qui ont développé un DT a diminué de 16,4% avant la mise en œuvre à 12,9% après la mise en œuvre. Dans les trois trimestres précédant la mise en œuvre, 60,4% des patients atteints de DT ont nécessité une contention contre 44,4% dans les quatre trimestres après la mise en place. Les transferts vers l'unité de soins intensifs sont passés de 21,6% avant la mise en œuvre à 15% après la mise en œuvre (Melson, Kane, Mooney, Mcwilliams, & Horton, 2014).

### **Les traitements médicamenteux**

L'étude sur le traitement du sevrage alcoolique chez la personne âgée démontre que l'utilisation d'un protocole d'administration de benzodiazépines selon le score CIWA-Ar a davantage de bénéfices chez les patients âgés de plus de septante ans qu'un protocole d'administration selon des horaires fixes (Taheri et al., 2014). En effet, les données statistiques ont démontré que la durée médiane du traitement par benzodiazépines était de nonante-six heures dans le groupe ayant suivi le protocole à horaire fixe contre quarante-huit heures dans le groupe ayant reçu le traitement en fonction du score CIWA-Ar ( $p < 0.04$ ). De plus, la dose médiane cumulée de benzodiazépines a diminué de

neuf à trois milligrammes lors de la mise en œuvre du protocole basé sur l'échelle CIWA-Ar ( $p < 0.001$ ). Cette étude démontre également que les graves complications du sevrage alcoolique (contentions, hallucinations, crises) ont diminué dans le groupe CIWA-Ar ( $P < 0.07$ ). En outre, un nombre plus élevé de patients traité selon l'administration à horaire fixe a dû utiliser des médicaments d'appoint ( $p < 0.02$ ).

La pratique la plus courante en ce qui concerne le sevrage alcoolique est l'administration de benzodiazépines en fonction du score de l'échelle CIWA-Ar. Cependant, cette méthode exige une réévaluation fréquente du patient ce qui peut représenter une lourde charge pour le personnel infirmier (Tidwell, Thomas, Pouliot, Canonico, & Webber, 2018). De plus, les doses cumulées de lorazépam sont un facteur de risque du délire et de la dépression respiratoire (Tidwell et al., 2018). Les chercheurs d'une étude ont choisi de démontrer l'efficacité du phénobarbital comme alternative au traitement du sevrage alcoolique (Tidwell et al., 2018). Ce médicament est un antiépileptique. Les résultats statistiquement significatifs de l'étude révèlent que le recours au protocole de phénobarbital est associé à une réduction de la durée de séjour dans l'unité des soins intensifs de deux jours ( $p < 0.001$ ). Ce dernier a également été associé à une réduction statistiquement significative de la durée totale de séjour à l'hôpital de deux virgule six jours ( $p < 0.004$ ). D'autres résultats importants ont été observés dont une incidence plus faible de la ventilation mécanique chez les patients traités par le protocole à base de

phénobarbital et une utilisation plus faible de médicaments d'appoint pour contrôler les symptômes de sevrage (Tidwell et al., 2018).

### **Les marqueurs sanguins**

Le delirium tremens survient chez une petite proportion des personnes souffrant d'une crise de sevrage alcoolique. Néanmoins, la détection précoce des patients à risque élevé de développer un DT permet de mettre en place un traitement approprié et rapide et ainsi de réduire les complications et la mortalité associés (Dong Wook, Hyun Kyung, Eun Kee, So Hee, & Kwang Ki, 2015a). C'est pour cela que les auteurs de cet article se sont intéressés aux marqueurs biologiques pouvant être des signes prédictifs du développement d'un delirium tremens. Une prise de sang a été faite à l'admission des patients venus pour un syndrome de sevrage alcoolique. Les chercheurs ont comparé les résultats de laboratoire entre les personnes ayant développé un delirium tremens et ceux qui n'en ont pas développé. Les résultats statistiquement significatifs trouvés étaient un faible taux de plaquettes, un taux élevé d'homocystéine et un faible taux de pyridoxine dans le sang chez les patients ayant développé un delirium tremens. Le faible taux de pyridoxine n'est pas un facteur indépendant du DT. Ces paramètres sont des prédictifs potentiels du delirium tremens et peuvent être utiles pour l'identification clinique de celui-ci et de sa prise en charge (Dong Wook et al., 2015a). L'étude rétrospective traitant de trente-neuf cas de delirium tremens (Thiercelin, Andrianirina, & Plat, 2013a) a également mis en évidence une thrombocytopénie chez les

patients atteints d'un DT. Une thrombocytopénie a été aussi rapportée dans l'étude sur l'outil AWTT (Mahabir et al., 2020a).

### **Les connaissances et formations**

D'après (Thiercelin, Andrianirina, & Plat, 2013b), l'amélioration des connaissances sur le DT est une piste pour rendre cette complication encore plus rare. Cette étude a analysé trente-neuf patients hospitalisés qui ont développé un delirium tremens. Cela a permis de mettre en évidence des caractéristiques telles que l'âge moyen et l'âge médian qui étaient de quarante-huit ans. Dans l'échantillon il y avait principalement des hommes entre quarante et cinquante-neuf ans. Le 89.7% des patients avaient été hospitalisé de manière non programmée par le biais des urgences. Le taux d'alcoolémie a été réalisé chez vingt-six patients, il était négatif dans 73% des cas. Les motifs d'hospitalisation principaux étaient un syndrome de sevrage alcoolique (17,9%), une chute ou malaise (15.4%) ou encore crise convulsive (12.8%). Un tiers des patients avait un antécédent de crise convulsive et 23.1% avaient un antécédent de DT. Les enzymes hépatiques étaient souvent perturbées : ASAT (69.2%) , ALAT,(41%) et GAMMA-GT (79.4%). Une hypokaliémie (33,3% des cas), une macrocytose (35,9%) et une thrombopénie (71,8%) étaient souvent présentes. Dans 30,8% des cas, la présence d'une comorbidité somatique et en particulier infectieuse était fréquente. La connaissance de ces caractéristiques pourrait permettre de

déceler plus rapidement la survenue d'un delirium tremens (Thiercelin et al., 2013a).

L'étude de corrélation entre le score CIWA-Ar et le score mMINDS mentionne également que l'éducation et la formation améliorent la communication entre les équipes médicales et également la gestion des protocoles de soins des syndromes de sevrage alcoolique (Littlefield et al., 2018a).

Les liens pouvant être faits entre la théorie de Roy et les résultats obtenus dans les articles analysés sont explicités dans les lignes qui suivent.

### **Liens entre les résultats et la théorie d'adaptation de Roy**

L'arrêt brutal de consommation correspond au stimulus focal de la situation du patient. Le delirium tremens en est la réponse adaptative du corps humain. Cette réponse permet au patient de maintenir ses fonctions vitales, mais elle peut être inefficace et potentiellement mortelle (Roy, 2009). Lors d'un DT, les modes « physiologique » et « concept de soi » se retrouvent perturbés (Roy, 2009). Le patient pourra avoir des perturbations physiologiques telles que des troubles du rythme, une hypertension artérielle, une hyperthermie et des diaphorèses ainsi que des perturbations de soi comme des hallucinations, de la confusion et de l'agitation. Les interventions mises en place par les infirmières seront donc principalement ciblées sur ces deux modes. Les « fonctions et le rôle » correspondent au troisième mode de la théorie de

Callista Roy (Roy, 2009). Durant son hospitalisation, le patient ne peut pas maintenir son rôle dans la société et prend celui de « malade ». La possibilité d'une réduction de la durée des séjours hospitaliers, qui est démontrée dans certaines études, pourrait permettre au patient de retrouver son rôle plus rapidement. Le dernier mode de la théorie de Callista Roy correspond aux « relations interdépendantes » (Roy, 2009). En cas de delirium tremens, le patient est parfois très somnolent ou a de fortes hallucinations. Ces éléments peuvent rompre le contact entre le patient et la réalité et un lien d'interdépendance entre l'infirmière et le patient n'est plus possible.

### **Développement des résultats en lien avec la question PICOT**

Dans le but d'avoir une meilleure compréhension de ce chapitre, il paraît nécessaire de citer la question de recherche de ce travail ainsi que des recontextualiser la problématique :

« Quelles sont les interventions infirmières probantes chez la personne âgée alcoolique qui permettent de prévenir l'apparition de delirium tremens ? »

L'analyse de la littérature effectuée pour ce travail de Bachelor a permis de mettre en évidence que l'alcoolisme est un problème de société actuel. La consommation quotidienne d'alcool augmente fortement avec l'âge (Lieberherr, 2019). En Suisse, un homme sur trois de plus de soixante-cinq ans boit de l'alcool chaque jour (Lieberherr, 2019). Une consommation excessive d'alcool peut engendrer bon nombre de complications et affecter

tous les organes (Boyer et al., 2015). En ce qui concerne la personne âgée, il a été démontré qu'elles sont plus à risque de développer des complications médicales et neurologiques que des personnes plus jeunes, car elles ont en général plus de comorbidités et une durée plus longue de surconsommation d'alcool (Taheri et al., 2014). Une admission à l'hôpital peut entraîner un arrêt brutal de la consommation d'alcool (abstinence forcée) ce qui représente un risque élevé de syndrome de sevrage alcoolique (Maldonado et al., 2015a). Celui-ci représente une charge importante pour le système de soins (Muzyk et al., 2017). La majorité des patients atteints de syndrome de sevrage alcoolique vont développer des symptômes mineurs (Maldonado et al., 2015a). Cependant, un sevrage alcoolique compliqué est susceptible d'apparaître chez 20% des patients (Maldonado et al., 2015a). De plus, le delirium tremens, qui est la complication la plus sévère du SSA, survient chez 10% des patients atteints de SSA compliqué (Maldonado et al., 2015a). Le delirium tremens se caractérise par une perturbation fluctuante de la conscience et un changement de la cognition (Dong Wook, Hyun Kyung, Eun Kee, So Hee, & Kwang Ki, 2015b). La lecture des articles a confirmé l'hypothèse des auteurs de ce travail qui était que le delirium tremens reste une complication rare, mais qui peut être létale. Bien qu'il survienne chez une petite proportion de patients, l'identification précoce des patients à haut risque permet un traitement préventif adéquat et limite les incidents en lien avec l'agitation (Dong Wook et al., 2015b). En outre, l'identification tardive du DT est potentiellement associée à une morbidité et une mortalité grave (Dong Wook et al., 2015b).

Ci-dessous, les auteures vont présenter des pistes d'interventions infirmières probantes permettant de répondre à la question de recherche.

Une voie permettant de prévenir l'apparition du delirium tremens est l'utilisation adéquate des outils d'évaluation. La lecture des articles a permis aux auteures de découvrir de nouveaux outils encore peu ou pas utilisés dans les hôpitaux de la région.

L'outil AWAT pourrait être une alternative efficace aux autres outils d'évaluation du sevrage alcoolique, car il est simple, fiable et rapide d'utilisation dans le contexte des soins aigus (Davis et al., 2018).

En ce qui concerne l'AWTT, bien qu'elle ne soit pas assez sensible pour être utilisée seule, elle pourrait être utile dans le cadre d'un protocole d'admission standardisé aux urgences en identifiant les patients à faible risque de syndrome de sevrage alcoolique. Ceux-ci rentreraient alors à la maison en toute sécurité (Mahabir et al., 2020b).

L'échelle PAWSS permet d'identifier les syndromes de sevrage alcoolique compliqués et est donc un outil efficace pour prévenir la survenue d'un delirium tremens (Maldonado et al., 2015b). Cependant, la limite principale de cet outil est qu'il repose sur des questions d'entretien et que la personne doit être capable d'y répondre ce qui n'est pas toujours le cas (Mahabir et al., 2020b).

Les hôpitaux utilisent parfois des outils différents selon les services. Ils n'ont donc pas les mêmes normes ce qui rend les prises en charge compliquée. Une solution à ces difficultés est de comparer les outils afin de trouver une équivalence entre les scores. À l'hôpital de Yale New Haven, suite à l'étude de corrélation entre score mMINDs et CIWA-Ar, un protocole a été mis en place. Ce protocole stipule que des patients souffrant d'un syndrome de sevrage alcoolique hospitalisé en unité de soins intensifs doivent avoir au moins deux scores mMINDS consécutifs de dix ou moins pour être transférés vers l'unité de médecine ou chirurgie qui utilise l'échelle CIWA-Ar comme référence. Ceci permet donc de réduire la durée de séjour en soins intensifs et facilite les transferts entre les différents services (Littlefield et al., 2018a).

L'utilisation de parcours cliniques comprenant un dépistage précoce ainsi qu'un traitement prophylactique adapté aux symptômes du sevrage alcoolique semble être une piste d'action efficace. Les résultats de l'utilisation d'un parcours clinique de l'étude (Melson et al., 2014) ont montré une diminution des syndromes de sevrage alcoolique progressant vers le DT, une diminution de l'utilisation des moyens de contentions chez les patients atteints d'un DT et moins de transferts dans les unités de soins intensifs. Ce parcours clinique pourrait être un bon moyen de prévention du delirium tremens et permettrait de diminuer l'utilisation de moyens de contention chez les patients souffrant du delirium tremens. L'utilisation d'un autre parcours clinique a montré une diminution de la durée d'hospitalisation d'un jour et une diminution non

statistiquement significative du nombre de cas de delirium tremens (Muzyk et al., 2017).

Le traitement par administration de benzodiazépines reste celui de choix pour traiter les symptômes de sevrage alcoolique et prévenir le delirium tremens (Muzyk et al., 2017). Un traitement alternatif à base de phénobarbital a été proposé par une étude (Tidwell et al., 2018). Il n'y a pas eu de différences significatives concernant le développement de delirium tremens entre le groupe traité par phénobarbital et le groupe traité par benzodiazépines. Le phénobarbital est une alternative aux benzodiazépines en matière de prévention du delirium tremens. De plus, il existe des sevrages alcooliques réfractaires aux benzodiazépines (Thiercelin et al., 2013a) et le phénobarbital est un moyen intéressant qui a démontré son efficacité pour soulager les symptômes de manque (Tidwell et al., 2018).

Des études ont été réalisées afin d'évaluer la meilleure alternative en ce qui concerne la posologie de l'administration de benzodiazépines. Une de ces études démontre que l'administration de benzodiazépines selon le score de l'échelle CIWA-Ar pour le traitement du syndrome de sevrage alcoolique permet de réduire la dose de benzodiazépines, la durée du traitement, les complications et l'utilisation de médicaments d'appoint (Taheri et al., 2014). L'utilisation de l'échelle CIWA-Ar pour l'administration de benzodiazépines semble être une alternative plus efficace par rapport à une administration selon des horaires fixes.

Dans leurs recherches, les auteures ont constaté que certaines valeurs biologiques sont perturbées lors d'un delirium tremens (Dong Wook et al., 2015a). Les patients atteints de thrombocytopénie et homocystéinémie pourraient avoir besoin d'un traitement intensif pour la gestion et la prévention du delirium tremens. En effet, il existe un lien entre l'hyperhomocystéinémie et la carence en vitamine B12 et en folate induite par l'alcool. C'est pourquoi les données de l'étude de (Dong Wook et al., 2015a) suggèrent que l'administration de B12, de folates et de pyridoxines devrait être envisagée afin de prévenir DT en diminuant le taux homocytéine (Dong Wook et al., 2015a).

Pour finir, les étudiantes ont déduit de leurs recherches que bien souvent les professionnels manquaient de connaissances au sujet du DT. L'amélioration des connaissances des professionnels de la santé concernant le delirium tremens est une piste d'action pour rendre cette complication plus rare (Thiercelin et al., 2013a). En effet, une bonne compréhension de ce syndrome permet une identification plus précoce des personnes à risque et donc une meilleure prise en charge.

Dans le modèle de Roy, les interventions infirmières visent à changer ou renforcer les processus adaptatifs existants (Roy, 2009). L'infirmière doit avoir un rôle de promotrice de la santé, de communicatrice, de manager et d'experte en soins infirmiers en ce qui concerne la prévention du delirium tremens. Elle mettra les interventions décrites ci-dessus en place afin d'éviter la survenue

de ce problème. Elle aura également une attitude empathique et non-jugeante vis-à-vis du patient afin de respecter sa dignité.

Malheureusement et malgré leurs nombreuses recherches, les auteures n'ont que peu trouvé d'articles faisant le lien avec la personne âgée. Cependant les recommandations trouvées sont également applicables à cette tranche de population.

Dans le sous-chapitre suivant, les auteures vont exposer certaines propositions pour la pratique en concordance avec les différents résultats obtenus dans les articles analysés.

### **Perspective/propositions pour la pratique**

Comme mentionné précédemment, certains résultats d'articles relèvent le fait qu'il est judicieux de former davantage les infirmières au sujet du delirium tremens.

En premier lieu, une action proposée par les auteures serait de mieux sensibiliser les étudiants en santé au sujet du delirium tremens. En effet, les étudiantes ayant effectué ce travail de Bachelor n'ont suivi aucun cours traitant de ce sujet au sein de la Haute-École Arc santé. Pourtant, il semble pertinent d'insérer les notions de sevrage et de delirium tremens dans le cours portant sur les addictions. Une autre solution serait de trouver un intervenant externe spécialisé dans ce domaine afin qu'il propose des conférences dans les Hautes Écoles.

Ensuite, des formations continues sur l'utilisation des différents outils d'évaluation du syndrome de sevrage alcoolique semblent être une piste d'action pertinente afin de limiter les erreurs d'utilisation et obtenir des données fiables. Aussi, il serait intéressant que les institutions proposent des formations continues au personnel de la santé. Notamment, sur les signes et les symptômes, les marqueurs sanguins perturbés ainsi que sur les traitements du delirium tremens. Ceci lui permettrait d'identifier les personnes à risque.

Il semble important pour les étudiantes que les services de soins aient connaissance et utilisent des outils appropriés. En effet, l'unité de soins intensifs d'un hôpital de la région, utilise l'échelle CIWA-Ar. Cependant, cet outil ne semble pas toujours approprié aux vues de pathologies rencontrées dans ce service (intubation, somnolence). Certaines échelles d'évaluation telles que l'échelle mMINDS, AWTT ou AWAT sont basées sur des données objectives et pourraient être proposées à ce type de services. Il serait donc judicieux de discuter avec ce service afin de leur demander si l'échelle qu'ils utilisent leur convient et de leur proposer des alternatives dans le cas contraire.

De plus, certaines échelles ne sont pas utilisables chez les patients présentant une démence ou étant incapables de répondre aux questions. Il semble pertinent que tous les services proposent deux alternatives d'outil d'évaluation ce qui permettrait une adaptation à tous les patients. Une proposition des auteures serait d'utiliser l'échelle mMINDS ou l'outil AWAT pour les patients incapables de répondre aux questions de l'échelle CIWA-Ar. Une

corrélation positive existe entre l'échelle CIWA-ar et l'outil AWAT (Davis et al., 2018). Quant à l'échelle mMINDS et l'échelle CIWA-ar, elles ont été corrélées afin de déterminer une concordance entre leurs scores (Littlefield et al., 2018b). Il existe encore d'autres échelles d'évaluation pouvant être utilisées, mais celles-ci n'ont pas été traitées dans les articles.

L'utilisation d'une administration de benzodiazépines en fonction du score CIWA-Ar est une méthode déjà bien présente dans les hôpitaux de la région. Selon des études, cette méthode est plus bénéfique qu'une administration à horaire fixe. Il semble donc probant de continuer de travailler avec cette méthode.

Le traitement par phénobarbital pourrait être une proposition de traitement au médecin par l'infirmière si celle-ci a connaissance d'une dépendance ou une résistance du patient aux benzodiazépines.

L'administration de B12 , de folate et de pyridoxine pourrait être suggérée par l'infirmière au médecin (Dong Wook et al., 2015a).

L'utilisation de parcours cliniques a également fait ses preuves dans plusieurs études (Melson et al., 2014 ; Muzyk et al., 2017). Ces parcours semblent être une proposition judicieuse pour la pratique si l'ensemble d'un hôpital utilise le même parcours.

La description des cas de delirium tremens dans l'article de Thiercelin et al., a permis aux chercheurs de cet article de proposer plusieurs pistes d'actions. Notamment pour les personnes qui se présentent aux urgences pour une chute, un malaise ou une crise convulsive. En plus des bilans habituels et d'un examen clinique complet, ils recommandent la réalisation :

- D'un test sanguin du taux d'alcoolémie. Le patient peut développer un DT malgré une alcoolémie positive ;
- d'entretiens à la recherche d'éléments en faveur d'un syndrome d'alcoolodépendance ou de facteurs de risque de complications de sevrage ;
- d'un traitement préventif du DT le plus tôt possible si le personnel suspecte une alcoolodépendance ;
- d'une surveillance médicale régulière.

Il s'agit également pour le patient d'être hospitalisé dans un lieu de soin où la surveillance médicale est continue, où les soignants ont les compétences pour la mise en place d'une sédation par benzodiazépine intraveineuse, où la décision d'autres traitements sédatifs en continu peut être prise et où l'antidote des benzodiazépines, le flumazénil est disponible (Thiercelin et al., 2013a). Ces recommandations semblent pertinentes d'après les auteures de ce travail de Bachelor et pourraient être mises en place dans les services d'urgences par exemple.

Au regard des résultats, ces actions pourraient amener une amélioration globale en ce qui concerne la détection du delirium tremens. Ces perspectives pourraient permettre de mettre en avant ce que les infirmières devraient entreprendre afin d'améliorer la prévention du delirium tremens.

Arrivant à la fin de la synthèse des résultats, les auteures jugent nécessaire de consacrer le chapitre suivant à la conclusion

## **Chapitre 6 : Conclusion**

## **Apport du travail de Bachelor**

Arrivant au terme de cette revue de littérature, les auteures ont décidé de démontrer en quoi la réalisation de ce travail de Bachelor n'a pas été uniquement une étape de validation de leur formation professionnelle. La réalisation de ce dossier a permis de développer l'ensemble des rôles infirmiers. Il a amené des savoirs novateurs et probants qui pourront potentiellement être utilisés dans la pratique clinique. De nouvelles connaissances et compétences ont pu être acquises grâce aux nombreuses recherches effectuées. De plus, ce travail a permis d'affiner la collaboration au sein du groupe. Chaque membre a su faire valoir ses idées tout en restant respectueuse. Ce travail de longue haleine a exigé un effort prolongé et soutenu de la part des membres du groupe durant deux années. À tour de rôle, les étudiantes ont su prendre un rôle de leader. De ce fait, elles ont pu adopter un leadership transformationnel. Ce travail a permis de tisser des liens avec la pratique et ainsi de développer un esprit critique appuyé sur des données probantes et scientifiques. L'importance de la recherche au sein de la discipline infirmière a pris tout son sens lors de la fin de la réalisation de ce travail. Le directeur de ce travail de Bachelor a été une grande ressource pour le groupe. Ses conseils, son aide et ses corrections ont permis le déroulement du travail sans difficulté majeure et dans le temps imparti. Le fait d'avoir réalisé ce travail à deux a également facilité sa réalisation. En effet, les deux étudiantes ont pu s'accorder facilement et se sont rendu compte qu'elles avaient un mode de travail similaire. À chaque obstacle rencontré, les

membres du groupe ont réfléchi ensemble à des solutions et ont su trouver un consensus. Un dernier élément facilitant de ce travail a été l'intérêt des auteures au sujet de la thématique. En effet, ce thème a tout de suite passionné les deux étudiantes qui ont réussi à trouver leur question de recherche très rapidement.

Le bon déroulement de ce travail a cependant été perturbé par les quelques limites explicitées dans le sous-chapitre ci-dessous.

### **Limites**

Dans cette partie, les auteures relèvent les limites inhérentes à ce travail et explicitent les mesures dans lesquelles elles pourraient induire des biais aux conclusions finales de ce travail.

Une première difficulté rencontrée par les membres du groupe est le fait que les articles soient en anglais. Aux vues des compétences anglophones limitées des auteures de ce travail, il a parfois été difficile de comprendre les articles dans leur globalité. En effet, la traduction n'étant pas toujours appropriée, certains éléments essentiels sont probablement « passés à la trappe » et des biais peuvent être présents concernant l'analyse des articles.

Une seconde limite concerne le manque de littérature traitant le thème du delirium tremens. En effet, malgré bon nombre de recherches dans les banques de données, très peu de résultats répondaient à la question de recherche. Les auteures supposent que la littérature est peu fournie, car le

delirium tremens reste une complication rare. De plus, les niveaux de preuves des articles choisis ne sont pas des plus optimaux. La majeure partie des articles sont des revues rétrospectives. Des études randomisées et des revues systématiques auraient été plus appropriées. Une majorité des articles disponibles sur les banques de données traitaient d'aspects médicaux. D'après les auteures, ceux-ci n'auraient pas apporté de pistes d'action à la pratique infirmière. Les auteures ont dû composer avec les disponibilités qu'elles avaient malgré l'envie de trouver de meilleurs niveaux de preuves ainsi que des articles répondant davantage à la question de recherche.

Un des concepts de ce travail est la personne âgée. Malheureusement, seul un article est centré sur cette population. Le fait que neuf articles traitent de la personne adulte peut présenter un biais par rapport aux réponses de la question de recherche.

Les auteures se sont rendu compte que les liens avec la théorie de soins sont difficiles à réaliser aux vues des résultats obtenus. Peu d'articles traitaient de l'aspect psychologique, social et spirituel qui compose trois des quatre modes de la théorie de Roy. Les articles trouvés étant davantage centrés sur les aspects physiologiques et médicaux.

Une dernière limite est qu'aucune des études ne s'est déroulée en Suisse, il est donc possible que des biais soient présents quant aux caractéristiques ethniques et culturelles.

Afin de clôturer ce travail, les auteures vont émettre des suggestions pour les recherches futures dans le sous-chapitre suivant.

### **Perspectives pour la recherche**

Les auteures de ce travail ont pu mettre en évidence qu'il existe de nombreuses études scientifiques concernant les personnes alcooliques. Toutefois, suite à l'application des critères d'inclusions et d'exclusions, un nombre limité d'articles traitait du delirium tremens. Ceci peut laisser supposer que peu d'études récentes font l'objet d'investigations à ce sujet. Au terme de ce travail, certaines interrogations restent en suspens et celles-ci pourraient constituer des perspectives de recherches ultérieures.

Une notion peu abordée dans les articles concerne la tranche d'âge de la personne âgée. Une recommandation serait de réaliser une recherche dont l'échantillon est composé uniquement de personnes âgées afin de visualiser si des adaptations de prises en charge sont nécessaires vis-à-vis de cette catégorie d'âge.

Une recommandation émise par les auteures concerne la mise en place de formations continues concernant le delirium tremens. Il semblerait donc intéressant par la suite de comparer les recherches actuelles avec des recherches effectuées après que les professionnelles aient suivi une formation approfondie.

D'autres recherches pourraient être réalisées concernant les données cliniques et démographiques des sujets les plus à risque de développer un DT. Celles-ci devraient être effectuées à l'aide de méthodes de recherche plus rigoureuses, d'un échantillonnage plus large ainsi qu'un temps d'étude plus long.

La réalisation d'études randomisées contrôlées ou de revues systématiques serait bénéfique afin d'apporter davantage de recommandations probantes. Dans cette visée, il serait pertinent d'accentuer les prochaines recherches sur l'élaboration concrète de protocoles d'interventions à l'aide d'échelles d'évaluation.

Les auteures suggèrent également qu'il faudrait réaliser davantage d'études portant sur les éléments de traitement du delirium tremens ainsi que sur la prise en soin relationnelle. En effet, peu d'études expliquent concrètement la marche à suivre lorsque le patient se retrouve dans cette situation et aucun article ne traite de l'aspect relationnel.

D'autre part, le rôle propre infirmier dans la prévention du delirium tremens devrait faire l'objet d'étude. Celui-ci fait souvent défaut dans les articles analysés.

Pour clôturer, les auteures de ce travail suggèrent qu'il faudrait réaliser des études scientifiques suisses traitant de ce thème. En effet, la Suisse est passablement concernée par la problématique d'alcoolisme. Il serait donc

intéressant d'avoir une représentation du contexte du pays avec un échantillonnage représentatif de la population.

## **Chapitre 7 : Références**

Abdul, R., & Manju, P. (2020). *Delirium Tremens*. (S.l.) : (s.n.).

Addiction-infos. (2010). *Alcoolisme: les proches sont aussi touchés* (Addiction). Lausanne : (s.n.).

Alligood, M. ., & Marriner-Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work* (seventh ed). (S.l.) : Maryland Heights: Mosby-Elsevier.

Berggren, U., Fahlke, C., Berglund, K. J., Blennow, K., Zetterberg, H., & Balldin, J. (2009). Thrombocytopenia in early alcohol withdrawal is associated with development of delirium tremens or seizures. *Alcohol and Alcoholism*, 44(4), 382-386. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agp012>

Boyd, D., & Bee, H. (2017). *Les âges de la vie* (5ème). (S.l.) : (s.n.).

Boyer, P., Guelfi, J.-D., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2015). *DSM-5, 5e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Traduction). (S.l.) : (s.n.).

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & McCloskey Dochterman, J. (2010). *Classification des interventions de soins infirmiers: CISI* (3ème). (S.l.) : (s.n.).

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/110216%0A>

- Chinn, P. ., & Kramer, M. . (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St-Louis : Mosby Elsevier.
- Chinn, P. ., & Kramer, M. . (2015). *Knowledge development in nursing : theory and process*. (S.I.) : Elsevier.
- Davis, C. R., Keen, A., Holly, V., Balaguras, J., & Miller, W. R. (2018). Alcohol Withdrawal Assessment Tool: Validity and Reliability Testing in Acute Care. *Clinical Nurse Specialist*, 32(6), 307-312. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000408>
- Debout, C. (2008). Les soins infirmiers en France aujourd'hui : Problèmes et perspectives, 72-82.
- Dong Wook, K., Hyun Kyung, K., Eun Kee, B., So Hee, P., & Kwang Ki, K. (2015a). Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *American Journal of Emergency Medicine*, 33(5), 701-704. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.02.030>
- Dong Wook, K., Hyun Kyung, K., Eun Kee, B., So Hee, P., & Kwang Ki, K. (2015b). Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *American Journal of Emergency Medicine*, 33(5), 701-704. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.02.030>
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–89.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories*. Filadelfia : F.A. Davis.

Fédération pour la recherche sur le cerveau. (2012). Les addictions. Repéré à <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-addictions/>

Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montreal : Chenelière éducation.

Grove, S., Burns, N., & Gray, J. . (2013). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St-Louis : Elsevier/Saunders.

Krähenbühl, B., Sekera, E., Gache, P., Stalder, H., Sigam-Nzo, S., Leuenberger, V., & Haaz, S. (2010). Problème d'alcool, 1-18.

Krummenacher, A., & Rausa, F. (2020). *La population de la Suisse en 2019*. Neuchâtel : OFS. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/vieillissement.assetdetail.14941613.html>

Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie* (3ème). (S.l.) : (s.n.).

Lieberherr, R. (2019). Consommation d'alcool, en 2017, (12).

Littlefield, A. J., Heavner, M. S., C.Eng., C., Cooper, D. A., Heavner, J. J.,

M.Kurtz, J., & A.Pisani, M. (2018a). Correlation Between MMinds And CIWA-Ar Scoring Tools In Patients With Alcohol Withdrawal Syndrome, *27*(4), 280-286. <https://doi.org/10>

Littlefield, A. J., Heavner, M. S., C.Eng., C., Cooper, D. A., Heavner, J. J., M.Kurtz, J., & A.Pisani, M. (2018b). Correlation Between MMinds And CIWA-Ar Scoring Tools In Patients With Alcohol Withdrawal Syndrome, *27*(4), 280-286. <https://doi.org/10>

Mahabir, C. A., Anderson, M., Cimino, J., Lyden, E., Siahpush, M., & Shiffermiller, J. (2020a). Derivation and validation of a multivariable model, the alcohol withdrawal triage tool (AWTT), for predicting severe alcohol withdrawal syndrome. *Drug and Alcohol Dependence*, *209*(December 2019), 107943. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107943>

Mahabir, C. A., Anderson, M., Cimino, J., Lyden, E., Siahpush, M., & Shiffermiller, J. (2020b). Derivation and validation of a multivariable model, the alcohol withdrawal triage tool (AWTT), for predicting severe alcohol withdrawal syndrome. *Drug and Alcohol Dependence*, *209*(December 2019), 107943. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107943>

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 » (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*, 48(4), 375-390. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.01.004>

Maldonado, J. R., Sher, Y., Das, S., Hills-Evans, K., Frenklach, A., Lolak, S., ... Neri, E. (2015a). Prospective validation study of the prediction of alcohol withdrawal severity scale (PAWSS) in medically ill inpatients: A new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Medical Council on Alcohol and Oxford University Press*, 50(5), 509-518. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv043>

Maldonado, J. R., Sher, Y., Das, S., Hills-Evans, K., Frenklach, A., Lolak, S., ... Neri, E. (2015b). 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. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv043>

Masters, K. (2012). *Nursing theories: a framework for professional practice*. (S.l.) : Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Melson, J., Kane, M., Mooney, R., McWilliams, J., & Horton, T. (2014). Improving alcohol withdrawal outcomes in acute care. *The Permanente Journal*, 18(2), e141-e145. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-099>

Menecier, P., Badila, P., & Menecier-Ossia, L. (2008). Elderly subjects and

alcohol. *La Revue de gériatrie*, 33(10), 857-868.

Mulkey, M. A., & Olson, D. M. (2020). Delirium Tremens in the Older Adult. *Journal of Neuroscience Nursing*.

Munhall, P. (1993). "Unknowing": toward another pattern of knowing in nursing. *Nursing Outlook*, 41 (3), 125-128.

Muzyk, A. J., Rogers, R. E., Dighe, G., Hartung, J., Musser, R. C., Stillwagon, M. J., & Rivelli, S. (2017). Impact of an alcohol withdrawal treatment pathway on hospital length of stay: A retrospective observational study comparing pre and post pathway implementation. *Journal of Psychiatric Practice*, 23(3), 233-241.  
<https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000229>

Noui, S., & Dervaux, A. (2018). Adaptation transculturelle d'une version française du PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale) : échelle de prédiction du risque de syndrome de sevrage d'alcool compliqué. *French Journal of Psychiatry*.

OMS. (2018). L'abus d'alcool tue chaque année plus de 3 millions de personnes. Repéré à [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)

Pahud, O., & Zufferey, J. (2019a). *Rapport de base sur la santé pour le canton*

*du Juea.* (S.l.) : (s.n.).

Pahud, O., & Zufferey, J. (2019b). *Rapport de base sur la santé pour le canton du Jura.* (S.l.) : (s.n.).

Petignat, P.-A. (2005). Syndrome de sevrage alcoolique en milieu de soins intensifs. *Revue médicale suisse.* Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-45/30810>

Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H.-J., & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie* (2ème). Paris : (s.n.).

Rose, C. F., Amodio, P., Bajaj, J. S., Dhiman, R. K., Montagnese, S., Taylor-Robinson, S. D., ... Jalan, R. (2020). Hepatic encephalopathy: Novel insights into classification, pathophysiology and therapy. *Journal of Hepatology*, 73(6), 1526-1547. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.07.013>

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model.* (S.l.) : Education, Upper Saddle River: Pearson.

Roy, C. (2011). *Extending the Roy Adaptation Model to Meet Changing Global Needs.* (S.l.) : (s.n.).

Schuckit, M. A. (2014). Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). *New England Journal of Medicine*, 371(22),

2109-2113. <https://doi.org/10.1056/nejmra1407298>

Smadja, J., & Lemogne, C. (2018). *Dans Psychiatrie de Liaison*. (S.l.) : (s.n.).

Repéré à <https://www.cairn.info/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-page-626.htm?contenu=plan>

Smith, M., & Parker, M. (2015). *Nursing theories& nursing practice*. (S.l.) : (s.n.).

Taheri, A., Dahri, K., Chan, P., Shaw, M., Aulakh, A., & Tashakkor, A. (2014).

Evaluation of a symptom-triggered protocol approach to the management of alcohol withdrawal syndrome in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(8), 1551-1555. <https://doi.org/10.1111/jgs.12932>

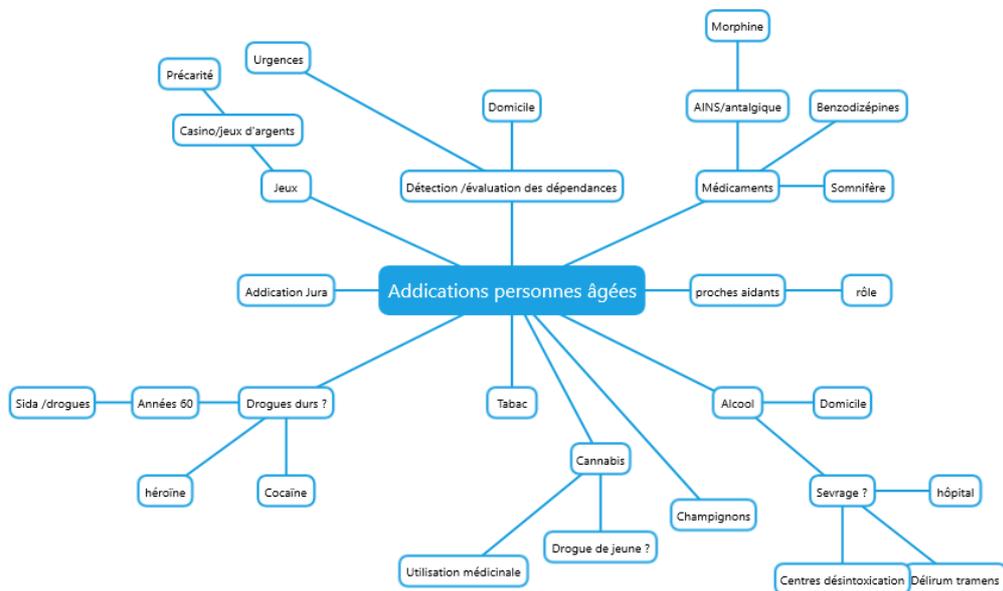
Tétreault, S., Sorita, E., Ledoux, A., & Ryan, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Louvain-la-Neuve, Belgique : (s.n.).

Thiercelin, N., Andrianirina, B., & Plat, A. (2013a). Delirium tremens : Étude rétrospective de 39 observations. *Revue de Medecine Interne*, 34(2), 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.08.003>

Thiercelin, N., Andrianirina, B., & Plat, A. (2013b). Delirium tremens : Étude rétrospective de 39 observations. *Revue de Medecine Interne*, 34(2), 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.08.003>

- Tidwell, B. W. P., Thomas, T. L., Pouliot, J. D., Canonico, A. E., & Webber, A. J. (2018). Critical Care Evaluation, *27*(6), 454-461. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018745>
- Tubiana, M. (2002). Le vieillissement : aspects médicaux et sociaux. *Comptes Rendus Biologies*, *325*(6), 699-717. [https://doi.org/10.1016/s1631-0691\(02\)01482-8](https://doi.org/10.1016/s1631-0691(02)01482-8)
- von Moos, S., & Müllhaupt, B. (2015). Cirrhose hépatique: potentiel de progression et régression. *Forum Med Suisse*, *15*(5), 100-105.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, *17*(4).

## Appendice A: Mind-map des diverses possibilités d'addiction



## Appendice B : Outil CAGE

Date	Nom	Timbre
<b>CAGE (Cut down; Annoyed; Guilt; Eye-opener)</b>		
1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcooliques ? (Cut down)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? (Annoyed)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? (Guilt)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? (Eye-opener)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### 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. [\[PubMed\]](#)

## Appendice C : Outil MAST

### The MAST Questions

The MAST is a simple, self-scoring test that helps assess if you have a [drinking problem](#). Answer yes or no to the following questions:

1. Do you feel you are a normal drinker? ("normal" is defined as drinking as much or less than most other people)  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  2. Have you ever awakened the morning after drinking the night before and found that you could not remember a part of the evening?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  3. Does any near relative or close friend ever worry or complain about your drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  4. Can you stop drinking without difficulty after one or two drinks?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  5. Do you ever feel guilty about your drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  6. Have you ever attended a meeting of [Alcoholics Anonymous](#) (AA)?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  7. Have you ever gotten into physical fights when drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  8. Has drinking ever created problems between you and a near relative or close friend?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  9. Has any family member or close friend gone to anyone for help about your drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  10. Have you ever lost friends because of your drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  11. Have you ever gotten into trouble at work because of drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  12. Have you ever lost a job because of drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  13. Have you ever neglected your obligations, family, or work for two or more days in a row because you were drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  14. Do you drink before noon fairly often?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  15. Have you ever been told you have liver trouble, such as cirrhosis?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  16. After heavy drinking, have you ever had [delirium tremens](#) (DTs), severe shaking, visual or auditory (hearing) hallucinations?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  17. Have you ever gone to anyone for help with your drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  18. Have you ever been hospitalized because of drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  19. Has your drinking ever resulted in your being hospitalized in a psychiatric ward?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  20. Have you ever gone to any doctor, social worker, clergyman, or mental health clinic for help with any emotional problem in which drinking was part of the problem?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  21. Have you been arrested more than once for driving under the influence of alcohol?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
  22. Have you ever been arrested, or detained by an official for a few hours, because of other behavior while drinking?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No
-

## Appendice D : Outil AUDIT

### Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

## Appendice E : Outil CIWA-AR

### Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-AR)

Patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ (24 hour clock, midnight = 00:00)

Pulse or heart rate, taken for one minute: \_\_\_\_\_ Blood pressure: \_\_\_\_\_

**NAUSEA AND VOMITING** -- Ask "Do you feel sick to your stomach? Have you vomited?" Observation.

- 0 no nausea and no vomiting
- 1 mild nausea with no vomiting
- 2
- 3
- 4 intermittent nausea with dry heaves
- 5
- 6
- 7 constant nausea, frequent dry heaves and vomiting

**TACTILE DISTURBANCES** -- Ask "Have you any itching, pins and needles sensations, any burning, any numbness, or do you feel bugs crawling on or under your skin?" Observation.

- 0 none
- 1 very mild itching, pins and needles, burning or numbness
- 2 mild itching, pins and needles, burning or numbness
- 3 moderate itching, pins and needles, burning or numbness
- 4 moderately severe hallucinations
- 5 severe hallucinations
- 6 extremely severe hallucinations
- 7 continuous hallucinations

**TREMOR** -- Arms extended and fingers spread apart. Observation.

- 0 no tremor
- 1 not visible, but can be felt fingertip to fingertip
- 2
- 3
- 4 moderate, with patient's arms extended
- 5
- 6
- 7 severe, even with arms not extended

**AUDITORY DISTURBANCES** -- Ask "Are you more aware of sounds around you? Are they harsh? Do they frighten you? Are you hearing anything that is disturbing to you? Are you hearing things you know are not there?" Observation.

- 0 not present
- 1 very mild harshness or ability to frighten
- 2 mild harshness or ability to frighten
- 3 moderate harshness or ability to frighten
- 4 moderately severe hallucinations
- 5 severe hallucinations
- 6 extremely severe hallucinations
- 7 continuous hallucinations

**PAROXYSMAL SWEATS** -- Observation.

- 0 no sweat visible
- 1 barely perceptible sweating, palms moist
- 2
- 3
- 4 beads of sweat obvious on forehead
- 5
- 6
- 7 drenching sweats

**VISUAL DISTURBANCES** -- Ask "Does the light appear to be too bright? Is its color different? Does it hurt your eyes? Are you seeing anything that is disturbing to you? Are you seeing things you know are not there?" Observation.

- 0 not present
- 1 very mild sensitivity
- 2 mild sensitivity
- 3 moderate sensitivity
- 4 moderately severe hallucinations
- 5 severe hallucinations
- 6 extremely severe hallucinations
- 7 continuous hallucinations

**ANXIETY** -- Ask "Do you feel nervous?" Observation.

- 0 no anxiety, at ease
- 1 mild anxious
- 2
- 3
- 4 moderately anxious, or guarded, so anxiety is inferred
- 5
- 6
- 7 equivalent to acute panic states as seen in severe delirium or acute schizophrenic reactions

**HEADACHE, FULLNESS IN HEAD** -- Ask "Does your head feel different? Does it feel like there is a band around your head?" Do not rate for dizziness or lightheadedness. Otherwise, rate severity.

- 0 not present
- 1 very mild
- 2 mild
- 3 moderate
- 4 moderately severe
- 5 severe
- 6 very severe
- 7 extremely severe

---

**AGITATION** -- Observation.

- 0 normal activity
- 1 somewhat more than normal activity
- 2
- 3
- 4 moderately fidgety and restless
- 5
- 6
- 7 paces back and forth during most of the interview, or constantly thrashes about

**ORIENTATION AND CLOUDING OF SENSORIUM** -- Ask

- "What day is this? Where are you? Who am I?"
- 0 oriented and can do serial additions
  - 1 cannot do serial additions or is uncertain about date
  - 2 disoriented for date by no more than 2 calendar days
  - 3 disoriented for date by more than 2 calendar days
  - 4 disoriented for place/or person

Total **CIWA-Ar** Score \_\_\_\_\_

Rater's Initials \_\_\_\_\_

Maximum Possible Score 67

---

*The CIWA-Ar is not copyrighted and may be reproduced freely. This assessment for monitoring withdrawal symptoms requires approximately 5 minutes to administer. The maximum score is 67 (see instrument). Patients scoring less than 10 do not usually need additional medication for withdrawal.*

---

Sullivan, J.T.; Sykora, K.; Schneiderman, J.; Naranjo, C.A.; and Sellers, E.M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (**CIWA-Ar**). *British Journal of Addiction* 84:1353-1357, 1989.

## Appendice F : Outil PAWWS

### Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS)

Maldonado et al, 2015

#### Part A: Threshold Criteria:

("Y" or "N", no point)

Have you consumed any amount of alcohol (i.e., been drinking) within the last 30 days? OR did the patient have a "+" BAL on admission? \_\_\_\_\_

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

#### Part B: Based on patient interview:

(1 point each)

1. Have you been recently intoxicated/drunk, within the last 30 days? \_\_\_\_\_
2. Have you ever undergone alcohol use disorder rehabilitation treatment or treatment for alcoholism?  
(i.e., in-patient or out-patient treatment programs or AA attendance) \_\_\_\_\_
3. Have you ever experienced any previous episodes of alcohol withdrawal, regardless of severity? \_\_\_\_\_
4. Have you ever experienced blackouts? \_\_\_\_\_
5. Have you ever experienced alcohol withdrawal seizures? \_\_\_\_\_
6. Have you ever experienced delirium tremens or DT's? \_\_\_\_\_
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  $\geq 200$ ? \_\_\_\_\_
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 AWS. A score of  $\geq 4$  suggests HIGH RISK for moderate to severe (complicated) AWS; prophylaxis and/or treatment may be indicated.*

## Appendice G : Score de Cushman

Score de sevrage	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	≤ 80	81-100	101-120	> 120
Pression artérielle systolique				
18 – 30 ans	≤ 125	126 -135	136 -145	> 145
31 – 50 ans	≤ 135	136 -145	146 -155	> 155
> 50 ans	≤ 145	146 -155	156 -165	> 165
Fréquence respiratoire	≤ 16	17-25	26- 35	> 35
Tremblements	0	main en extension	tout le membre supérieur	généralisés
Sueurs	0	paumes	paumes et front	généralisées
Agitation	0	discrète	généralisée contrôlable	généralisée incontrôlable
Troubles sensoriels	0	géné par bruit, lumière	hallucinations critiquées	hallucinations non critiquées

**Index de Cushman** : index de gravité du syndrome de sevrage alcoolique

score < 7 : état clinique contrôlé

score de 7 à 14 : sevrage modéré

score > 14 : sevrage sévère

## Appendice H : Diagrammes des flux

Diagramme de flux des équations de Pubhmed ; CINHAL ; Psychinfo et Medline : Alcohol Withdrawal delirium + Aged : 65+ + 2010-2021

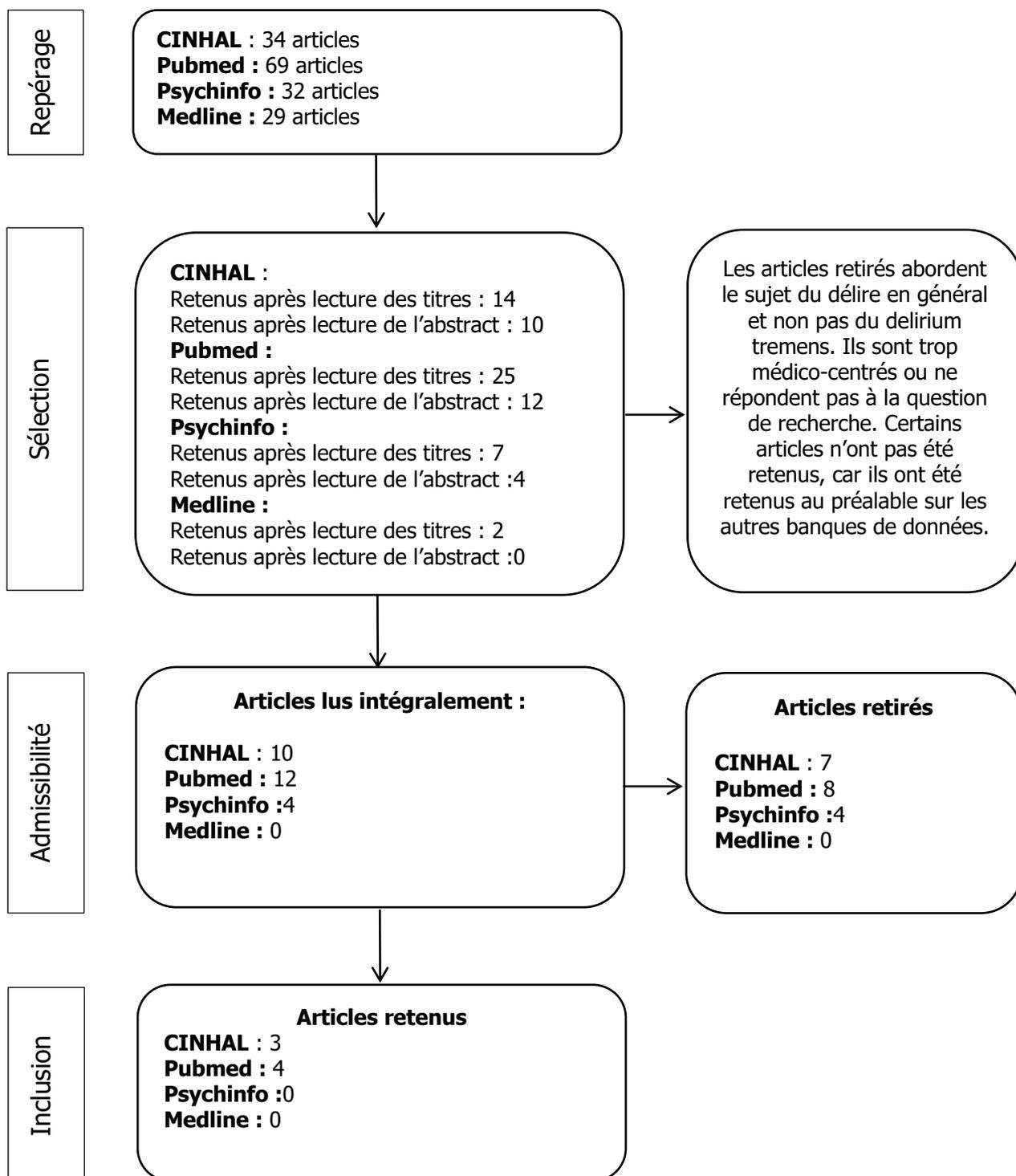
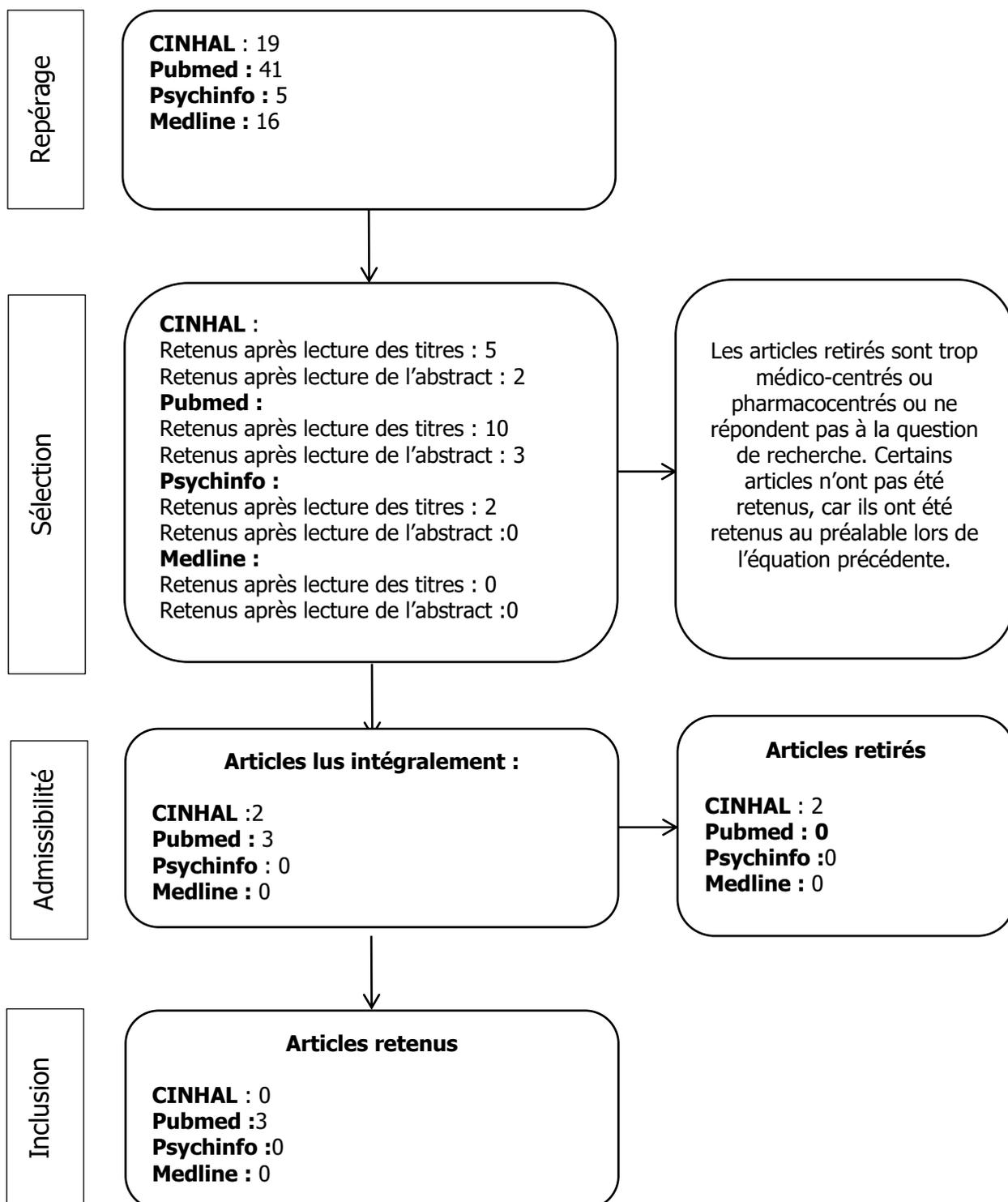


Diagramme de flux des équations de Pubhmed ; CINHAL ; Psychinfo et  
Medline : Alcohol Withdrawal delirium + Hospitalization + + 2010-2021



**Appendice I : Grille de Tétrault**

## Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: Phenobarbital vs CIWA-Ar Protocol.

### Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Treatment of alcohol withdrawal syndrome : phenobarbital vs ciwa-ar protocol.
Thèmes abordés	Le sevrage alcoolique et les traitements.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Non, le titre ne se réfère pas à une population précise ni à une question pertinente.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• William P. Tidwell</li> <li>• Tonya L. Thomas</li> <li>• Jonathon D. Pouliot</li> <li>• Angelo E. Canonico</li> <li>• Angus J. Webber</li> </ul>

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>William P. Tidwell</b> : pharmacien clinicien, département des services pharmaceutiques, centre médical de l'université Vanderbilt, Nashville, Tennessee</li> <li>• <b>Tonya L. Thomas</b> : pharmacienne clinicienne, département de pharmacie, hôpital Saint Thomas West, Nashville, Tennessee</li> <li>• <b>Jonathon D. Pouliot</b> : professeur assistant, Collège de la pharmacie et des sciences de la Santé, Université de Lipscomb, Nashville, Tennessee et pharmacien clinicien, Hôpital Saint Thomas West,</li> <li>• <b>Angelo E. Canonico</b> : professeur associé à la faculté de médecine du centre des sciences de la Santé de l'université de Tennessee, à Nashville et pneumologue au Saint Thomas Medical Group</li> <li>• <b>Angus J. Webber</b> : est un « hospitalist », Saint Thomas West Hospital, Nashville.</li> </ul>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Pas de mots clés.
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p><b>Objectifs</b> : comparer la norme de soins pour le traitement du sevrage alcoolique entre un protocole de benzodiazépines administrées selon les symptômes évalués avec l'échelle CIWA-Ar, contre un protocole à base de phénobarbital.</p> <p><b>Méthodes</b> : étude de cohorte rétrospective menée dans une unité de soins intensifs médicaux de 42 lits d'un hôpital universitaire privé à Nashville.</p> <p><b>Résultats</b> : Ils constatent une durée d'hospitalisation plus courte, une incidence de ventilation invasive plus faible et des traitements d'appoints moins utilisés pour le groupe phénobarbital.</p>

## Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
<p>Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>	<p>Oui,</p> <p>Les auteurs expliquent que le protocole avec des benzodiazépines administrées selon le score CIWA pour traiter le syndrome de sevrage alcoolique représente une lourde charge pour le personnel infirmier, car il exige une réévaluation fréquente du patient.</p> <p>Ils nous renseignent également en nous disant que les doses cumulées importantes de lorazépam risquent de développer à la fois un délire et une dépression respiratoire.</p> <p>D'autres agents permettent de réduire la quantité de benzodiazépines, mais ceux-ci font augmenter les coûts et nécessitent une ventilation mécanique dans le cas du propofol.</p> <p>Les auteurs déclarent que le phénobarbital est une option thérapeutique prometteuse pour la gestion des syndromes de sevrage alcoolique.</p>
<b>2. Originalité</b>	
<p>Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?</p>	<p>Il y a peu d'ouvrages en faveur de l'utilisation de stratégies alternatives pour le traitement des syndromes de sevrage alcoolique. Les cliniciens ont donc peu d'options pour la prise en charge des patients complexes.</p>
<b>3. Plan de l'article</b>	
<p>Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?</p>	<p>Il n'y a pas de plan. L'abstract résume les étapes à venir.</p>
<p>Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>	<p>L'objectif est de comparer un protocole avec du phénobarbital et un protocole avec des benzodiazépines administrées selon le score CIWA pour traiter le syndrome de sevrage alcoolique. Et voir si le protocole avec du phénobarbital est une alternative efficace.</p>

### Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non, il n'y a pas de cadre conceptuel ni d'explication proposés.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	-
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Pas de limites ou contraintes repérées.

### Article portant sur une étude quantitative

#### Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de dépressions respiratoires</li> <li>• Durée du séjour aux soins intensifs</li> <li>• Durée du séjour à l'hôpital</li> <li>• L'utilisation de traitements d'appoints</li> <li>• Variables démographiques</li> </ul>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Non, elles ne sont pas définies, c'est au lecteur de savoir quelles sont les variables.

Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Valider un protocole à base de phénobarbital dans le traitement de crise de sevrage alcoolique par rapport à un traitement de benzodiazépines administré selon le score CIWA-Ar.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non, il n'y a pas de précisions.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'hypothèse est qu'un protocole à base de phénobarbital comme traitement du syndrome de sevrage alcoolique est une option thérapeutique efficace par rapport au protocole basé sur l'administration de benzodiazépines. Ainsi ce nouveau protocole pourrait contribuer à une nouvelle alternative pour le traitement du sevrage alcoolique.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Étude de cohorte rétrospective.
Le devis est-il bien détaillé ?	Il n'est pas détaillé avec précisions.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Le Sterling Institutional Review Board a approuvé l'étude et renoncé à l'obligation d'obtenir un consentement éclairé.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Non, il n'y a pas de précisions.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les patients qui ont reçu l'un des deux protocoles thérapeutiques au cours de la période d'étude ont été identifiés par rapport à leur dossier médical dans le système informatique.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Les personnes ayant présenté un syndrome de sevrage alcoolique dans une unité des soins intensifs à l'hôpital universitaire privé de Nashville.
Comment se réalise la sélection des participants ?	En faisant des recherches dans les dossiers informatisés des patients pour savoir s'ils avaient été touchés par un syndrome de sevrage alcoolique entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2016 et le 30 juin 2017.

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Oui.</p> <p>Inclusion : Les patients ayant été traités par l'un des deux protocoles pour un syndrome de sevrage alcoolique dans le service des soins intensifs de l'hôpital universitaire privé de Nashville.</p> <p>Exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si les patients avaient reçu un traitement à base de benzodiazépines selon le score de CIWA-Ar pendant plus de 24h avant de commencer le protocole à base du phénobarbital</li> <li>• S'ils n'avaient reçu aucune dose de l'un ou l'autre protocole</li> <li>• Si les femmes étaient enceintes ou avaient un test de grossesse positif</li> <li>• S'ils étaient partis contre avis médical dans les 24h00 suivant l'arrivée</li> <li>• S'ils étaient morts dans les 24h</li> <li>• S'ils avaient reçu du phénobarbital comme médicament « d'entretien ».</li> </ul>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Oui, il y a eu une répartition égale entre les patients ayant reçu un traitement à base de benzodiazépines selon le score de CIWA-Ar et ceux ayant suivi le protocole à base de phénobarbital.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Ils ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion et d'exclusion.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Les chercheurs souhaitaient avoir le même nombre de participants dans les deux groupes
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	La collecte d'informations s'est faite sous forme d'un examen manuel rétrospectif des dossiers des patients.

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Il semble qu'elle se soit faite en une fois.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Non, il n'y a pas de précisions.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non, il n'y a pas de précisions donnée.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Il n'y a pas d'intervention. Ils ont uniquement fait une collecte d'informations dans les dossiers des patients.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	-
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	Test T pour les variables continues Test r2 pour les variables nominales Analyses statistiques à l'aide de JMP Pro, version 11.2.0.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Non, elles ne sont pas justifiées.

## Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Ce sont des personnes qui ont été soignées pour un syndrome de sevrage alcoolique.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Il y a 120 participants. Il y a des données démographiques telles que l'âge, le sexe, l'ethnie, les comorbidités, l'antécédent d'un delirium tremens et les valeurs de laboratoire anormales.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Oui, on sait que les données récoltées ont été prises entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2016 et le 30 juin 2017.
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<p>Le recours au protocole de phénobarbital a été associé à une réduction statistiquement significative de la durée de séjour dans l'unité des soins intensifs de 2 jours (<math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Le protocole phénobarbital a également été associé à une réduction statistiquement significative de la durée totale de séjour à l'hôpital de 2,6 jours (<math>p &lt; 0,004</math>).</p> <p>Les équivalents cumulés moyens de lorazépam étaient significativement plus faibles chez les patients traités par phénobarbital (<math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Le nombre de patients recevant de la dexmédétomidine était beaucoup plus faible chez le groupe phénobarbital (<math>p &lt; 0,002</math>).</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	<p>Incidence plus faible de la ventilation mécanique chez les patients traités par le protocole phénobarbital.</p> <p>Utilisation plus faible de médicaments d'appoints pour contrôler les symptômes de sevrage dans le groupe traité par le phénobarbital.</p>

## Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui, la discussion reprend tous les résultats avec des valeurs significatives et autres résultats importants.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	En , effet le phénobarbital pourrait être une alternative dans le traitement du sevrage alcoolique du fait que les patients on eu des durées de séjour aux soins intensifs et à l'hôpital moins longs, qu'ils ont nécessité de moins de médication d'appoint et d'une incidence plus faible à la ventilation mécanique.
<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences..)	D'autres études ont montré une diminution d'admission aux soins intensifs et une tendance à la réduction de la durée des séjours avec un traitement du sevrage alcoolique à base de phénobarbital. La réduction des besoins des médicaments d'appoints avait déjà aussi été démontrée dans d'autres études.  Les autres études menées avaient des échantillons de taille similaire ou inférieure.
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Pour la recherche : faire une étude d'essai prospectif à plus grande échelle.
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Ce nouveau protocole permettrait de réduire les coûts en diminuant les durées d'hospitalisation.  L'utilisation de phénobarbital dans le traitement des sevrages alcooliques permettrait aussi aux infirmières de diminuer leurs surveillances par rapport à un protocole de benzodiazépines basé sur l'échelle CIWA-Ar.

<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille de l'échantillon</li> <li>• La conception rétrospective</li> <li>• L'absence d'incidence observée, d'échec thérapeutique ou d'événements indésirables graves</li> <li>• Une analyse complète de la sécurité n'a pas été réalisée.</li> </ul>

### Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	L'objectif visé était de démontrer qu'un protocole à base de phénobarbital dans le traitement des sevrages alcooliques était une bonne alternative aux benzodiazépines. En effet, ce protocole a démontré qu'il pouvait être une bonne alternative.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Ce protocole a démontré des résultats statistiquement significatifs concernant la baisse des séjours aux soins intensifs ainsi que de l'hospitalisation générale, la diminution de l'utilisation dexmédétomidine et une dose cumulée de lorazépam plus faible, qu'avec un protocole à base de benzodiazépines.

## Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures.

### Identification de l'article et du résumé

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures
Thèmes abordés	Le thème de cet article est les prédicteurs cliniques potentiels du delirium tremens chez les patients alcooliques.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Il se réfère aux patients alcooliques et à la question de savoir quels sont les prédicteurs cliniques du delirium tremens
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	Dong Wook Kim Hyun Kyung Kim Eun-Kee Bae So-Hee Park Kwang Ki Kim

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p><b>Dong Wook Kim</b> : Department of Neurology, Konkuk University School of Medicine, Seoul, Korea</p> <p><b>Hyun Kyung Kim</b> : Department of Neurology, National Medical Center, Seoul, Korea</p> <p><b>Eun-Kee Bae</b> : Department of Neurology, Inha University Hospital, Incheon, Korea</p> <p><b>So-Hee Park</b> : Department of Neurology, Konkuk University School of Medicine, Seoul, Korea</p> <p><b>Kwang Ki Kim</b> : Department of Neurology, Dongguk University Ilsan Hospital, Ilsan, Korea</p>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Il n'y a pas de mots clés présentés dans l'article.
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p><b>Objectifs</b> : Identifier des prédicteurs cliniques ou de laboratoire du delirium tremens chez les personnes souffrant d'une crise de sevrage alcoolique. Car la détection précoce des patients à haut risque est importante pour la gestion préventive des épisodes inattendus dus à l'agitation et à la mortalité accrue associée.</p> <p><b>Méthodologie</b> : Observation des patients venus en urgence pour une crise aiguë (dont le sevrage alcoolique est le seul ou le plus prédicteur de la crise) pendant 48h00 afin de surveiller les signes vitaux et la survenue des DT. Les patients ont été séparés en deux groupes. Un avec les patients non atteints de DT et l'autre avec les patients atteints de DT. Les résultats cliniques et de laboratoire ont été analysés pour prédire le développement du DT.</p> <p><b>Résultats</b> : sur 97 patients 34 ont développé un DT. Un faible nombre de plaquettes, un taux élevé d'homocystéine et un faible taux de pyridoxine dans le sang ont été associés au développement ultérieur du delirium tremens.</p>

## Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
<p>Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>	<p>Oui, les auteurs expliquent que l'identification précoce des patients à haut risque est importante pour la gestion clinique appropriée, un traitement rapide et pour éviter la survenue d'un accident inattendu dû à l'agitation.</p> <p>Il est écrit qu'une identification tardive du DT est potentiellement associée une morbidité et mortalité graves résultantes d'une hyperthermie, d'arythmie cardiaque, de complication de convulsions ou de troubles médicaux concomitants.</p> <p>L'article nous dit également qu'il est souvent difficile d'évaluer le risque de DT chez les patients souffrant d'une crise de sevrage alcoolique.</p>
<b>2. Originalité</b>	
<p>Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?</p>	<p>Les auteurs expliquent qu'il existe peu d'études sur les prédicteurs cliniques ou de laboratoire du développement du DT chez les patients souffrant de crises de sevrage alcoolique d'où l'originalité de l'étude.</p>
<b>3. Plan de l'article</b>	
<p>Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?</p>	<p>Il n'y a pas de plan détaillé. L'abstract résume bien le contenu de l'article.</p>
<p>Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>	<p>L'objectif de cet article est de prouver la présence de marqueurs cliniques ou de laboratoire prédicteurs d'un delirium tremens chez une personne en crise de sevrage alcoolique. Cette mise en évidence permettrait de détecter plus précocement la venue d'un delirium tremens et donc une meilleure gestion de celui-ci.</p>

### Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non, il n'y a pas de modèle théorique ni de cadre conceptuel
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	-
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Il n'y a aucune limite ou contrainte provenant d'autres auteurs.

### Article portant sur une étude

#### Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'homocystéine</li> <li>• Le folate</li> <li>• La vitamine B12</li> <li>• La pyridoxine</li> <li>• Les thrombocytes</li> <li>• La survenue de DT</li> </ul>

Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Non, il n'y a pas de précisions.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	L'objectif de cette recherche est d'identifier de potentiels prédictors cliniques ou de laboratoire du delirium tremens chez les patients souffrant d'une crise de sevrage afin d'avoir une meilleure gestion clinique de celui-ci.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non, il n'y a pas de précisions.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les auteurs ne définissent pas d'hypothèse de recherche. Nous pouvons supposer que l'hypothèse de recherche est qu'il existe des prédictors cliniques ou de laboratoire du delirium tremens.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Il s'agit d'une étude rétrospective.
Le devis est-il bien détaillé ?	Il n'y a pas beaucoup de détails.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Les comités éthiques locaux ont approuvé l'étude et tous les participants et soignants ont donné leur consentement éclairé.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Il n'y a pas de précision.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Des échantillons de sang veineux ont été prélevés, dès l'arrivée des patients aux urgences, avant le début du traitement (à l'exception du sérum physiologique et l'injection intraveineuse de benzodiazépine comme traitement d'urgence de la crise). Les patients ont été soigneusement observés pendant 48h dans l'unité de soins intensifs. Et le médecin a posé les diagnostics de delirium tremens. Les patients ont été divisés en deux groupes, patients atteints ou non atteints de delirium tremens. Les caractéristiques cliniques et les tests de laboratoire entre les deux groupes ont été comparés.

<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Les patients alcooliques développant une crise de sevrage alcoolique. La population est bien définie.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Les patients qui se sont rendus au service des urgences de quatre hôpitaux de référence pour crises aiguës entre janvier 2013 et octobre 2014 avec un sevrage alcoolique comme seul ou plus fort facteur déclenchant de la crise (sur l'évaluation des médecins).
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients présentant une crise de sevrage alcoolique</li> </ul> <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres types de crises aiguës (déséquilibre électrolytique, hypoglycémie, hyperglycémie, lésion cérébrale traumatique, AVC ischémique ou hémorragique)</li> <li>• Durée d'hospitalisation insuffisante pour l'observation</li> <li>• Diagnostic d'épilepsie</li> <li>• ATCD de delirium tremens</li> <li>• Patients souffrant de maladie rénale chronique</li> <li>• Patients avec supplément de folate ou de vitamines</li> </ul> <p>Sur 113 patients souffrant d'un syndrome de sevrage alcoolique, 16 ont été exclus pour les diverses raisons citées ci dessus. Au total 97 participants à l'étude, dont 34 avec un DT et 63 sans.</p>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	<p>Oui, il y a deux groupes. Un groupe avec les patients qui n'ont pas développé de delirium tremens et un autre avec les patients qui ont développé un DT.</p> <p>Cette répartition a été réalisée grâce au diagnostic posé par le médecin (selon le manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux 4<sup>e</sup> édition).</p>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Il n'y a pas de précision.

Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Il n'y a pas de précisions sur la justification de la taille de l'échantillon.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Des tests laboratoire sont utilisés comme instruments de mesure. (Numération de la formule sanguine complète, fonction hépatique, fonction rénale, cholestérol, lipoprotéine de basse densité, homocystéine, folate, vitamine B12 et pyridoxine.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Avec la prise de sang qui est faite à l'arrivée des patients aux urgences avant le début du traitement (à l'exception des perfusions de sérum physiologique et de l'injection intraveineuse de benzodiazépine comme traitement d'urgence de la crise).
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Non, il n'y a pas de précisions sur la passation et la cotation des outils.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non, il n'y a pas de précisions données sur la variable indépendante.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Il n'y a pas d'interventions.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	-

## Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Il s'agit des personnes souffrant d'une crise de servage alcoolique avec complication de DT (n=34) ou non (n=63).
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Nous avons des précisions sur l'âge et le sexe des participants et également s'ils présentent des lésions structurelles ou non.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	La période de collecte de données s'est faite entre janvier 2013 et octobre 2014
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0.05$ ) ?	Les auteurs ont observé une faible nombre de plaquettes ( $p=0,001$ ), un taux élevé d'homocystéine dans le sang ( $p=0,001$ ) et un taux élevé de pyridoxine dans le sang ( $p=0,011$ ) associé au développement du delirium tremens
Quels sont les autres résultats importants ?	Il n'y avait pas de corrélation entre les résultats de laboratoire incluant l'homocystéine, le folate, la vitamine B12 et la pyridoxine.  L'hyperhomocystéinémie et la thrombocytopenie étaient des facteurs de risque indépendants pour le développement du delirium tremens.

## Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui, les auteurs mentionnent les résultats qui sont significatifs.

Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Les auteurs ont pu trouver plusieurs marqueurs associés au développement ultérieur de crises de sevrage alcoolique et/ou de deliriums tremens. Ainsi une détection précoce de ces marqueurs permettrait de mettre un traitement intensif pour prévenir et gérer le delirum tremens. Ceci aurait comme conséquence une diminution de la mortalité et des accidents inattendus liés au delirium tremens.
<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences..)	D'autres études antérieures avaient relevé la présence de marqueurs notamment un faible nombre de plaquettes, faible niveau de potassium dans le sang et un niveau élevé d'homocystéine.
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Les résultats suggèrent que les patients atteints de thrombocytopénie et d'hyperhomocystéinémie ont besoin d'un traitement intensif pour la prévention et la gestion du delirum tremens afin d'éviter les complications et la mortalité liée à celui-ci.
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	<p>Les données suggèrent que l'administration active de vitamine B12, de folate et de pyridoxine pour peuvent réduire le taux d'homocystéine et donc prévenir l'apparition du delirium tremens.</p> <p>Les recommandations actuelles de prise en charge sont axées sur le contrôle rapide et adéquat de l'agitation avec des médicaments hypnotiques sédatifs.</p>

<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>Voici les limites présentées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seul un petit nombre de patients a été inclus</li> <li>• La corrélation de plusieurs marqueurs avec le développement de delirium tremens pourrait être une question de chance</li> <li>• Le fait de ne pas avoir mesuré les marqueurs cliniques du delirium tremens</li> <li>• Le diagnostic a été posé uniquement par le médecin traitant, il est donc possible que la classification des patients avec delirium tremens ou sans soit biaisée par les informations cliniques</li> <li>• Les patients participants à l'étude ne sont pas représentatifs des patients généraux souffrant de crise de sevrage alcoolique, car tous les patients ont été recrutés dans les services d'urgences des hôpitaux tertiaires de référence.</li> </ul>

### Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Les auteurs ont mis en évidence plusieurs marqueurs circulatoires impliqués dans le développement de delirium tremens chez les patients souffrant d'une crise de sevrage alcoolique.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Les auteurs relèvent une hyperhomocystéinémie dans le développement du delirium tremens.</p> <p>Il faible taux de pyridoxine est observé lors du développement d'un DT mais n'est pas un facteur de risque indépendant.</p> <p>Un faible taux de plaquettes est un facteur de risque indépendant pour le développement du DT</p>

**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.**

**Identification de l'article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	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
Thèmes abordés	Le sevrage alcoolique et la PAWSS outils permettant d'évaluer sa gravité.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Il se réfère aux patients hospitalisés pour une raison médicale. Il se réfère à la question de validité de l'échelle prédiction de la gravité du sevrage alcoolique (PAWSS)
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• José R. Maldonado</li> <li>• Yelizaveta Sher</li> <li>• Smita Das,</li> <li>• Kelsey Hills-Evans</li> <li>• Anna Frenklach</li> <li>• Sermak Lolak</li> <li>• Rachel Talley</li> <li>• Eric Neri</li> </ul>

<p>Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>José R. Maldonado</b> : Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA</li> <li>• <b>Yelizaveta Sher</b> : Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA</li> <li>• <b>Smita Das</b> : Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA</li> <li>• <b>Kelsey Hills-Evans</b> : vStanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA</li> <li>• <b>Anna Frenklach</b> : Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA</li> <li>• <b>Sermsak Lolak</b> : The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA</li> <li>• <b>Rachel Talley</b> : New York Presbyterian/Columbia University Medical Center, NewYork, NY, USA</li> <li>• <b>Eric Neri</b> : Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA</li> </ul>
<p><b>3. Mots clés</b></p>	
<p>Mots clés (noter les mots clés)</p>	<p>Il n'y a pas de mots clés décrits dans l'article.</p>

#### 4. Résumé

Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats

**Objectifs :** C'est de tester et de valider de manière prospective l'échelle de prédiction de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale - PAWSS), un nouvel outil permettant d'identifier les patients à risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique compliqué, chez les patients hospitalisés pour raisons médicales.

**Méthode :** Les chercheurs ont pris tous les sujets hospitalisés dans des unités de médecine générale et de chirurgie sur une période de 12 mois. Les participants ont été évalués de manière indépendante et aveugle sur une base quotidienne avec le PAWSS, le Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol (CIWA-Ar) et un suivi clinique tout au long de leur admission afin de déterminer la présence et la gravité du syndrome de sevrage alcoolique.

**Résultats :** Score PAWSS : Groupe A (EFTA < 4 ; considéré comme à faible risque pour les syndromes de sevrage compliqués) ; Groupe B (EFTA ) ≥ 4 ; considéré comme à haut risque pour les syndromes de sevrage complexes. Les résultats de cette étude suggèrent que, en utilisant un seuil de 4 pour le PAWSS, la sensibilité de l'outil pour l'identification de syndromes de sevrage complexes est de 93,1 % (95 % IC [77,2, 99,2 %]), la spécificité est de 99,5 % (95 % IC [98,1, 99,9 %]), la valeur prédictive positive est de 93,1 % et la valeur prédictive négative est de 99,5 % ; et à une excellente fiabilité inter-juges avec le coefficient de concordance de Lin de 0,963 (95 % IC [0,936, 0,979]).

## Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
<p>Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>	<p>Oui, l'étude repose sur plusieurs observations, faits et données statistiques, on retrouve ces différentes données dans la partie introduction de l'étude.</p> <p>Voici quelques éléments importants :</p> <p>Dans une récente méta-analyse et d'autres résultats, il a été remarqué que les professionnels de la santé éprouvent des difficultés à identifier une consommation problématique d'alcool.</p> <p>Des études démontrent que jusqu'à 20% des patients développent des syndromes de sevrage alcoolique compliqué et 10% développent un délirium trémens.</p> <p>D'autres études disent que les syndromes de sevrage compliqués sont associés à une augmentation de la morbidité et mortalité en milieu hospitalier, une détérioration du fonctionnement cognitif, à une augmentation du séjour et des coûts, à une augmentation de la charge et de la frustration du personnel infirmier et médical.</p> <p>De plus l'échelle PAWSS avait déjà été testée dans le cadre d'une étude pilote.</p>
<b>2. Originalité</b>	
<p>Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?</p>	<p>En raison de l'absence d'outils similaires existants, ils ont mis au point cette échelle de prédiction de la gravité du sevrage alcoolique.</p>
<b>3. Plan de l'article</b>	
<p>Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?</p>	<p>Il n'y a pas de plan. Les étapes à venir sont claires grâce à l'abstract et aux titres.</p>
<p>Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>	<p>Évaluer la validité de l'échelle PAWSS dans une population plus large afin d'avoir un outil identifiant les patients risquant de faire une crise de sevrage alcoolique compliqué.</p>

### Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	Il n'y a pas de modèle théorique cadre conceptuel.
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Les auteurs ne déclarent aucun intérêt patrimonial ou commercial dans aucun des produits mentionnés ou concepts abordés dans cet article.

### Article portant sur une étude quantitative

#### Méthodologie

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	Le score PAWSS est la variable indépendante Le développement de syndrome de sevrage compliqué est la variable dépendante
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui

Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Évaluer la capacité de l'échelle PAWSS à prédire les syndromes de sevrage compliqués, en ce qui concerne sa sensibilité, sa spécificité, ses valeurs prédictives positives et négatives.  Différences entre les caractéristiques démographiques des patients ayant un score PAWSS élevé et faible.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Score PAWSS, variable indépendante. Développement de syndrome de sevrage compliqué, variable dépendante.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Il n'y a pas d'hypothèse. Mais on peut sous-entendre que l'hypothèse de recherche est que l'échelle PAWSS est un outil efficace pour prédire l'apparition d'un syndrome de sevrage alcoolique chez les patients hospitalisés et permettre une meilleure prise en charge de ces patients.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Étude de validation prospective.
Le devis est-il bien détaillé ?	Non
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Les auteurs ont obtenu l'autorisation de l'institutional Review Board et de leur institution. Tous les participants ont donné leur consentement.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Non
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Elle se réalise sur plusieurs jours. Les données démographiques des patients, leur diagnostic primaire, leurs comorbidités, leurs résultats à l'échelle PAWSS et ceux du score CIW-Ar et de l'échelle AWS ont été récoltés.

<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Tous les patients hospitalisés pour des raisons médicales en chirurgie ou en médecine interne générale du centre médical universitaire de Stanford.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Vaste essai prospectif sur les patients médicalement malades hospitalisés dans les services de médecine interne et chirurgie générale du centre médical universitaire de Stanford entre mai 2012 et avril 2013.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Oui.</p> <p>Inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout patient directement admis dans les unités de médecine générale et chirurgie, depuis le service des urgences, les cliniques externes ou le milieu communautaire dans les 24h précédentes ou transféré d'autres unités médicales hospitalières dans les 48h suivant l'admission</li> <li>• Âgé de 18 ans</li> <li>• Être capable de communiquer en anglais</li> <li>• Désireux, capable, et consentant à participer à l'étude.</li> </ul> <p>Exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients transférés d'établissements médicaux externes</li> <li>• Patients qui ne devaient rester moins de 48h après leur inscription à l'étude</li> <li>• Patients souffrants de trouble épileptique actif et non contrôlé</li> <li>• Patients avec sevrage alcoolique actif et sévère</li> <li>• Patients incapables de comprendre le questionnaire PAWSS</li> <li>• Patients incapables ou non désireux de consentir à l'étude</li> <li>• Patients jugés inappropriés pour participer à l'étude en raison de la gravité de leur état de santé ou de circonstances extrêmes.</li> </ul>

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Oui , il y a eu deux groupes. Le groupe A avec un score PAWSS <4 dit négatif et le groupe B avec un score PAWSS >4 dit positif.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Non
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Selon le diagramme de flux, 1533 patients sont admis pour participer à l'étude et selon les les critères d'exclusion, il y a finalement 403 patients qui ont participé à l'étude.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>Les échelles ci-dessous sont utilisées pour mesurer des données chez les participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle PAWSS</li> <li>• Échelle CIWA</li> <li>• AWS scale.</li> </ul>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<p>Les patients qui ont donné leur consentement ont ensuite été suivis par l'équipe de recherche pendant un maximum de trois jours. Le premier jour comprenait le processus de consentement éclairé et l'évaluation unique avec l'échelle PAWSS par un membre de l'équipe de recherche sans tenir compte des caractéristiques cliniques du patient et des résultats d'autres outils de recherche.</p> <p>Les jours 1,2,3 tous les participants ont été évalués à l'aide du CIWA-Ar toutes les 8h par leur infirmière et à l'aide de l'échelle de gravité du sevrage alcoolique (AWS scale) deux fois par jour par un membre de l'équipe de recherche, là encore sans tenir compte des résultats de toutes les autres évaluations. Si les participants présentaient des symptômes de l'échelle AWS, les évaluations CIWA-Ar étaient effectuées plus fréquemment afin de permettre une surveillance étroite de la réponse du patient au traitement. Les patients rentrés avant le 3<sup>ème</sup> jour ont été évalués avec le CIWA-Ar par téléphone le 3<sup>ème</sup> jour. Toutes les notes cliniques, les médicaments, les mesures de fonctionnement autonomes, le CIWA-Ar, les scores de l'échelle AWS et les autres données relatives à l'absence ou à la présence de syndrome de sevrage alcoolique selon les critères du DSM-IV-TR ont été recueillis ainsi que d'autres variables du dossier médical.</p>

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont- elles ?	L'évaluation à l'aide de l'échelle PAWSS a été réalisée une fois par patients.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Il n'y a pas de précision.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	L'intervention dans cette étude est l'évaluation avec l'échelle PAWSS.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Évaluation selon l'échelle PAWSS le 1 <sup>er</sup> jour de la participation à l'étude par les chercheurs.

<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
<p>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)</p>	<p>Les données démographiques ont été résumées sous forme de moyennes. Des rapports Z ont été calculés pour tester les différences entre les patients ayant un score PAWSS positif <math>&gt;4</math> et les patients ayant un score PAWSS négatif <math>&lt;4</math>. Des tests T ont été effectués pour tester les différences entre les moyennes.</p> <p>Les évaluations initiales de l'état de santé des patients ont été menées par deux membres indépendants de l'équipe de recherche, sans tenir compte des résultats de chacun. Les coefficients de concordance de Kappa et Lin de Cohen ont été calculés pour évaluer la fiabilité de l'outil dans un échantillon aléatoire de 49 patients.</p> <p>Compte tenu des hypothèses posées à partir de l'étude pilote antérieure, les auteurs ont calculé que 400 sujets fourniraient une puissance de <math>&gt;80\%</math> pour trouver une différence significative entre les deux groupes avec un niveau alpha bilatéral de 0,05 en utilisant le logiciel informatique « Java applets for power and sample size »</p> <p>Un PAWSS de 4 a été utilisé comme point de référence pour la prédiction des syndromes alcooliques compliqués. La qualité et l'efficacité de l'échelle ont été calculées en utilisant le même seuil de 4 pour l'IPSA. Une analyse ROC et QROC ont été calculés pour réévaluer le score de coupure optimal du PAWSS. Ces valeurs ont été confirmées en utilisant un modèle de régression logistique.</p>
<p>Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?</p>	<p>Non, elles ne sont pas justifiées.</p>

## Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Patients hospitalisés en chirurgie ou médecine générale.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, il y a les données démographiques (âge, sexe et ethnicité). Env. 50% des sujets sont masculins et en grande partie caucasiens.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	En mai 2012 et avril 2013.
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	Différences statistiquement significatives pour l'âge entre les deux groupes ( $p < 0,0002$ ) Les patients avec un score PAWSS étaient majoritairement plus sujets à un trouble psychiatrique ( $p < 0,001$ ) à des troubles liés à la consommation de substances ( $p < 0,0008$ ) ou à un trouble de l'humeur ( $p < 0,0001$ )

Quels sont les autres résultats importants ?

Sur les 374 sujets dont on a prédit qu'ils n'étaient pas à risque, 372 n'ont jamais connu de complications. Les auteurs ont donc rencontré deux cas de faux négatifs.

Sur 29 sujets prédits comme étant à haut risque, 27 ont présenté des symptômes compatibles avec un syndrome de sevrage alcoolique compliqué nécessitant une prise en charge pharmacologique. Les auteurs ont donc rencontré deux cas de faux positifs.

Il convient de noter que seulement 17 des 27 patients ayant obtenu un score positif au PAWSS présentaient effectivement un syndrome de sevrage alcoolique compliqué.

La sensibilité de l'outil pour l'identification de STA complexes est de 93,1 % (95 % IC [77,2, 99,2 %]), la spécificité est de 99,5 % (95 % IC [98,1, 99,9 %]), la valeur prédictive positive est de 93,1 % et la valeur prédictive négative est de 99,5 %. Cette échelle a une excellente fiabilité avec le coefficient de concordance de Lin de 0,963 (95 % IC [0,936, 0,979]).

Les analyses ROC et QROC ont confirmé les conclusions précédentes basées sur l'étude pilote originale, selon laquelle un score PAWSS de "4" est le point de coupe avec des caractéristiques psychométriques optimales.

Un modèle de régression logistique, confirmant à nouveau un score PAWSS  $\geq 4$  comme le meilleur prédicteur d'un syndrome de sevrage alcoolique compliqué.

Les résultats démontrent que le PAWSS possède d'excellentes caractéristiques psychométriques et une bonne valeur prédictive du sevrage alcoolique compliqué chez les patients hospitalisés pour des raisons médicales.

## Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui, il reprend les résultats importants de l'étude.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Les auteurs expliquent que cette étude démontre que l'échelle PAWSS possède d'excellentes caractéristiques et une bonne valeur prédictive du sevrage alcoolique compliqué chez les patients hospitalisés pour des raisons médicales. Étant donné le nombre relativement important de patients médicalement malades qui consomment de l'alcool de manière excessive ou incontrôlée et donc le risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique, l'utilisation de l'échelle PAWSS permet d'améliorer la qualité des soins aux patients hospitalisés.
<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,...)	Certaines études montrent qu'un âge avancé est un facteur de risque du sevrage alcoolique compliqué d'autres au contraire démontrent qu'un jeune âge est un facteur de risque du développement du sevrage alcoolique. Les résultats de cette étude démontrent que les patients positifs sont plus jeunes que les négatifs (différence statistiquement significative).  Les résultats obtenus reflètent ceux de l'étude pilote antérieure.
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Pratique : utilisation de l'échelle PAWSS pour prédire le risque de sevrage alcoolique compliqué chez les patients hospitalisés pour des raisons médicales.  Recherche : Les études futures devraient porter sur un ensemble de données plus large. Couvrant de multiples contextes médicaux et de populations à plus au risque.

<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>L'utilisation de l'échelle PAWSS dans le cadre de la pratique clinique de routine et de l'évaluation des risques pourrait considérablement améliorer la capacité des cliniciens à estimer le risque de sevrage alcoolique compliqué, à accélérer le traitement ou permettre une intervention prophylactique et à améliorer les résultats pour les patients en évitant les conséquences néfastes potentielles d'un syndrome de sevrage compliqué.</p>
<p><b>4. Limites de la présente étude</b></p>	
<p>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certains patients ont été indépendamment suspectés par leur équipe primaire d'être à haut risque de sevrage compliqué à l'admission et ont été traités prophylactiquement pour le sevrage par l'équipe primaire et n'ont donc jamais connu l'assortiment complet des symptômes de sevrage compliqué.</li> <li>• L'étude comportait deux cas de faux positifs et deux de faux négatifs.</li> <li>• La prévalence relativement faible de syndrome de sevrage compliqué.</li> <li>• La majorité des patients étaient des patients de médecine.</li> </ul>

### Conclusions

<p><b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b></p>	
<p>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</p>	<p>Le PAWSS présente d'excellentes caractéristiques psychométriques et une valeur prédictive chez les patients hospitalisés pour des raisons médicales, ce qui aide les cliniciens à identifier les personnes à risque de syndrome alcoolique compliqué et permet de prévenir et traiter rapidement ce syndrome.</p>

<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Une analyse détaillée démontre que la sensibilité de l'outil pour l'identification de STA complexes est de 93,1 % (95 % IC [77,2, 99,2 %]), la spécificité est de 99,5 % (95 % IC [98,1, 99,9 %]), la valeur prédictive positive est de 93,1 % et la valeur prédictive négative est de 99,5 %. Cette échelle a une excellente fiabilité avec le coefficient de concordance de Lin de 0,963 (95 % IC [0,936, 0,979]).</p> <p>Les analyses ROC et QROC ont confirmé les conclusions précédentes basées sur l'étude pilote originale, selon laquelle un score PAWSS de "4" est le point de coupe avec des caractéristiques psychométriques optimales.</p> <p>Un modèle de régression logistique, confirmant à nouveau un score PAWSS <math>\geq 4</math> comme le meilleur prédicteur d'un syndrome de sevrage alcoolique compliqué.</p> <p>Les résultats démontrent que le PAWSS possède d'excellentes caractéristiques psychométriques et une valeur prédictive du sevrage alcoolique compliqué chez les patients hospitalisés pour des raisons médicales.</p>

## Correlation Between mMINDS And CIWA-Ar Scoring Tools In Patients With Alcohol Withdrawal Syndrome

### Identification de l'article et du résumé

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Correlation Between mMINDS And CIWA-Ar Scoring Tools In Patients With Alcohol Withdrawal Syndrome
Thèmes abordés	La corrélation entre le score CIVA-Ar et le mMINDS
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Population : Les patients atteints du syndrome de sevrage alcoolique. Question : Quelle est la corrélation entre le score CIWA-Ar et le score mMINDS ?
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	Audrey J. Littlefield, Mojdeh S. Heavner, Claire C. Eng, Dawn A. Cooper, Jason J. Heavner, Jeanette M. Kurtz, et Margaret A. Pisani.

<p>Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays</p>	<p><b>Audrey J. Littlefield:</b> responsable de la pharmacie dans l'unité de soins intensif cardiothoracique au NewYork-Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical Center, NewYork.</p> <p><b>Mojdeh S. Heavner:</b> professeure adjointe de soins intensifs, département de pratique et de sciencee pharmaceutiques, école de pharmacie de l'université du Maryland, Baltimore, Maryland.</p> <p><b>Claire C. Eng:</b> spécialiste en pharmacie clinique, soins intensifs, département de pharmacie, Memorial Hermann Katy Hospital, Katy, Texas.</p> <p><b>Dawn A. Cooper:</b> éducatrice de la ligne de service.</p> <p><b>Jason J. Heavner:</b> président de la section des soins intensifs, Uni- versity of Maryland Baltimore Washington Medical Center, Glen Burnie, Maryland.</p> <p><b>Jeanette M. Kurt :</b> directrice adjointe des services aux patients, unité de soins intensifs médicaux et unité de soins intensifs, département des soins infirmiers, Yale New Haven Hospital, New Haven, Connecticut.</p> <p><b>Margaret A. Pisani :</b> Professeure associée et directrice du Pulmonary and Critical Care Fellowship Program, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut.</p>
<p><b>3. Mots clés</b></p>	
<p>Mots clés (noter les mots clés)</p>	<p>Il n'y a pas de mots clés.</p>

#### 4. Résumé

<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p><b>Objectif :</b> Déterminer la corrélation entre l'outil CIWA-Ar et mMINDS chez les patients atteints du syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p><b>Méthodologie :</b> Étude prospective de corrélation menée dans un centre médical universitaire. Les patients traités pour un syndrome de sevrage alcoolique ont été identifiés et les échelles CIWA-Ar et mMINDS ont été utilisées à chaque moment requis par le protocole. Les données cliniques ont été obtenues à partir des dossiers médicaux électroniques. 185 score CIWA-Ar et mMINDS ont été recueillis chez 30 patients.</p> <p><b>Résultats :</b> Le coefficient de corrélation de Pearson sur l'ensemble des scores est de 0.87, ce qui indique une forte corrélation. Le coefficient de corrélation est de 0.87 pour les scores CIWA-Ar de 10 ou moins, et de 0.52 pour les scores CIWA-Ar supérieurs à 10. De fortes corrélations ont également été constatées pour le tremblement (0.98), l'agitation (0.84) et l'orientation (0.87).</p>
---	--

#### Introduction

##### 1. Pertinence

<p>Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>	<p>La justification de l'étude repose sur d'autres études ainsi que des constats théoriques.</p>
---	--

##### 2. Originalité

<p>Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?</p>	<p>Les auteurs expliquent que l'utilisation de deux outils différents de notation chez les patients hors unité de soins intensifs (CIWA-Ar) et en unité de soins intensifs peut-être difficile lors des transferts et se traduit par une mauvaise gestion ou des réadmissions répétées au SI en raison du manque de clareté et du manque d'un consensus sur les besoins actuels de traitement.</p>
--	--

<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Il n'y a pas de référence de plan.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	De déterminer la corrélation entre l'outil CIWA-Ar et mMINDS chez les patients atteints du syndrome de sevrage alcoolique.

### **Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques**

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Il n'y a pas de modèle théorique.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Il n'y a pas de limite provenant d'autres auteurs

## Article portant sur une étude quantitative

### Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La corrélation entre l'échelle CIWA-Ar et le mMINDS</li> <li>• Durée de séjour à l'hôpital</li> <li>• Durée de la thérapie YAWP</li> <li>• L'utilisation de médicaments adjuvants</li> <li>• Dose médiane de benzodiazépines</li> <li>• Les caractéristiques cliniques et démographiques.</li> </ul>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	<p>Les échelles sont clairement définies et même comparées à l'aide d'un tableau. Cependant, pas plus d'informations sur les autres variables.</p> <p>Le protocole YAWP a été instauré dans l'hôpital de Yale New Haven en 2011. Le YAWP associe un outil d'évaluation modifié (mMINDS) et 3 stratégies de traitement de benzodiazépines (lorazépam, diazépam et midazolam).</p>
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Quelle est la corrélation entre l'échelle CIWA-ar et l'échelle mMINDS ?
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Il n'y a pas de précisions.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les chercheurs ont émis l'hypothèse qu'il y a une forte corrélation entre les deux outils.

<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Il s'agit d'une étude de corrélation.
Le devis est-il bien détaillé ?	Il est implicite, mais compréhensible.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Le conseil d'examen institutionnel de l'université de Yale a considéré cette étude comme un projet d'amélioration de la qualité et a décrété inutile l'obtention du consentement éclairé des patients.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Non, pas de précisions.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	<p>Cette étude a été menée à l'hôpital de Yale New Haven. Les patients ayant été admis dans un service d'accueil de l'hôpital ou dans une unité de soins intensifs entre novembre 2015 et mars 2016 ont été inclus dans l'étude. Les patients traités pour un syndrome de sevrage alcoolique à l'aide du YAWP ont été identifiés quotidiennement par l'infirmière responsable et évalués s'ils pouvaient être inclus ou non.</p> <p>Au total, 9 infirmières ont été formées pour participer à l'étude et ont reçu des formations au sujet de l'utilisation de l'outil mMINDS et de l'échelle CIWA-Ar. Chaque infirmière a dû passer un test de compétences écrit.</p> <p>Les infirmières de jour et de nuit ont pratiqué le CIWA-Ar et le mMINDS au maximum. Les résultats mMINDS ont été documentés dans le dossier médical électronique et ont servi de base à l'administration des benzodiazépines. Les dossiers CIWA-Ar ont été enregistrés manuellement sur une feuille de collecte de données qui a été remise au coordinateur de l'étude.</p> <p>Les caractéristiques cliniques et démographiques ont été extraites des dossiers médicaux.</p>
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Oui, les patients de 18 ans et plus hospitalisés pour un syndrome de sevrage alcoolique.

Comment se réalise la sélection des participants ?	Les patients ayant été admis dans un service d'accueil de l'hôpital ou dans une unité de soins intensifs entre novembre 2015 et mars 2016 ont été inclus dans l'étude. Les patients traités pour un syndrome de sevrage alcoolique à l'aide du YAWP ont été identifiés quotidiennement par l'infirmière responsable et évalués s'ils pouvaient être inclus ou non.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient de 18 ans et plus</li> <li>• Admis dans l'unité de soins intensifs ou dans l'unité d'accueil entre novembre 2015 et mars 2016</li> <li>• Patient soigné par une infirmière formée à la méthode</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient soigné par une infirmière non formée.</li> </ul>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Il n'y a pas de répartition en groupe.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Pas de précision.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	30 patients ont été inclus dans l'analyse.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Les instruments de mesure sont l'échelle CIWA-Ar et l'échelle mMINDS. Elles sont clairement décrites.

<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p>Les infirmières de jour et de nuit ont pratiqué le CIWA-Ar et le mMINDS au maximum. Les résultats mMINDS ont été documentés dans le dossier médical électronique et ont servi de base à l'administration des benzodiazépines. Les dossiers CIWA-Ar ont été enregistrés manuellement sur une feuille de collecte de données qui a été remise au coordinateur de l'étude.</p> <p>Les scores CIWA-Ar et mMINDS ont été appliqués au maximum, cependant pas plus d'informations sur la passation.</p>
<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? Quelles sont-elles ?</p>	<p>Les échelles CIWA-Ar et mMINDS ont été utilisées le plus souvent possible, mais pas d'autres informations.</p>
<p>Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?</p>	<p>Pas de précisions.</p>
<p><b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b></p>	
<p>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</p>	<p>L'intervention est d'effectuer un score CIWA-Ar et mMINDS.</p>
<p>Comment l'intervention est-elle appliquée ?</p>	<p>Au total, 9 infirmières ont été formées pour participer à l'étude et ont reçu des formations au sujet de l'utilisation de l'outil mMINDS et de l'échelle CIWA-Ar. Chaque infirmière a dû passer un test de compétences écrit.</p>

<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests ...)	<p>Le coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrélation forte : &gt;0.8</li> <li>• Corrélation modérée : 0.5-0.8</li> <li>• Corrélation faible : &lt;0.5</li> </ul> <p>Les données continues ont été analysées à l'aide du test T de Student.</p> <p>Les données catégorielles avec le test R2.</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Les méthodes d'analyses ne sont pas justifiées.

### Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	30 patients ont été inclus dans l'analyse. Un total de 185 scores CIWA-Ar et mMinds ont été inclus dans l'étude.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Essentiellement des hommes blancs, d'âges moyens, l'indice de comorbidité de Charlson moyen était de 2.9, la majorité consommait de l'alcool quotidiennement (90%) et/ou avait des antécédents de sevrage alcoolique (77%).
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Novembre 2015 à mars 2016.

<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<p>Le coefficient de corrélation sur l'ensemble des 185 scores était de 0.82.</p> <p>De fortes corrélations ont été constatées pour les tremblements (0.98), l'agitation(0.84) et l'orientation (0.87).</p> <p>La corrélation la plus forte a été observée avec des scores CIWA-Ar et mMINDS de 10 ou moins.</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	Les corrélations étaient faibles pour les hallucinations et les perturbations tactiles (0.07) et visuelles (0.04).

### Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui, il dit que cette étude a démontré une forte corrélation entre les outils CIWA-Ar et mMINDS chez les patients atteints de syndrome de sevrage alcoolique.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l' de départ ?	L'étude a démontré une forte corrélation. L'hypothèse de départ était effectivement qu'une forte corrélation existait entre les deux outils. Leur corrélation indique qu'ils mesurent effectivement le même phénomène et que l'une et l'autre échelle peut donc être utilisée. Dans les détails, ils ont constaté que la corrélation était plus forte pour des scores de 10 ou moins. Ceci leur a permis de déterminer qu'un transfert des soins intensifs à l'unité pouvait être réalisé si le patient était évalué à 2 reprises avec des scores mMINDS à 10 ou moins et que le relais en unité pouvait se faire en sécurité et d'assurer ainsi ne meilleure transition entre les services. A noter que dans cet hôpital le service de soins intensifs n'utilise pas la même échelle que les services classiques.

<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,...)	L'outil CIWA-Ar a été validé uniquement chez les patients atteints d'un syndrome de sevrage alcoolique sans complication et n'a jamais été étudié chez les personnes nécessitant des soins intensifs. L'échelle mMINDS qui est plus objective pour les patients en soins intensifs n'a elle jamais été étudiée pour les patients présentant un syndrome de sevrage moins sévère. L'utilisation de ces deux outils distincts dans des services différents peut créer des difficultés lors des transferts d'un service à l'autre.
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Les chercheurs souhaitent effectuer des recherches futures qui examineront les taux de réadmission en USI en fonction des scores mMINDS à la sortie de l'USI.
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	<p>Les résultats de l'étude montrent que les scores mMINDS et CIWA-Ar sont fortement corrélés à des valeurs de 10 et moins. Ainsi, l'hôpital de Yale New Haven a mis en place un protocole de transition dans lequel les patients souffrant d'un syndrome de sevrage alcoolique avec au moins 2 scores mMINDS consécutifs de 10 ou moins peuvent être transférés vers l'unité générale, avec la mise en œuvre du CIWA-Ar pour évaluation. Ceci permet donc de réduire la durée de séjour en soins intensifs.</p> <p>Les résultats de ces études faciliteront l'amélioration des protocoles de soins du syndrome de sevrage alcoolique en facilitant la transition des soins entre les unités hospitalières.</p>

<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>Les infirmières ont été formées à l'utilisation du mMINDS, elles auraient cependant pu être plus à l'aise dans la notation de l'échelle CIWA-Ar.</p> <p>Vu la taille de l'échantillon, il se peut qu'il n'y ait pas eu suffisamment de patients pour évaluer correctement la corrélation à des scores supérieurs à 10.</p> <p>De plus, certains patients n'ont pas été inclus dans l'étude, car certains patients atteints de syndrome de sevrage alcoolique n'étaient pas pris en charge par des infirmières formées au protocole de l'étude au moment de l'étude.</p> <p>L'outil de notation mMINDS a été évalué uniquement chez les patients présentant des symptômes suffisamment sévères pour nécessiter une hospitalisation en USI. En conséquence, il est difficile de déterminer à quel point les patients souffrant de syndrome de sevrage alcoolique évalués avec le mMINDS sont suffisamment stables pour être transférés de l'unité de soins intensifs à l'unité générale.</p>

### Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Cette étude a montré une forte corrélation entre les scores mMINDS et CIWA-Ar, la corrélation la plus robuste étant observée avec des scores totaux de 10 ou moins. Les résultats de cette étude faciliteront l'amélioration des protocoles de soins du syndromes de sevrage en facilitant la transition des soins entre les unités hospitalières. Elle démonte également que l'éducation et la formation améliore la communication entre les équipes médicales et améliore les résultats des patients.</p>
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Une forte corrélation existe entre les scores mMINDS et CIWA-Ar.</p>

## Delirium tremens : Étude rétrospective de trente-neuf observations

### Identification de l'article et du résumé

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Alcohol withdrawal delirium : A retrospective case series of 39 patients. Delirium tremens: étude rétrospective de 39 observations.
Thèmes abordés	Le delirium tremens.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Des patients ayant fait un delirium tremens.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	N.Thiercelin, B, Andrianairina, A. Plat
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N.Thiercelin: Service d'addictologie, centre hospitalier général de Dreux</li> <li>• B, Andrianairina: Service d'addictologie, centre hospitalier général de Dreux</li> <li>• A. Plat: Unité de traitement ambulatoire des maladies addictives, hôpital de Beaujon</li> </ul>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Sevrage, alcool, delirium tremens, facteurs de risques.

#### 4. Résumé

<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p><b>Objectif :</b> Analyser des séjours hospitaliers où les patients ont vécus des DT afin d’avoir davantage de connaissances à ce sujet.</p> <p><b>Méthodes.</b> Les chercheurs ont extrait de la base de données PMSI, les séjours où un diagnostic de DT ayant été codé entre 2004 et 2009. Parmi ces séjours, l’analyse des comptes rendus d’hospitalisation a permis de sélectionner ceux pour lesquels un retour au dossier médical a été réalisé.</p> <p><b>Résultats :</b> Trente-neuf séjours pour DT ont été sélectionnés. L’âge moyen était de 48 ans ; 89,7 % des malades étaient des hommes. Majoritairement (89,7 %), des patients avaient été hospitalisés de manière non programmée via les urgences. Dans plus de la moitié des cas (51,3%), l’alcoolémie était nulle à l’entrée. Les motifs d’hospitalisation les plus fréquents étaient un syndrome de sevrage d’alcool (17,9 %), une chute/malaise (15,4 %), une crise convulsive généralisée (12,8 %). Environ un tiers des patients avaient un antécédent personnel de crise convulsive et 23,1 % de DT. Six patients (15,4 %) avaient été transférés en réanimation. Deux patients avaient développé un DT en postopératoire. Aucun décès n’était à constater.</p> <p><b>Conclusion :</b> L’amélioration des connaissances sur le DT est une piste pour rendre cette complication encore plus rare.</p>
---	--

### Introduction

#### 1. Pertinence

<p>Est-ce que la justification de l’étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>	<p>La justification repose sur des constats théoriques ainsi que des observations pratiques de la part des chercheurs.</p>
---	--

<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Pas de justification sur l'originalité.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Pas de présence de plan.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif est de décrire les caractéristiques cliniques et le parcours de soins des patients ayant développé un delirium tremens au CHG de Dreux.

### **Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques**

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Pas de modèle théorique ou de cadre conceptuel.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Pas de limites provenant d'autres auteurs.

## Article portant sur une étude quantitative

### Méthodologie

#### 1. Question de recherche

<p>Quelles sont les variables importantes ?</p>	<p>Sexe</p> <p>Tranches d'âge</p> <p>Hospitalisation programmée ou non</p> <p>Motifs d'hospitalisation</p> <p>Antécédants personnel</p> <p>Alcoolémie</p> <p>Labo (ASAT,ALAT ; Y-GT, TP, Kaliémie,VGM, Plaquettes)</p> <p>Fréquence cardiaque à l'admission</p> <p>Pression artérielle à l'admission</p> <p>Durée du DT</p> <p>Présence d'hallucinations visuelles et auditives</p> <p>Comorbidity infectieuse</p> <p>Crise convulsive au cours du séjour</p> <p>Recours à la réanimation ou non</p> <p>Service ou le diagnostic DT a été posé</p> <p>Utilisation de contention</p> <p>Opération chirurgicale au cours de l'hospitalisation</p> <p>Décès au cours de l'hospitalisation.</p>
---	---

Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Peu de définitions des variables, mais un tableau est présent.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Décrire les caractéristiques cliniques et le parcours de soins des patients ayant développé un DT au CHG de Dreux.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Pas de précisions.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Pas d'hypothèse de recherche.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Étude descriptive rétrospective.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui, les étapes effectuées afin de recueillir les informations sont bien détaillées
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Les auteurs stipulent qu'il n'y a eu aucun conflit d'intérêts.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Pas de précision.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les dossiers médicaux des patients ont été analysés afin de confirmer rétrospectivement le diagnostic de DT par la recherche des critères du DMS5 dans le dossier médical.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population est bien définie. Il s'agit de patients ayant eus un délirium trémens durant une hospitalisation.

Comment se réalise la sélection des participants ?	Les séjours pour DT ont été extraits de la base locale de données PMSI de 2004-2009, après sélection des résumés de séjours contenant le code diagnostic DT en diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé significatif. Les personnes dont le compte rendu d'hospitalisation évoquait clairement le diagnostic de DT ont été sélectionnées.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	L'unique critère d'inclusion est d'avoir eu un DT. Pas de critère d'exclusion.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Pas de répartition en groupe.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Par la recherche du code diagnostic F104 (DT) dans la base P.M.S.I., 118 séjours hospitaliers ont été sélectionnés. Après analyse des CRH, 49 séjours où le diagnostic de DT était clairement évoqué ont été retenus. Le retour au dossier médical sur ces 49 séjours a permis d'exclure dix d'entre eux pour lesquels les critères diagnostiques du DT n'étaient pas remplis malgré la présence d'un sevrage d'alcool. Nous avons donc sélectionné 39 séjours (soit 39 patients, dont quatre femmes), répartis sur cinq années.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Pas de précisions sur la taille de l'échantillon.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Pas d'instruments de mesure.

<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p>Certaines données n'ont pas pu être recueillies (durée de l'alcoolodépendance, consommation quotidienne déclarée, présence de comorbidités psychiatriques, polyconsommation, état nutritionnel), d'autre partiellement (doses de benzodiazépines et neuroleptiques reçues, délais entre l'apparition des symptômes et la première prise de benzodiazépines). Les données recueillies (âge, sexe, modalités personnelles de DT, de crises convulsives, alcoolémie à l'admission, apparition de symptômes de sevrage malgré une alcoolémie positive, bilan hépatique, numération de la formule sanguine, ionogramme sanguin, taux de prothrombine, tension artérielle, fréquence cardiaque, apparition de crise convulsive de sevrage, présence d'une comorbidité somatique dont infectieuse, durée de l'hospitalisation, durée du DT, utilisation de contention, présence d'hallucinations, transfert en réanimation, décès) ont été saisies sous Excel® et analysées sous Epi info.</p>
<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?</p>	<p>Pas de précisions sur la passation et cotation des outils.</p>
<p>Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?</p>	<p>Pas de précisions.</p>
<p><b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b></p>	
<p>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</p>	<p>Il n'y a pas eu d'intervention.</p>
<p>Comment l'intervention est-elle appliquée ?</p>	<p>/</p>
<p><b>6. Méthode d'analyse des données</b></p>	
<p>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)</p>	<p>Les données ont été analysées sous Epi infos.</p>

Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Pas de justifications au sujet des méthodes d'analyses.
---	---

## Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	39 séjours (39 patients ayant eu un DT ont été sélectionnés).
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	<p>35 hommes, 4 femmes</p> <p>L'âge moyen et l'âge médian étaient de 48 ans</p> <p>La population était principalement des hommes entre 40 et 59 ans</p> <p>89.7% des patients avaient été hospitalisés de manière non programmée par le biais des urgences</p> <p>Lorsque l'alcoolémie avait été réalisée (chez 26 patients), elle était négative dans 73% des cas</p> <p>Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient : syndrome de sevrage alcoolique (17,9%), chute ou malaise (15.4%), crise convulsive (12.8)</p> <p>Un tiers des patients avait un antécédent de crise convulsive et 23.1% avaient un antécédent de DT</p> <p>59% des patients n'avaient aucun antécédent de complications de sevrage.</p>
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Entre 2004 et 2009.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	Pas de résultats statistiquement significatifs, il n'y a pas eu de tests afin de savoir si les résultats étaient significatifs.

<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>32 hommes, 4 femmes</p> <p>L'âge moyen et l'âge médian étaient de 48 ans. La population était principalement des hommes entre 40 et 59 ans.</p> <p>89.7% des patients avaient été hospitalisés de manière non programmée par le biais des urgences.</p> <p>Lorsque l'alcoolémie avait été réalisée (chez 26 patients), elle était négative dans 73% des cas.</p> <p>Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient : syndrome de sevrage alcoolique (17,9%), chute ou malaise (15.4%), crise convulsive (12.8).</p> <p>Un tiers des patients avait un antécédent de crise convulsive et 23.1% avaient un antécédent de DT.</p> <p>59% des patients n'avaient aucun antécédent de complications de sevrage.</p> <p>Aucun décès n'est intervenu dans la population de l'étude.</p> <p>Dans plus de la moitié des cas (51,3 %), l'alcoolémie au moment de l'arrivée à l'hôpital était nulle (&lt; 0,1 g/L). Sept patients avaient une alcoolémie positive et quatre d'entre eux avaient présenté des symptômes de sevrage malgré une alcoolémie positive.</p> <p>Les enzymes hépatiques étaient souvent perturbées (ASAT (69.2%) , ALAT,(41%) ,GAMMA-GT (79.4%)). On notait par ailleurs la présence régulière d'une hypokaliémie (33,3% des cas), d'une macrocytose (35,9%) et d'une thrombopénie (71,8%). La présence d'une comorbidité somatique et en particulier infectieuse était fréquente (30,8 %).</p> <p>Onze patients (28,2%) avaient eu une crise convulsive. Pour cinq d'entre eux, il s'agissait du motif d'hospitalisation sans notion de récurrence au cours du séjour. Sept de ces 11 patients avaient un antécédent de crise convulsive et deux un antécédent de DT. Deux patients (5,1 %) avaient été opérés avant la survenue du DT (mise en place d'une prothèse totale de hanche pour l'un et traitement d'une compression du nerf sciatique poplité externe pour l'autre).</p> <p>Dans plus de la moitié des cas de DT, il y a eu une prescription de contentions.</p> <p>Six patients (soit 15,4%, cinq hommes et une femme) avaient nécessité un transfert en réanimation.</p> <p>Il existait une comorbidité somatique pour cinq d'entre eux : deux interventions chirurgicales, une pancréatite aiguë nécrotique, une pancréatite aiguë associée à un syndrome septique sans précision et une intoxication médicamenteuse volontaire.</p>
---	---

	La durée moyenne de séjour était de 17,4 jours. La durée du DT, estimée principalement à partir du dossier infirmier, aurait duré entre deux et trois jours pour 11 patients (28,1 %) et entre trois et quatre jours pour sept patients (17,9 %).
--	---

## Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Oui :</p> <p>Les patients ayant effectué un delirium tremens dans l'étude étaient majoritairement des hommes de 40 à 59 ans (alcoolodépendance plus importante dans cette catégorie).</p> <p>Les hospitalisations non programmées sont majoritaires, comme mises en évidence par d'autres auteurs.</p> <p>Une partie des patients étaient probablement en sevrage non médicalement assisté au moment de leur admission → la préparation au sevrage protège des complications).</p> <p>La prescription de contention a régulièrement été utilisée.</p> <p>Les antécédents personnels de sevrage compliqué (DT ou crises convulsives) sont fréquents dans l'étude comme dans d'autres études.</p>
Comment la recherche répond-elle. À l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	L'analyse de 39 séjours hospitaliers où les patients ont vécu des DT a permis d'avoir davantage de connaissances à ce sujet. Ceci a permis d'envisager plusieurs axes d'amélioration pour la pratique.
<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	Les antécédents personnels de sevrage compliqué (DT ou crise convulsive) sont fréquents dans l'étude comme dans d'autres études.

### 3. Recommandations ou suggestions

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?

Axes d'amélioration pour la pratique :

Dépistage et la prise en charge des alcoolodépendances en médecine générale et en médecine du travail afin de mieux travailler en amont la réalisation d'un sevrage.

Facilitation de l'accès à des services de soins spécialisés [16].

Formation médicale sur la prise en charge de l'alcoolodépendance notamment aux urgences.

L'identification des facteurs de risques du DT et la recherche des facteurs déclenchants.

Gestion du risque « sevrage » chez les alcoolodépendants dans le cadre d'une éducation thérapeutique (ETP) en alcoologie : acquisition de compétences par le patient ou la famille et apprentissage de plans d'urgences adaptés à la situation clinique (consulter rapidement un médecin, venir aux urgences, adapter ses doses de benzodiazépines lorsqu'un sevrage ambulatoire est réalisé et organisé médicalement).

Le DT doit idéalement être surveillé en unité de soins intensifs le temps de passer le cap difficile de la pathologie . Il s'agit pour le patient d'être dans un lieu de soins où : La surveillance médicale est continue ; l'étude confirme que cela n'est pas systématiquement fait . Compte tenu de la faible disponibilité des places en réanimation et soins intensifs, la prise en charge du DT devrait faire l'objet d'une mise au point au sein des sociétés savantes.

Utiliser d'autres médicaments psychotropes que les bz (neuroleptiques, antihypertenseur central, antiépileptiques anesthésiques et d'autres médicaments GABAergiques) dans le cas de syndromes de sevrage ou DT réfractaires aux benzodiazépines.

<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Proposition d'actions pour les personnes qui se présentent aux urgences pour une chute, un malaise ou une CCG, en plus des bilans habituels et d'un examen clinique complet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoolémie (la présence de symptômes de sevrage malgré une alcoolémie positive est associée au DT, l'intoxication éthylique aiguë est une cause fréquente de malaise, chute, crise convulsive).</li> <li>• Entretiens de qualité à la recherche d'éléments en faveur d'un syndrome d'alcoolodépendance ou de facteurs de risque de complications de sevrage.</li> <li>• Traitement préventif du DT le plus tôt possible lorsque les éléments sont en faveur d'un syndrome d'alcoolodépendance.</li> <li>• Surveillance médicale régulière.</li> <li>• Entretien addictologique au décours du DT.</li> </ul>
<p><b>4. Limites de la présente étude</b></p>	
<p>Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</p>	<p>Il est possible que d'authentiques DT n'aient pas été codés dans les résumés de séjours ou n'aient pas été clairement évoqués dans les comptes rendus d'hospitalisation. Par ailleurs, il existe peut-être une sous-évaluation des cas de DT : les symptômes peuvent fluctuer dans le temps et ne sont pas toujours bruyants.</p> <p>La qualité des données rétrospectives sur la symptomatologie du sevrage et du DT était aléatoire avec parfois une description pauvre. Dans certains cas, les critères du DT étaient remplis, mais il manquait des données sur l'élimination des diagnostics différentiels.</p> <p>Il existe probablement un biais d'interprétation des situations cliniques en fonction de l'expérience des soignants face au DT avec parfois confusion entre ce qui est appelé « pré-DT » (terme qui ne correspond à aucune entité clinique définie) et DT, tout comme il peut y avoir confusion entre l'élévation de la température dans le DT et la présence d'une comorbidité infectieuse.</p> <p>Faible qualité des données addictologiques. Le DT étant pris en charge généralement dans des services de médecine, il existe peu de données dans le dossier médical sur l'histoire de la maladie d'alcoolodépendance.</p>

## Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Ce travail descriptif a permis d'identifier plusieurs axes d'amélioration de prise en charge : la gestion des patients alcoolodépendants aux urgences, la préparation au sevrage, l'accès à des services de soins spécialisés, l'identification des facteurs de risque du DT, la recherche de facteurs déclenchants, l'éducation thérapeutique en alcoologie, la mise en place de protocoles de prise en charge, le dépistage des conséquences cognitives du DT, et la recherche de nouveaux traitements représentent un ensemble de pistes à explorer.</p>
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Les patients ayant effectué un delirium tremens dans l'étude étaient majoritairement des hommes de 40 à 59 ans (alcoolodépendance plus importante dans cette catégorie).</p> <p>Les hospitalisations non programmées sont majoritaires, comme mises en évidence par d'autres auteurs.</p> <p>Une partie des patients étaient probablement en sevrage non médicalement assisté au moment de leur admission → la préparation au sevrage protège des complications).</p> <p>La prescription de contention a régulièrement été utilisée.</p> <p>Les antécédents personnels de sevrage compliqué (DT ou crise convulsive) sont fréquents dans l'étude comme dans d'autres études.</p> <p>Dans plus de la moitié des cas, l'alcoolémie au moment de l'arrivée à l'hôpital est nulle.</p> <p>Les enzymes hépatiques sont souvent perturbées, une hypokaliémie, une macrocytose et une thrombopénie sont souvent présentes. La présence d'une comorbidité somatique particulièrement infectieuse est souvent présente.</p> <p>La durée moyenne de séjour est de 17,4 jours. La durée du DT se situe entre deux et trois jours pour 11 patients (28,1 %) et entre trois et quatre jours pour sept patients (17,9 %).</p>

## Alcohol Withdrawal Assessment Tool: Validity and Reliability Testing in Acute Care.

### Identification de l'article et du résumé

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Alcohol Withdrawal Assessment Tool : Validity and Reliability Testing in Acute Care.
Thèmes abordés	Le sevrage alcoolique / les échelles d'évaluation / les soins aigus.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	La population est implicite, il s'agit des personnes en période de sevrage alcoolique. Pas de question pertinente.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	Carmen R. Davis, Alyson Keen, Vince Holly, Jean Balaguras, Wendy R. Miller.

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p><b>Carmen R. Davis</b> : Infirmière clinicienne spécialisée, Indiana University Health, University Hospital, Indianapolis</p> <p><b>Alyson Keen</b> : Infirmière clinicienne spécialisée, Indiana University Health, University Hospital, Indianapolis</p> <p><b>Vince Holly</b> : Infirmier clinicien spécialisé, Indiana University Health, Bloomington Hospital;</p> <p><b>Jean Balaguras</b> : Infirmier clinicien spécialisé, Indiana University Health, Bloomington Hospital</p> <p><b>Wendy R. Miller</b>: professeur assistant, Indiana University School of Nursing, Indianapolis.</p>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Alcohol withdrawal syndrome, alcohol withdrawal, assessment, treatment.
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p><b>Objectifs</b> : Le but de cette étude était de valider un outil pour évaluer le sevrage alcoolique chez les patients en soins de courte durée. Les objectifs de l'étude comprenaient (1) établir la validité du contenu, (2) examiner la validité liée aux critères, (3) tester la fiabilité interévaluateurs et (4) évaluer l'utilisabilité des infirmières.</p> <p><b>Méthodes</b>: Une étude de recherche psychométrique a été conçue pour évaluer l'outil d'évaluation du sevrage alcoolique. L'échelle CIWA-Ar a été utilisée comme comparaison pour la validité liée aux critères. La fiabilité interévaluateurs a été déterminée en demandant à 2 investigateurs d'effectuer simultanément l'évaluation sur les mêmes patients. L'utilisabilité a été déterminée à l'aide d'une enquête à l'échelle de Likert.</p> <p><b>Résultats</b>: La fiabilité interévaluateurs était soutenue par une plage statistique 0 de 0,61 à 0,69 et la validité du contenu était soutenue par un indice de validité du contenu de 1,0. La validité liée aux critères était étayée par une corrélation de Pearson r de 0,665. Parmi les infirmières interrogées, toutes les réponses sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'enquête sur l'utilisabilité.</p> <p><b>Conclusions</b>: L'outil d'évaluation peut être une alternative efficace à utiliser dans le milieu de soins de courte durée. Il est facile à utiliser et détermine la fréquence des évaluations et le traitement pharmacologique approprié.</p>

## Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Elle repose sur des données statistiques des constats théoriques ainsi que d'autres études.
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>Les outils d'évaluation du sevrage alcoolique sont limités par une multitude de variables (manque de fiabilité et de validité, facilité d'utilisation dans divers contextes).</p> <p>Cette étude a été réalisée dans le but d'évaluer les propriétés psychométriques d'un outil d'évaluation du sevrage alcoolique existant : l'AWAT.</p>
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Pas de présence de plan.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Le but de cette étude était de valider l'outil AWAT qui évalue le sevrage alcoolique chez les patients en soins de courte durée. Les objectifs de l'étude comprenaient (1) établir la validité du contenu (2) examiner la validité liée aux critères (3) tester la fiabilité interévaluateurs et (4) évaluer l'utilisabilité des infirmières.

## Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Pas de modèle théorique ou de cadre conceptuel.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Pas de limites ou contraintes provenant d'autres auteurs.

### Article portant sur une étude quantitative

#### Méthodologie

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouls et tension artérielle</li> <li>• Agitation /tremblement</li> <li>• Confusion / Hallucinations</li> <li>• Diaphorèse</li> <li>• Données démographiques.</li> </ul>

Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Un tableau est présent, mais peu de description au sujet de chaque variable.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Le but de cette étude était de valider un outil pour évaluer le sevrage alcoolique chez les patients en soins de courte durée. Les objectifs de l'étude comprenaient (1) établir la validité du contenu (2) examiner la validité liée aux critères (3) tester la fiabilité interévaluateurs et (4) évaluer l'utilisabilité des infirmières.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Pas d'informations sur les variables dépendantes/indépendantes.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Pas d'hypothèses de recherche.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Étude de recherche psychométrique.
Le devis est-il bien détaillé ?	Il est implicite, peu d'informations au sujet du devis.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'étude a été approuvée par le conseil d'examen institutionnel de l'université de l'Indiana ainsi que par le conseil d'examen institutionnel du site de l'étude.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	/
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Tout d'abord, la validité du contenu a été établie en interrogeant 5 experts (psychiatre, infirmiers spécialisés en médecine des dépendances, travailleurs sociaux spécialisés dans les dépendances, chercheurs titulaires d'un doctorat dans le domaine de la psychiatrie. Ces experts ont évalué la pertinence du contenu de chaque élément de l'échelle AWAT. Les chercheurs ont été formés à l'utilisation de l'outil AWAT et l'outil CIWA-Ar. Deux chercheurs de l'étude ont évalué le patient simultanément en utilisant l'échelle AWAT et immédiatement après, l'échelle CIWA-Ar. Les scores d'évaluation ont été enregistrés indépendamment. Les infirmières ont quant à elles été interrogées sur la facilité d'utilisation de l'échelle AWAT.

<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Les patients admis dans un service de chirurgie présentant un syndrome de sevrage alcoolique.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Les participants étaient des patients admis dans le service de chirurgie ayant des risques de syndrome de sevrage alcoolique. Ils ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion/exclusion ci-dessous. Pas d'autres informations sur la sélection.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de 18 ans</li> <li>• Symptôme de sevrage alcoolique actif ou suspecté diagnostiqué par un médecin, assistant ou infirmier en pratique avancé</li> <li>• Anglophone.</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation actuelle de médicaments psychotropes ou anticonvulsifs</li> <li>• Dépendance actuelle à d'autres drogues</li> <li>• Non anglophone</li> </ul>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Pas de répartition en groupe.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Pas de précision.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Le critère d'avoir au moins 4 participants pour chaque élément de l'échelle de 10 points testés.

<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	La validité des critères de l'échelle AWAT a été déterminée simultanément à l'aide de l'échelle CIWA-Ar.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Deux chercheurs de l'étude ont évalué le patient simultanément en utilisant l'échelle AWAT et immédiatement après, l'échelle CIWA. Les scores d'évaluation ont été enregistrés indépendamment.  Les infirmières ont quant à elles été interrogées sur la facilité d'utilisation de l'échelle AWAT.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Pas d'informations..
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Pas d'informations
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Les interventions sont d'effectuer simultanément l'échelle AWAT suivie de l'échelle CIWA-Ar par un autre professionnel afin de les comparer.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Pas d'informations à ce sujet.

<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	<p>La validité du contenu a été évaluée en calculant l'indice de validité du contenu à l'aide des méthodes de Lynn19.</p> <p>La Kappa de Cohen été calculée pour chaque élément afin de déterminer la fiabilité. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aise de la version 24 de SPSS.</p> <p>Un coefficient de corrélation de Pearson a été calculé entre les scores CIWA-Ar et AWAT.</p> <p>L'enquête sur la facilité d'utilisation a été réalisée sur une échelle de Likert de 1 à 5.</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Pas de justifications.

### Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	51 participants → 32 hommes, 19 femmes
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	<p>Deux participants afro-américains, tandis que les 49 autres étaient blancs.</p> <p>L'âge moyen était de 53 ans (27-81 ans).</p> <p>Leurs diagnostics d'admissions.</p>
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Pas de précisions.

<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<p>Les éléments individuels et l'échelle ont été dans son ensemble jugés valides quant au contenu.</p> <p>La fiabilité des interventions a obtenu une plage statistique 0 de 0.61 à 0.69.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouls/pressions sanguines : 0.7-0.86</li> <li>• Agitations : 0.64-0.69</li> <li>• Confusion/hallucinations : 0.66-0.68</li> <li>• Diaphorèse : 0.61-0.66</li> </ul> <p>= Bonne validité interne.</p> <p>La corrélation de Pearson entre les deux échelles (CIWA-Ar et AWAT) est de 0.665 = forte corrélation.</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	Toutes les infirmières ont répondu « d'accord ou « tout à fait d'accord » à l'échelle de 5 point.

### Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui, il est dit que les tests psychométriques initiaux de l'AWAT ont une fiabilité et une validité satisfaisante pour une utilisation par les infirmières.

<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p>	<p>Le but de cette étude était de valider l' AWAT pour évaluer le sevrage alcoolique chez les patients en soins de courte durée. Le contenu et les critères de l'échelle ont été validés évaluer. L'utilisabilité par les infirmières a également été évaluée. Celles-ci ont déclaré que l'outil était simple d'utilisation avec une formation minimale. L'avantage de l'AWAT est qu'il ne nécessite pas d'interaction verbale avec le patient afin d'obtenir une évaluation. De plus, son nombre de 4 catégories est un avantage comparé à certaines échelles qui en contiennent jusqu'à 30. De nombreuses tentatives ont été faites afin de créer un outil d'évaluation du sevrage alcoolique pratique, valide et fiable qui puisse être utilisé dans divers contextes de soins afin d'orienter le traitement. L'AWAT offre une option favorable afin de minimiser la variabilité de l'évaluation et le temps nécessaire afin d'effectuer une évaluation précise.</p>
<p><b>2. Liens avec les autres auteurs</b></p>	
<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)</p>	<p>Pas d'informations aux sujets d'autres études.</p>
<p><b>3. Recommandations ou suggestions</b></p>	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p>	<p>Les auteurs conseillent de réaliser des recherches futures en utilisant l'AWAT dans d'autres populations de soins aigus et spécialités. Ils suggèrent d'utiliser des échantillons plus importants et de réaliser des tests psychométriques à plus grande échelle afin d'examiner plus en détail l'utilisation généralisée de l'AWAT.</p>
<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>L'étude fournit des résultats prometteurs pour un outil d'évaluation dont l'évaluation serait plus précise et rapide et plus simple d'utilisation. L'AWAT a été mis en œuvre dans l'ensemble du système de santé comme norme de soins pour les patients en sevrage alcoolique possible ou connu.</p> <p>L'outil n'est pas destiné à diagnostiquer, mais plutôt à informer et à surveiller cliniquement les patients présentant un risque de syndrome de sevrage alcoolique.</p>

<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>L'échantillon de petite taille représente une limite.</p> <p>Les tests psychométriques suggèrent des résultats positifs, cependant d'autres tests sont nécessaires compte tenu de la force des résultats</p> <p>Le manque de diversité des participants évalués (hommes blancs) pourrait être une limite</p>

### Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Les résultats des tests psychométrique de l'AWAT suggère que cet outil pourrait être une alternative efficace aux outils précédemment publiés que le personnel de la santé peut utiliser dans le cadre des soins aigus. L'outil est simple d'utilisation et détermine la fréquence de l'évaluation et du traitement pharmacologique.</p>
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Les éléments individuels et l'échelle ont été dans son ensemble ont été jugés valides quant au contenu → L'AWAT a été décrété fiable, simple et rapide d'utilisation.</p>

**Evaluation of a symptom-triggered protocol approach to the management of alcohol withdrawal syndrome in older adults.**

**Identification de l'article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Evaluation of a Symptom-Triggered Protocol Approach to the management of Alcohol Withdrawal Syndrome in Older Adults.
Thèmes abordés	Le traitement préventif du délirium tremens chez la personne âgée.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Les personnes âgées de plus de 70 ans.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	Asal Taheri Karen Dahri Peter Chan Maureen Shaw Amneet Aulakh, Amir Tashakkor

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p><b>Asal Taheri</b> : Département des sciences pharmaceutiques de l'hôpital St. Paul ;</p> <p><b>Karen Dahri</b> : Sciences pharmaceutiques, Hôpital général de Vancouver, Faculté des sciences pharmaceutiques ;</p> <p><b>Peter Chan</b> : Division de psychiatrie gériatrique, Département de psychiatrie ;</p> <p><b>Maureen Shaw</b> : École des sciences infirmières ;</p> <p><b>Amneet Aulakh</b> : Sciences pharmaceutiques, Hôpital général de Vancouver ;</p> <p><b>Amir Tashakkor</b> : Département de médecine, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.</p>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Alcohol, Withdrawal, Geriatrics, Delirium, Confusion, Delirium tremens, Benzodiazepines, Symptomtriggered Senior or older adult , Treatment, Screening

#### 4. Résumé

<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p><b>Objectifs :</b> Évaluer si la mise en œuvre d'un protocole d'administration de benzodiazépines lors de l'apparition des symptômes (selon l'échelle CIWA-Ar) réduit la gravité, la durée et les complications du sevrage alcoolique chez la personne âgée.</p> <p><b>Méthodologie :</b> Recueil de données sur deux périodes : la période pré-protocole et post-protocole.</p> <p><b>Résultats :</b> la durée médiane du traitement de benzodiazépines est passé de 96 heures dans la période pré-protocole à 48 heures pour les patients chez qui le protocole a été utilisé. La dose cumulative de benzodiazépines est passée de 9mg à 3mg. Statistiquement un nombre plus élevé du groupe pré-protocole a dû utiliser des médicaments d'appoint pour le traitement du sevrage par rapport au groupe post-protocole.</p>
---	---

### Introduction

#### 1. Pertinence

<p>Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>	<p>Oui, l'étude repose bien sur des données venant d'autres études.</p> <p>Par exemple, les auteurs de l'article nous disent, qu'il a été démontré que les personnes âgées sont plus à risque de développer des complications médicales et neurologiques associées à la consommation d'alcool. Ou encore, que les essais de pharmaco-thérapie ont montré que les benzodiazépines sont le traitement de choix pour réduire la gravité du syndrome de sevrage alcoolique. Chez les personnes âgées la dose de benzodiazépines recommandée pour le traitement du sevrage alcoolique est de 1 à 2mg de Lorazépam par voie orale, intraveineuse ou musculaire ou 30 à 60 mg d'Oxazépam par voie orale administrée toutes les heures. Dans d'autres essais, il est démontré que les schémas d'administration posologique administrés en fonction des symptômes ont permis d'obtenir une dose totale de benzodiazépines moins élevée que les schémas à horaire fixe.</p>
---	---

#### 2. Originalité

<p>Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?</p>	<p>A la connaissance des auteurs de l'étude, aucune étude clinique n'a évalué l'efficacité d'un traitement administré en fonction des symptômes de sevrage chez la personne âgée.</p>
--	---

<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Il n'y a pas de paragraphe « plan ». Cependant, les étapes à venir dans l'article sont précisées et bien explicitées.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	<p>L'objectif principal est d'évaluer si la mise en œuvre d'un protocole d'administration de benzodiazépines lors de l'apparition des symptômes (évalués avec l'échelle CIWA-Ar) réduit la gravité, la durée et les complications du sevrage alcoolique chez la personne âgée.</p> <p>Les objectifs secondaires sont d'évaluer les différences dans les complications du sevrage alcoolique, évaluer les effets indésirables graves associés aux benzodiazépines et la nécessité de thérapie d'appoint dans la gestion des symptômes.</p>

### **Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques**

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Il n'y a pas d'utilisation d'un modèle théorique ou de cadre conceptuel.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	-
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Aucune limites ou contraintes provenant d'autres auteurs n'a été identifiées.

## Article portant sur une étude quantitative

### Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<p>Durée médiane et dose cumulative des benzodiazépines</p> <p>Nombres de complications graves liées au syndrome de sevrage alcoolique</p> <p>Effets indésirables graves liés à la prise de benzodiazépines</p> <p>Nécessité d'une thérapie d'appoint.</p>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui, elles sont détaillées.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	<p>L'objectif principal est d'évaluer si la mise en œuvre d'un protocole de gestion du sevrage alcoolique selon l'évaluation des symptômes à l'aide de l'échelle CIWA-Ar atténue la durée et la gravité du syndrome alcoolique par rapport à un traitement à horaire fixe dans un contexte médical aigu. Il s'agit également d'évaluer les différences entre les deux protocoles concernant les complications graves du syndrome de sevrage alcoolique, les effets indésirables associés aux benzodiazépines et la nécessité d'une thérapie d'appoint.</p> <p>En outre, on pourrait résumer la question de recherche comme telle : Est-ce que la prise de benzodiazépines en fonction des symptômes de sevrage alcoolique a plus de bénéfice pour le patient qu'une prise à horaire fixe ?</p>
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<p>Pas de précision, elles sont implicites.</p> <p>Les variables dépendantes sont les doses de benzodiazépines.</p> <p>Les variables indépendantes sont la durée médiane et la dose cumulative des benzodiazépines, les complications graves, les effets indésirables et l'utilisation d'une thérapie d'appoint.</p>

Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'hypothèse n'est pas posée en tant que telle. Mais l'on peut supposer que les auteurs pensent en s'appuyant sur des études antérieures que d'administrer des benzodiazépines selon les symptômes du patient permet de réduire la dose, la durée, les complications et les effets indésirables.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Il s'agit d'un devis expérimental basé sur des données déjà existantes. Il s'agit d'une étude d'observation retrospective.
Le devis est-il bien détaillé ?	Il est implicite mais compréhensible.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Approbation éthique du comité d'éthique de la recherche clinique de l'université de la Colombie-Britannique et du comité d'éthique de l'autorité Fraser Health.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Non, pas de précision.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	La collecte d'informations s'est faite sur deux périodes à l'hôpital de Vancouver : mars 2008 à février 2010 (phase pré-protocole) puis de mars 2010 à mars 2012 (phase post-protocole). La récolte des données est faite sur la base des informations présentes dans le dossier médical des patients.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Oui, il s'agit des personnes admises pour un état de sevrage alcoolique de 70 ans et plus.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Les dossiers des personnes admises pour un sevrage alcoolique ont été récupérés pour chaque période d'étude grâce au système informatique de la pharmacie (repérage des patients ayant reçu de la thiamine par voie intraveineuse associée à des benzodiazépines). Des caractéristiques de base prédéfinies et les antécédents sociaux ont été évalués et documentés.

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Inclusion : Personne âgée de 70 ans et plus ayant un document attestant d'un sevrage alcoolique présumé.</p> <p>Exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient admis où le protocole n'était pas appliqué</li> <li>• Sensible ou allergique aux benzodiazépines</li> <li>• Souffrant d'une maladie hépatique en phase terminale</li> <li>• Consommation régulière de benzodiazépines autres que pour le sommeil 30 jours avant leur admission</li> <li>• Sorti contre avis médical ou transfert dans unité qui ne suivait pas le protocole</li> <li>• Présentant un sevrage actif de benzodiazépines, d'opiacés ou de stimulants</li> <li>• Troubles associés à des crises sans rapport à un sevrage alcoolique</li> <li>• Troubles psychiatriques concomittants.</li> </ul>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Il y a deux groupes. Le groupe pré-protocole et le groupe post-protocole. Cette répartition s'est faite en fonction de la période d'hospitalisation.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Des caractéristiques de base prédéfinies et les antécédents sociaux ont été évalués et documentés.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Pas de précisions de la part des auteurs.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	L'instrument de mesure des symptômes est l'échelle CIWA-Ar, elle n'est pas réellement décrite.

<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p>Les données sont récoltées dans les dossiers médicaux. Des statistiques descriptives standards ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de base des participants suivis par l'application des tests et d'une analyse non paramétrique pour évaluer les différences significatives entre les deux groupes. Pour les résultats primaires, des statistiques non paramétriques ont été utilisées. Le Mann-Whitney U test a été utilisé pour comparer la durée médiane et la dose cumulative médiane du traitement de benzodiazépines entre les deux groupes. La Cox regression analysis a été effectuée pour évaluer la différence de temps avant la rémission entre les deux groupes tout en ajustant les caractéristiques de base et l'alcoolisme comme diagnostic primaire ou secondaire. Les comparaisons de proportionnalité des résultats secondaires ont été évaluées à l'aide du test chi-square or Fischer. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour les différents résultats de l'évaluation qualitative. Si écart <math>P &lt; 0,05</math> = statistiquement significatif.</p> <p>Pas d'informations sur la passation des outils.</p>
<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?</p>	<p>Pas de précisions.</p>
<p>Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?</p>	<p>Pas de précisions.</p>
<p><b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b></p>	
<p>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</p>	<p>L'intervention était l'évaluation des symptômes selon échelle CIWA-Ar pour adapter la dose de benzodiazépines, tandis que les autres ont reçu le traitement à heure fixe.</p>
<p>Comment l'intervention est-elle appliquée ?</p>	<p>En pratiquant l'échelle CIWA-Ar.</p>

<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Mann-Whitney U test Cox regression analysis Test chi-square or Fischer
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Pas de justifications par rapport aux méthodes d'analyses.

## Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	63 personnes avec un syndrome de sevrage de 70 ans et plus.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	<p>Oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge moyen : 76.9 ans groupe pré-protocole et 77.7 groupe post-protocole</li> <li>• 29 sur 33 étaient des hommes groupe pré-protocole et 24 sur 30 dans le groupe post-protocole</li> <li>• Si consommation de nicotine ou marijuana ou non</li> <li>• Nombre de consommations d'alcool par jour et nombre d'heures depuis le dernier verre</li> <li>• Admission préalable pour syndrome de sevrage alcoolique ou antécédents de délirium tremens</li> <li>• Diagnostics primaires (alcoolisme, cardiaque, gastro-intestinale, infectieux, respiratoire, pancréatite, fracture, autres)</li> <li>• Diagnostics secondaires et comorbidités.</li> </ul>
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	<p>Entre mars 2008 et février 2010 groupe pré-protocole.</p> <p>Entre mars 2010 et mars 2012 groupe post-protocole.</p>

<b>2. Description des résultats</b>	
<p>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. <math>p &lt; 0.05</math>) ?</p>	<p>La durée et la dose cumulative totale de benzodiazépines ont été réduites grâce à la mise en place d'un protocole basé sur l'échelle CIWA-Ar.</p> <p>La durée médiane du traitement par benzodiazépines était de 96h00 dans le groupe pré-protocole contre 48h00 dans le groupe post-protocole (<math>p=0,04</math> )</p> <p>Cette différence s'est maintenue lorsque la durée du traitement a été ajustée en fonction des caractéristiques de base ce qui confirme l'efficacité du protocole.</p> <p>La dose cumulative médiane de benzodiazépines a diminué de 9mg à 3mg lors de la mise en œuvre du protocole (<math>p= 0,001</math> )</p> <p>Statistiquement un nombre plus élevé de patients du groupe pré-protocole a dû utiliser des médicaments d'appoint pour le traitement du sevrage par rapport au groupe post-protocole (<math>p= 0,02</math>)</p> <p>Les graves complications du sevrage alcoolique (contentions, crises, hallucinations) ont diminués dans le groupe post-protocole (<math>p= 0,07</math>)</p>
<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>Pas d'autres résultats importants.</p>

### Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<p>Oui, il contient les résultats statistiquement significatifs.</p>
<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p>	<p>Les résultats montrent qu'en effet l'administration de benzodiazépines en fonction des symptômes du patient âgé réduit la durée du traitement, les doses cumulées, les effets indésirables et l'utilisation de médicaments d'appoint.</p>

<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	<p>Les études antérieures étaient basées sur une population plus jeune mais les résultats étaient similaires.</p> <p>Les études faites auparavant étaient plutôt réalisées dans des contextes de dépendance qu'au niveau hospitalier.</p>
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Les auteurs suggèrent des études futures basées sur les moyens d'améliorer le respect des protocoles et d'identifier les obstacles rencontrés par les professionnels de premières lignes.
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	La mise en place de protocole et d'ordonnance pré-imprimés peut réduire le potentiel de prescriptions supplémentaires. En outre l'intégration de la méthode d'intégration peut conduire à une identification plus précoce du délire car les infirmières alertent automatiquement le médecin pour réévaluer.
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>Les auteurs expliquent qu'il s'agit d'une étude d'observations rétrospectives ce qui peut provoquer un risque d'incohérence dans l'évaluation et d'inexactitude dans la documentation.</p> <p>Les auteurs décrètent également que les deux périodes d'échantillonnage induisent une potentielle variation dans les évaluations et les documentations menées par les médecins et les infirmières. De plus, le mode sélection non aléatoire des participants augmente le risque des différences entre les populations ethniques.</p> <p>Cette étude ne peut pas être appliquée aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer car elles ont été exclues de l'échantillonnage.</p> <p>L'échelle de CIWA-Ar aurait pu être utilisée de manière inappropriée.</p> <p>L'une des limites peut être l'incapacité du soignant à effectuer avec précision les étapes requises en raison d'un manque de connaissances ou de contraintes générales de temps.</p> <p>Les auteurs n'ont pas pu étudier les violations du protocole.</p>

## Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	L'étude démontre que l'utilisation d'un protocole d'administration de benzodiazépines selon l'évaluation des symptômes a plus de bénéfice pour les patients âgés de plus de 70 ans qu'un protocole à horaire fixe.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	La gestion du sevrage alcoolique à l'aide d'un protocole chez les adultes de 70 ans et plus, a réduit la durée total de l'utilisation des benzodiazépines, la dose cumulée de celle-ci et l'incidence des complications graves du symptôme de sevrage ainsi que l'utilisation de médicaments d'appoint.

**Derivation and validation of a multivariable model, the alcohol withdrawal triage tool (AWTT), for predicting severe alcohol withdrawal syndrome.**

**Identification de l'article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Derivation and validation of a multivariable model, the alcohol withdrawal triage tool (AWTT), for predicting severe alcohol withdrawal syndrome.
Thèmes abordés	La prédiction du sevrage alcoolique.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Il ne se réfère pas à une population ni à une question précise.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C. Arun Mahabir</li> <li>• Matthew Anderson</li> <li>• Jamie Cimino</li> <li>• Elizabeth Lyden</li> <li>• Mohammad Siahpush</li> <li>• Jason Shiffermiller</li> </ul>

<p>Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays</p>	<p><b>C. Arun Mahabir</b> : Département de médecine interne, Centre médical de l'Université du Nebraska ;</p> <p><b>Matthew Anderson</b> : Centre de collaboration pour la recherche, la conception et l'analyse, College of Public Health, centre médical de l'université du Nebraska ;</p> <p><b>Jamie Cimino</b> : Département de médecine interne, Centre médical de l'Université du Nebraska ;</p> <p><b>Elizabeth Lyden</b> : département de biostatistique, College of Public Health, centre médical de l'université du Nebraska ;</p> <p><b>Mohammad Siahpush</b> : département de promotion de la santé, College of Public Health, centre médical de l'université du Nebraska ;</p> <p><b>Jason Shiffermiller</b> : Département de médecine interne, Centre médical de l'Université du Nebraska.</p>
<p><b>3. Mots clés</b></p>	
<p>Mots clés (noter les mots clés)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol-related disorders : troubles liés à l'alcool</li> <li>• Alcohol withdrawal delirium : délire de sevrage alcoolique</li> <li>• Alcohol withdrawal seizures : crise de sevrage alcoolique sévère</li> <li>• Patient admission : admission du patient</li> <li>• Clinical decision rules : règles de décision clinique.</li> </ul>

#### 4. Résumé

Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats

**Objectifs** : développer un outil permettant de prédire la nécessité d'une admission à l'hôpital chez les patients présentant un risque de sevrage alcoolique en utilisant uniquement des critères objectifs.

**Méthodologie** : les chercheurs ont mené une étude rétrospective dans un centre médical. Tous les prédicteurs potentiels ont été extraits du dossier médical électronique. Un modèle de régression logistique a été construit en utilisant l'ensemble des données de dérivation pour créer l'outil de triage du sevrage alcoolique AWTT.

**Résultats** : identification de huit prédicteurs du sevrage alcoolique sévère. Un score AWTT de 3 ou plus a été défini comme un risque élevé sur la base d'une sensibilité à 90% et d'une spécificité à 47% pour prédire le syndrome de sevrage sévère.

## Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Oui. Les auteurs se basent sur d'autres études et constats pour nous dire que : la consommation d'alcool est un problème important et croissant aux USA et que le nombre de visites aux urgences liées à l'alcool a augmenté de plus de 50%. Plus de 2,4 millions d'hospitalisations sont associées à un trouble lié à l'alcool. Avec l'arrêt brutal de la consommation, il y a des risques de développer un syndrome de sevrage alcoolique et ses complications notamment le delirium tremens. Cependant seulement 25% des patients qui cessent brusquement de consommer de l'alcool développeront des symptômes suffisamment graves pour justifier une admission à l'hôpital.
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>Il existe d'autres échelles pour identifier le risque de développement d'un syndrome de sevrage alcoolique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AUDIT-PC, mais celui-ci a une faible spécificité.</li> <li>• L'échelle PAWSS, mais celle-ci a un inconvénient, c'est qu'elle repose sur sept questions d'entretien et donc a des limites avec des patients intoxiqués à l'alcool.</li> </ul> <p>Les résultats de cette étude permettront d'obtenir un outil qui sera basé sur des prédicteurs objectifs.</p>
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Il n'y a pas de plan, mais au travers de l'abstract, on devine les étapes à venir.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif dans cette étude est de dériver et valider un ensemble de prédicteurs objectifs et indépendants du sevrage alcoolique sévère.

### Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Il n'y a pas de modèle théorique ou de cadre conceptuel.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	-
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré par les auteurs.

### Article portant sur une étude quantitative

#### Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données démographiques des patients</li> <li>• Le motif de la présentation aux urgences</li> <li>• Les antécédents médicaux</li> <li>• Les résultats de laboratoire</li> <li>• Signes vitaux.</li> </ul>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui.

Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	L'objectif de recherche est d'élaborer et valider AWTT, un outil permettant de prédire un syndrome de sevrage alcoolique sévère en utilisant que des données objectives.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Il n'y a pas d'hypothèse de recherche.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective.
Le devis est-il bien détaillé ?	Non.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Le comité d'examen institutionnel de l'UNMC a approuvé l'étude sans exiger de consentement éclairé.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Non.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les données ont été extraites du dossier médical électronique des patients.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population se présentant aux urgences avec un trouble lié à l'alcool. Elle n'est pas vraiment bien définie.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Selon les critères d'inclusion.

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Oui.</p> <p>Inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âgé d'au moins 19 ans</li> <li>• Présentant un trouble lié à la consommation d'alcool entre le 1 juin 2015 et le 25 avril 2018 (les troubles liés à l'alcool ont été déterminés par le CIM-10) et que se trouble représentait soit le diagnostic primaire ou secondaire.</li> <li>• Se présentant aux urgences sans passer à l'hôpital, être admis directement à l'hôpital sans passer par les urgences.</li> <li>• L'inclusion n'était pas limitée au service, au lieu d'admission, ni à la spécialité du médecin.</li> </ul> <p>Exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun critère n'a été appliqué, cependant seule la première rencontre des personnes venues à plusieurs reprises a compté.</li> </ul>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	<p>Oui, les sujets ont été répartis aléatoirement en deux groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe des données de dérivation 2/3</li> <li>• Groupe des données de validation 1/3.</li> </ul>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Non.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	<p>Oui, les auteurs ont estimé qu'environ 15% des patients de l'étude répondraient aux critères d'un sevrage alcoolique compliqué. L'examen de 100 dossiers serait donc nécessaire pour identifier ces 150 cas. Afin de tenir compte de la taille incertaine de l'effet et des informations manquantes, les auteurs ont fixé une taille d'échantillon cible de 1500 patients dans l'ensemble de données de dérivation.</p>
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Non, ils ne sont pas décrits dans l'article.

<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p>Les auteurs ont défini le syndrome de sevrage alcoolique sévère selon trois variables : délirium trémens, convulsions et une dose élevée de benzodiazépines. Ces données ont été extraites du dossier médical électronique pour définir quels patients avaient fait une crise de sevrage alcoolique sévère. Les prédicteurs possibles d'un sevrage alcoolique sévère ont été identifiés à l'aide d'une revue de littérature. Ensuite ces prédicteurs ont été extraits du dossier médical électronique des participants. On peut deviner qu'il y a eu qu'un passage pour la collecte des données.</p>
<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?</p>	<p>Non.</p>
<p>Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?</p>	<p>Non.</p>
<p><b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b></p>	
<p>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</p>	<p>Il n'y a pas d'intervention, car c'est une étude rétrospective.</p>
<p>Comment l'intervention est-elle appliquée ?</p>	

## 6. Méthode d'analyse des données

Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)

Les statistiques inférentielles, l'analyse de régression et le développement du score de risque ont été réalisés uniquement en utilisant l'ensemble de données de dérivation.

Les auteurs ont utilisé des statistiques descriptives afin de résumer les données.

Utilisation du Test exact de Fisher ou test du chi-deux afin de comparer les données catégorielles.

Un Test T, afin de comparer les données continues, a été utilisé.

Un coefficient de corrélation de Pearson ou des statistiques de Kappa ont été servis afin d'évaluer la multicolinéarité.

Des variables significatives au niveau  $p < 0,10$  dans l'analyse bivariée de l'ensemble de données de dérivation ont été testées pour être incluses dans un modèle de régression logistique multivariable. Une méthode de régression rétrograde par étapes a été utilisée afin de déterminer le sous-ensemble de variables indépendamment associées au syndromes de sevrage alcoolique. Les variables significatives  $P < 0,05$  ont été retenues dans le modèle.

Cette analyse de cas a été complétée par trois analyses de sensibilité.

Les auteurs ont également examiné un résultat secondaire à l'aide d'une analyse de régression logistique incluant une estimation de l'indice de concordance (statistiques) comme mesure de l'exactitude de la prédiction du modèle.

Des scores de risque ont été testés sur la base des prédicteurs inclus dans le modèle de cas complet. Un score de risque à poids égal a été déterminé en attribuant un 1 à chacune des variables si elles étaient pour un sujet individuel et 0 sinon, puis en additionnant les scores. Un score de risque à poids variable a été déterminé en attribuant une valeur de point égale aux rapports de cotes pour chacune des variables si elles étaient présentes pour un individu et 0 sinon, puis en additionnant les scores. Le score final de risque de syndrome de sevrage alcoolique a été choisi sur la base d'une comparaison non paramétrique des statistiques pour les scores de poids égal et variable. Les auteurs ont ensuite calculé la sensibilité et la spécificité afin de déterminer le point de coupure optimal. Enfin, le score de risque a été appliqué à l'ensemble de données de validation.

Tous les calculs ont été effectués à l'aide de SAS version 9.4.

Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Non.
---	------

### Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Ce sont de personnes venues à l'hôpital avec une problématique en lien avec l'alcool. Majoritairement des hommes, de race blanche et avec un âge moyen de 42.6 ans.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Les patients fumant pendant l'étude étaient de 61.8% et les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension et la dépression. Dans l'ensemble 20% des participants ont développé un syndrome de sevrage alcoolique sévère. De fortes doses de benzodiazépines ont été administrées à 14,1% des patients et 8,8% ont développé un delirium tremens, 4.0% des patients ont eu des convulsions.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Oui, les données sont comprises entre 1 <sup>er</sup> juin 2015 et le 26 avril 2018.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	Pas de résultats statistiquement significatifs décrits par les auteurs.

Quels sont les autres résultats importants ?

141 des 408 patients ayant développé un syndrome de sevrage ont présenté plus d'une composante de la variable composite du syndrome de sevrage alcoolique compliqué.

Les patients de l'ensemble des données de dérivation (274/1367 ; 20%) et de l'ensemble de données de validation (134/671 ; 20%) ont souffert d'un syndrome de sevrage alcoolique sévère avec une fréquence presque identique, les composantes individuelles responsables du diagnostic étaient également similaires entre les deux ensembles de données.

Lors de l'analyse multivariable, huit prédicteurs indépendants du syndrome de sevrage alcoolique ont été retenus : antécédents de convulsions, bilirubine sanguine initiale élevée, AST sanguine initiale élevée, dépression, fréquence cardiaque initiale élevée, présentation pour un diagnostic autre qu'un trouble lié à l'alcool, race blanche et potassium sanguin initial faible.

L'analyse de sensibilité a permis de définir les prédicteurs indépendants supplémentaires et d'en éliminer un. Ce modèle moins parcimonieux a donné lieu qu'à une amélioration marginale de statistique moyenne par rapport au modèle du cas complet.

Les antécédents de délirium trémens n'ont pas été retenus comme prédicteurs indépendants grâce au modèle de régression.

Les auteurs ont identifié sept autres prédicteurs (antécédents de crise, bilirubine sanguine initiale élevée, AST sanguine initiale élevée, présentation pour un diagnostic autre qu'un trouble lié à l'alcool, faible taux de potassium sanguin initial, faible taux de sodium sanguin initial).

Les huit prédicteurs indépendants du syndrome de sevrage alcoolique identifiés lors de l'analyse complète des cas ont été utilisés pour développer des scores de risque de poids égal et de poids variable. Étant donné l'absence de différence significative entre les deux scores, les auteurs ont choisi le score de risque à poids égal pour la simplicité du calcul.

Un score AWTT supérieur ou égal à trois avait une sensibilité de 90,5% et une spécificité de 47,2% pour la prédiction du SAWS, dans l'intention d'optimiser la sensibilité, les auteurs ont choisi un AWTT > 3 comme point de coupure optimal pour l'identification des patients à haut risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique.

Par rapport à l'ensemble de données de dérivation, les données de validation ont augmenté la sensibilité à 93,5% et diminué la spécificité à 45,6%.

Dans l'ensemble de la population étudiée, le syndrome de sevrage alcoolique s'est développé chez 7,4%

	des patients ayant un score AWTT de 2, 2,8%, des patients avec un score de 1 et 3,7% avec un score de 0. En utilisant cette coupure, 37,6% des patients de l'ensemble de la population étudiée avaient un score AWTT < 3 et ont été classés comme présentant un faible risque de développement d'un syndrome de sevrage alcoolique.
--	---

### Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui, il résume tous les prédictors indépendants trouvés et les explicites faisant des liens avec d'autres études.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Les auteurs ont trouvé plusieurs prédictors objectifs et indépendants du syndrome de sevrage alcoolique compliqué.

<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)</p>	<p>Oui,</p> <p>Tous les prédictors de l'AWTT ont été identifiés dans d'autres études, mais aucune n'avait testé en tant que prédictors indépendants du syndrome de sevrage alcoolique dans un modèle de régression.</p> <p>L'identification d'antécédent de délirium trémens comme prédictor indépendant d'un risque de syndrome de sevrage alcoolique a été exclu dans cette étude alors qu'il était identifié dans de nombreuses études antérieures</p> <p>L'analyse bivariée de cette étude soutient les recherches antérieures identifiant l'hypokaliémie, la tachycardie et la thrombocytopenie comme prédictors indépendants du syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>Les auteurs ont constaté que les antécédents de convulsions sont un prédictor indépendant du syndrome de sevrage alcoolique, leurs résultats diffèrent quelque peu d'un bon nombre d'analyses de régressions précédentes, qui utilise toute le delirium tremens seul comme résultat.</p> <p>Leurs résultats sont toutefois plus conformes aux recherches récentes, notamment une méta-analyse, une analyse de régression et une revue systématique.</p>
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p>	<p>La validation de l'AWTT dans d'autres populations sera nécessaire avant de pouvoir la recommander dans l'utilisation clinique de routine.</p> <p>Comme étape vers une recherche plus rigoureuse et standardisée dans ce domaine, les auteurs suggèrent qu'une définition consensuelle du syndrome de sevrage alcoolique soit nécessaire.</p> <p>Des études prospectives multicentriques comparant l'AWTT au jugement du médecin et à d'autres outils disponibles permettraient de définir les meilleures pratiques pour les patients à risque de syndrome de sevrage alcoolique.</p>
<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Bien qu'elle ne soit pas assez sensible pour être utilisée seule, l'AWTT pourrait être utile dans le cadre d'un protocole d'admission standardisé en identifiant les patients à faible risque de syndrome de sevrage alcoolique qui pourraient être renvoyés des urgences en toute sécurité. Elle pourrait être appliquée dans d'autres contextes.</p>

<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>Les auteurs déclarent un certain nombre de limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La généralisation est limitée par la dérivation et à validation de leur règle de prédiction clinique dans un seul centre et dans une population principalement caucasienne.</li> <li>• L'étude est sujette à des erreurs de classification tant des expositions que des résultats.</li> <li>• Il s'agit d'une étude d'observation, les auteurs n'ont pas pu établir de lien de causalité entre les prédicteurs et le syndrome de sevrage alcoolique, ni d'exclure la possibilité de facteurs de confusion non mesurés.</li> <li>• De nombreux patients avaient des valeurs manquantes.</li> </ul>

### Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Les auteurs ont réussi à déterminer huit prédicteurs indépendants du syndrome de sevrage alcoolique permettant de mettre un point un score basé sur des données objectives et pouvant prédire le risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique.</p> <p>L'AWTT dérivé et validé dans cette étude pourrait aider à réduire l'utilisation des ressources en aidant à identifier les patients qui présentent un faible risque de syndrome de sevrage alcoolique et ne nécessitant donc pas d'admission à l'hôpital. Elle permettrait également des soins plus sûrs et plus rapides en identifiant les patients à haut risque.</p>
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>L'identification de 8 prédicteurs objectifs et indépendants du sevrage alcoolique sévère : la race blanche, deux éléments des antécédents médicaux, le motif de consultation, un pouls élevé et trois biomarqueurs. Le score AWTT a démontré une sensibilité de 90% et une spécificité de 47% pour prédire le syndrome de sevrage alcoolique compliqué.</p>

## Improving alcohol withdrawal outcomes in acute care.

### Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Improving Alcohol Withdrawal Outcomes in Acute Care
Thèmes abordés	Le sevrage alcoolique en soins aigus.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre réfère à une amélioration des prises en charge du sevrage alcoolique en soins aigus. La population est donc implicite mais il s'agit des : patients faisant des sevrages alcooliques en soins aigus.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Jo Melson, Michelle Kane, Ruth Mooney, James McWilliams, Terry Horton
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p><b>Jo Melson</b> : Infirmière praticienne de l'unité de soins intensifs du Christiana Care Health System de Wilmington à Londres</p> <p><b>Michelle Kane</b> : coordinatrice des résultats médicaux au sein du département d'amélioration des performances du Christiana Care Health System à Newark</p> <p><b>Ruth Mooney</b> : Facilitatrice de recherche pour le Christiana Care Health System à Newark</p> <p><b>James McWilliams</b> : infirmier praticien au sein de l'équipe du Healthstar Physicians du Hot Springs,</p> <p><b>Terry Horton</b> : est chef de la division de médecine de la toxicomanie du Christiana Care Health System à Newark</p>
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	/

#### 4. Résumé

Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats

**Objectif:** Réduire l'incidence du sevrage alcoolique progressant vers le DT, l'utilisation de moyens de contention et les transferts vers l'unité de soins intensifs (USI) chez les patients atteints de DT.

**Méthode:** En octobre 2009, l'équipe de sevrage alcoolique a institué un guide de gestion des soins utilisé par toutes les disciplines, qui comprenait des outils de dépistage, d'évaluation et de gestion des symptômes. Les données ont été obtenues à partir d'ensembles de données existants pendant les trois trimestres avant et quatre trimestres après la mise en œuvre. Les données de suivi ont été analysées.

**Résultats:** Les données initiales ont révélé une diminution du pourcentage de patients avec sevrage alcoolique qui ont présenté un DT ( de 16,4% à 12,9%). Chez les patients atteints de DT, l'utilisation de moyens de contention a diminué (60,4% à 44,4%) et les transferts vers l'USI ont diminué (21,6% à 15%).

Les données de suivi ont indiqué une tendance à la baisse continue chez les patients atteints de DT. Les changements n'étaient pas statistiquement significatifs. Le recours à la contention et les transferts aux soins intensifs ont initialement maintenu leurs niveaux après la mise en œuvre, mais sont revenus au niveau de pré-mise en œuvre au troisième trimestre de 2012.

**Conclusion:** L'identification précoce des patients ayant un potentiel risque de sevrage alcoolique qui ont suivi le protocole de traitement standardisé utilisant une posologie déclenchée par les symptômes a amélioré la gestion et les résultats du sevrage alcoolique.

## Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	La justification de l'étude repose sur des données statistiques et des constats théoriques.

<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Le retard de diagnostic et l'absence de traitement ont entraîné plusieurs conséquences négatives pour le personnel et les patients du Christiana Care. Un système d'évaluation a donc été mis en place.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Le plan est présent, il est précis, logique et les étapes à venir sont bien détaillées.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Les objectifs de cette étude sont de réduire l'incidence du sevrage alcoolique progressant vers le DT, l'utilisation de moyens de contention et les transferts vers l'unité de soins intensifs (USI) chez les patients atteints de DT.

## Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Il n'y a pas de modèle théorique ou cadre conceptuel.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Pas de limites ou de contraintes provenant d'autres auteurs.

### Article portant sur une étude quantitative

#### Méthodologie

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'incidence du sevrage alcoolique progressant vers le DT</li> <li>• L'utilisation de moyens de contention</li> <li>• Les transferts vers l'unité de soins intensifs</li> </ul>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui, une définition de chaque variable est donnée.

Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	<p>Les objectifs de ce projet étaient de :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. réduire l'incidence des syndromes de sevrage évoluant vers le DT.</li> <li>2. Réduire l'utilisation de la contention chez les patients en DT.</li> <li>3. Diminuer les transferts à l'USI pour patient atteint de DT.</li> </ol>
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Il n'y a pas de précision.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Il n'y a pas d'hypothèse de recherche.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Il s'agit d'un devis quasi-expérimental.
Le devis est-il bien détaillé ?	Le devis n'est pas dit explicitement, cependant, le fait que les chercheurs ont instauré une ligne de conduite est bien détaillé.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Avant la présentation des résultats, des informations ont été soumises au comité d'examen institutionnel de Christiana Care. L'approbation de la diffusion a été accordée.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	La procédure et la ligne de conduite sont bien détaillées et explicitées.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les données ont été extraites de sources de données existantes pour les patients avec un diagnostic de sortie de syndrome de sevrage alcoolique ou DT durant 9 mois avant la mise en œuvre du projet. Les données ont ensuite été compilées tous les trimestres après la mise en œuvre pour donner un aperçu de l'efficacité de l'intervention.

<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population est : Les patients avec un diagnostic de sortie de syndrome de sevrage alcoolique et/ou DT.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Pas d'informations à ce sujet. On peut supposer que les dossiers médicaux ont été étudiés et que les chercheurs ont sélectionné tous les patients de l'hôpital ayant eu un syndrome de sevrage alcoolique.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Le seul critère nécessaire est d'avoir eu un syndrome de sevrage alcoolique durant l'hospitalisation.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Oui, il y a : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le groupe hospitalisé avant le début de la ligne directrice</li> <li>• Le groupe hospitalisé pendant l'utilisation de la ligne directrice</li> </ul>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Il n'y a pas de précisions.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Il n'y a pas de précisions.

<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Pas de descriptions des instruments de mesure.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Une fiche de rapport de données a été créée pour refléter le pourcentage de patients avec des diagnostics primaires ou secondaires de syndrome de sevrage alcoolique ou DT, l'utilisation de moyens de contention, la durée moyenne du séjour, les admissions aux USI et les transferts en USI.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Il n'y a pas de précisions.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Il n'y a pas de précisions.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Oui, une ligne directrice sur la prise en charge des symptômes du sevrage alcoolique est proposée. Il comprend l'évaluation du risque de syndrome de sevrage alcoolique, l'évaluation à l'aide de l'échelle CIWA-Ar, deux algorithmes cliniques et un ensemble d'ordonnances pour les cliniciens ainsi qu'une échelle de sédation-agitation.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	À la suite de la mise en œuvre de l'intervention, les représentants de la qualité et de la sécurité des infirmières ont effectué des contrôles mensuels pour déterminer si l'évaluation du risque de sevrage alcoolique et le CIWA-Ar étaient effectués comme indiqué dans le guide de gestion des soins.  Des résumés rétrospectifs trimestriels ont été effectués pour déterminer la fidélité aux lignes directrices de gestion des soins.

<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	Pas d'explications à ce sujet.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	/

### Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	<p>Sur les 39 402 admissions avant la mise en œuvre du guide de prise en charge, 462 patients avaient un diagnostic de sortie de syndrome de sevrage alcoolique ou DT, dont 134 patients avec un diagnostic de sortie de DT (76 patients avec un diagnostic secondaire de DT).</p> <p>Au cours des 4 premiers trimestres après la mise en œuvre, il y a eu 50 534 admissions. Parmi ceux-ci, 602 patients avaient un diagnostic de sortie de syndrome de sevrage alcoolique ou DT, avec 159 ayant un diagnostic de sortie de DT (78 patients avec un diagnostic secondaire de DT)</p>
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Pas de précisions sur les participants.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Pas de précisions.
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	En raison du degré élevé de variabilité, le R2 est faible pour les deux périodes ( $R^2 = 0,0008$ avant la mise en œuvre du guide de gestion des soins; $R^2 = 0,1513$ après la mise en œuvre). L'analyse de régression linéaire a révélé $p = 0,5$ et n'est donc pas statistiquement significative.

<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>Le pourcentage de patients avec un diagnostic de syndrome de sevrage alcoolique qui ont développé un DT a diminué de 16,4% (76/462) avant la mise en œuvre à 12,9% (78/602) après la mise en œuvre.</p> <p>Dans les 3 trimestres précédants la mise en œuvre, 60,4% des patients atteints de DT (81/134) étaient en contention contre 44,4% (71/159) en contention dans les 4 trimestres après la mise en œuvre.</p> <p>Les transferts des étages autres que les USI vers les USI ont diminué de 21,6% (29/134) avant la mise en œuvre à 15% (24/159) après la mise en œuvre.</p>
---	--

### Discussion

<h4>1. Résumé des résultats</h4>	
<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<p>Oui, il est dit que dans ce projet, tous les patients adultes hospitalisés ont été soumis à un dépistage de risque de syndrome de sevrage alcoolique au moment de leur admission et que ceci a contribué à l'identification précoce des patients nécessitant une surveillance ou un traitement supplémentaire. Grâce à ce protocole de gestion des symptômes fondé sur les données probantes, une diminution de l'incidence du syndrome de sevrage alcoolique évoluant vers le DT a été démontrée. Le recours à la contention et les transferts vers les unités de SI ont révélé une tendance initiale à la baisse après la mise en œuvre du protocole. Il est possible que les patients à risque de sevrage alcoolique ne présentant que des symptômes légers aient été identifiés et traités de manière adéquate et qu'ils n'aient donc pas évolué vers le DT et n'aient donc pas eu recours à la contention ou n'aient pas été transféré au SI. À mesure que le pourcentage de patients ayant subi 1 DT diminuait, cela se traduisait par un dénominateur plus bas, augmentant ainsi le pourcentage de patients soumis à une contrainte ou transférés à l'USI.</p>
<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p>	<p>L'incidence du sevrage alcoolique progressant vers le DT, l'utilisation de moyens de contention et les transferts vers l'unité de soins intensifs (USI) ont été réduits.</p>
<h4>2. Liens avec les autres auteurs</h4>	
<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)</p>	<p>Pas de précisions à ce sujet.</p>

<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>Les prochaines étapes consistent à modifier l'ensemble d'ordonnances pour les rendre plus faciles à utiliser</p> <p>Avertir les cliniciens des admissions précédentes où le protocole CIWA-Ar a été initié → Donner au clinicien plus d'informations concernant la trajectoire du syndrome de sevrage chez le patient dans le passé et la dose de médicaments nécessaire afin de contrôler les symptômes.</p> <p>La mise en place d'identifiant pour les patients qui entrent aux urgences et qui ont déjà souffert d'un syndrome de sevrage alcoolique lors d'admissions antérieures ainsi que la désignation d'une seule unité où seront admis les patients souffrant d'un syndrome de sevrage alcoolique et le signalement des scores CIWA-Ar élevés.</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Christiana Care a depuis l'étude, mis en place un service de conseils entre pairs afin d'améliorer la planification des sorties et de faciliter la progression des patients vers des modalités de traitement approprié.
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>Les variations dans la gestion pharmacologique résultaient des différences dans les ordonnances des médecins. L'ensemble des ordonnances fournissaient les doses recommandées pour les bz, cependant, les cliniciens étaient libres de choisir.</p> <p>En raison de la mise en œuvre de ce projet à l'échelle de l'établissement, il n'a pas été possible d'inclure un groupe qui n'a pas reçu l'intervention.</p> <p>La collecte de données reposait sur une documentation médicale précise du syndrome de sevrage alcoolique ou DT comme diagnostic d'admission et de sortie.</p> <p>Les observations cliniques et les résultats d'un groupe de discussion sur les soins infirmiers ont révélé ce qui suit: le CIWA-Ar n'a pas toujours été effectué une heure après l'administration du médicament, que les patients n'étaient pas toujours réveillés afin de réaliser l'échelle.</p> <p>Les patients peuvent être réticents à répondre honnêtement aux questions concernant leurs antécédents de consommation d'alcool parce qu'ils craignent d'être jugés. Les infirmières reçoivent souvent des</p>

	informations contradictoires sur la consommation d'alcool de la part des patients et des membres de la famille, ce qui pose un dilemme dans l'attribution d'un score de risque pour le syndrome de sevrage alcoolique.
--	--

### Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	L'incidence du sevrage alcoolique progressant vers le DT, l'utilisation de moyens de contention et les transferts vers l'unité de soins intensifs (USI) ont été réduits.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les résultats ont montré une diminution du nombre de patients qui ont progressé vers le DT et une diminution de l'utilisation de la contention et du nombre de transferts vers l'USI.

**Impact of an alcohol withdrawal treatment pathway on hospital length of stay: A retrospective observational study  
comparing pre and post pathway implementation**

**Identification de l'article et du résumé**

<b>1. Titre</b>	
Titre (noter le titre)	Impact of an Alcohol Withdrawal Treatment Pathway on Hospital Length of Stay: A Retrospective Observational Study Comparing Pre and Post Pathway Implementation
Thèmes abordés	Le syndrome de sevrage alcoolique et la mise en œuvre d'un parcours clinique
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Non il ne se réfère ni à une population précise ni à une question pertinente. On peut supposer que le titre se réfère à des personnes ayant une problématique avec l'alcool.
<b>2. Auteurs</b>	
Auteurs (noter les auteurs)	Andrew J. Muzyk, Rachel E. Rogers, Gary Dighe, Jessica Hartung, Robert c. Musser, Mary J. Stillwagon, Sarah Rivelli

<p>Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays</p>	<p><b>Andrew J. Muzyk</b> : Département de pratique pharmaceutique, Campbell University Collège of Pharmacy and Health Sciences, département de pharmacie, Duke University Hospital, Durham et département de psychiatrie et de sciences du comportement, Duke University Hospital, Durham, NC</p> <p><b>Rachel E. Rogers</b> : Département de pharmacie , Duke University Hospital, Durham, NC</p> <p><b>Gary Dighe</b> : Département de pharmacie, Ohio State University-Ohio Riverside Hospital, Columbus</p> <p><b>Jessica Hartung</b> : département de pharmacie pratique, Campbell University collège of pharmacie and Health Sciences, Buies Creek, NC</p> <p><b>Robert c. Musser</b> : département de médecine, Duke University Hospital, Durham, NC</p> <p><b>Mary J. Stillwagon</b> : Département de soins infirmiers, Duke University Hospital, Durham, NC</p> <p><b>Sarah Rivelli</b> : département de psychiatrie et de Sciences du comportement et département de médecine, Duke University Hospital, Durham, NC</p>
<h3>3. Mots clés</h3>	
<p>Mots clés (noter les mots clés)</p>	<p>Alcohol withdrawal, alcoholism, delirium tremens, alcohol use disorder, hospital length of stay, clinical pathway</p>
<h3>4. Résumé</h3>	
<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p><b>Objectifs</b> : L'objectif de cet article est de déterminer si la mise en œuvre d'un parcours clinique pour le traitement du sevrage alcoolique, dans une population de patients en chirurgie et en médecine, réduit la durée de séjour à l'hôpital.</p> <p><b>Méthodologie</b> : Il s'agit d'une étude d'observation rétrospective menée dans un hôpital universitaire. Elle a porté sur 582 sujets (275 en 2010 et 307 en 2012). L'équipe du projet a été formée dans le but créer une approche standardisée de la reconnaissance du traitement du sevrage alcoolique. Ils ont défini quatre voies de traitements possible (prophylaxie, légère, modérée et sévère). Ils ont comparé la cohorte de 2010 qui avaient l'ancien protocole de soin avec la cohorte de 2012 qui a suivi le protocole selon les quatre voies d'administrations.</p> <p><b>Résultats</b> : La durée de séjour a diminué d'un jour pour le groupe 2012 par rapport au groupe 2010. D'autres changements non significatifs ont été constatés.</p>

## Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Oui, elle repose sur différents faits statistiques et théoriques.
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Plusieurs institutions ont des préoccupations par rapport à l'échelle CIWA-Ar qui a un certain nombre de limites. D'autres études sur des parcours cliniques ont montré que ceux-ci étaient largement acceptés et facilement mis en œuvre par le personnel hospitalier. Ceux-ci entraînaient une utilisation plus judicieuse des benzodiazépines et une diminution de la durée de séjour à l'hôpital. C'est pour cette raison que les auteurs ont décidé de créer ce parcours clinique.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Il n'y a pas de plan de soin, mais les étapes à venir semblent logiques.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Évaluer si la mise en œuvre d'un parcours clinique utilisant la saisie informatisée des ordonnances médicales ainsi qu'une formation dans l'hôpital réduit la durée de séjour chez les patients développant un syndrome de sevrage alcoolique.

### Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Il n'y a pas de limites ou contraintes explicitées par d'autres auteurs.

### Article portant sur une étude quantitative

#### Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<p>La durée de séjour à l'hôpital</p> <p>La durée de séjours aux soins intensifs</p> <p>Données démographiques</p> <p>La gravité du sevrage alcoolique</p> <p>Le risque de mortalité à l'admission</p> <p>Les antécédents de consommation d'alcool</p> <p>Le diagnostic de sortie</p>

Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Non, elles ne sont que très peu définies
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Est-ce que l'utilisation de ce nouveau parcours clinique selon quatre voies d'administration possible pour le traitement du sevrage alcoolique réduit le nombre de jours d'hospitalisation et améliore la qualité des soins ?
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non pas de précisions
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'hypothèse de recherche est implicite, mais l'on peut supposer que la mise en œuvre de ce nouveau protocole diminuerait la durée d'hospitalisation.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Étude d'observations rétrospective
Le devis est-il bien détaillé ?	Non il n'y a pas détails
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'hôpital universitaire de Duke.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Non pas de précisions
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les informations spécifiques aux sujets provenaient de la base de données du CHU.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Oui, il s'agit des personnes développant un syndrome de sevrage alcoolique dans un service de chirurgie ou de médecine à l'hôpital de Duke.

Comment se réalise la sélection des participants ?	Un examen manuel des dossiers a été effectué pour identifier les patients admis ayant développé un sevrage alcoolique même si celui-ci n'était pas le diagnostic primaire.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Oui les critères d'inclusions étaient les suivants :</p> <p>Être hospitalisé entre le 1er janvier et le 31 octobre 2010 ou entre le 1er janvier et le 31 octobre 2012</p> <p>Être âgé de 18 ans ou plus</p> <p>Avoir un sevrage alcoolique comme diagnostic d'admission.</p> <p>Exclusion :</p> <p>Patients à partir de 2012 qui ne sont pas vu prescrire le nouveau protocole ont été exclus du cohorte 2012</p> <p>Non admission pour sevrage alcoolique</p> <p>Admission en dehors des périodes d'études respectives</p> <p>Toutes les hospitalisations qui répondaient aux critères d'inclusions des deux périodes ont été incluses et enregistrées comme des visites uniques même si le patient avait eu plusieurs hospitalisations au cours d'une période de l'étude.</p>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	<p>Oui,</p> <p>Il y a le groupe cohorte 2010 et le groupe cohorte 2012</p>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les auteurs ont identifié 1500 patients avec une problématique d'alcool et ont pris que ceux qui respectaient les critères d'inclusion. Ce qui a donné au final 275 sujets pour la cohorte de 2010 et 207 pour la cohorte de 2012.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Non pas de justification

<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>Oui, mais pas précisément</p> <p>Le score CAGE</p> <p>Différents signes et symptômes associés à un degré d'atteinte du sevrage alcoolique</p> <p>Un score de comorbidité de Charlson 35</p>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<p>Les chercheurs ont pris les données dans les dossiers médicaux, mais il n'y a pas d'autres détails</p>
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	<p>Non pas de précisions</p>
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<p>Non pas de précisions</p>
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p>L'intervention ici est l'application du nouveau protocole.</p> <p>Une équipe de projet composé de médecins, de pharmaciens et d'infirmières ont identifié les problèmes liés aux normes de soins de leur hôpital et ont examiné la documentation relative aux meilleures pratiques. Ils ont alors développé une approche thérapeutique adaptée à la population de patients médico-chirurgicaux et applicables dans l'ensemble de l'hôpital. Cette approche a été mise en œuvre en novembre 2011.</p>

<p>Comment l'intervention est-elle appliquée ?</p>	<p>À l'admission les infirmières s'informaient sur les antécédents de sevrage alcoolique et faisaient le questionnaire CAGE. Si le patient avait un antécédent de sevrage alcoolique ou un score CAGE positif, l'infirmière avait pour instruction de contacter le médecin et de proposer l'utilisation du parcours clinique. Celui-ci comprend quatre voies de traitement possibles choisies sur la base des symptômes de sevrage alcoolique. Les voies de traitement sont les suivantes : voie 1 prophylaxie, voie 2 sevrages légers, voie 3 sevrages modérés et voie quatre sevrages sévères. Chaque parcours correspond à une dose de lorazépam, à un schéma posologique et à une évaluation des symptômes différents.</p>
<p><b>6. Méthode d'analyse des données</b></p>	
<p>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)</p>	<p>La durée de séjour à l'hôpital a été analysée à l'aide d'un modèle de risques proportionnels de Cox qui comprenait les covariables d'âge, de sexe, de race, de gravité de la maladie à l'admission, de risque de mortalité à l'admission, de l'indice de comorbidité de Charlson et d'admission en soins intensifs. Les intervalles de confiance (IC) ont été estimés à l'aide d'une méthode bootstrap. Ce modèle a pris en compte les sujets qui ont été admis plus d'une fois dans la même année ou réadmis en 2010 et 2012 avec une interception aléatoire. Une régression log normale multivariée pour la durée de séjour a également été réalisée pour confirmer les résultats du modèle de Cox. La proportion de sujets admis à l'USI et la proportion de patients sortis avec un diagnostic de DT ont été analysées par un test <math>\chi^2</math>. La durée de séjour en soins intensifs a été analysée par le test de la somme des rangs de Wilcoxon. Les valeurs moyennes et médianes ont été calculées pour tous les résultats ; cependant, si les données étaient faussées, la valeur médiane et l'intervalle interquartile (IQR) étaient indiqués. Les analyses de données pour cet article ont été générées à l'aide du logiciel SAS, version 9.4</p>
<p>Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?</p>	<p>Non</p>

## Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Il y a 582 sujets (275 en 2010 et 307 en 2012).
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, un tableau est présent et contient : Âgé Sexe Race Gravité de la maladie à l'admission Risque de mortalité à l'admission
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Une récolte de donnée a été réalisée en 2010 et une autre en 2012.

<b>2. Description des résultats</b>	
<p>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. <math>p &lt; 0.05</math>) ?</p>	<p>Dans l'analyse non ajustée, la durée de séjour médiane était de 5 jours (IQR, 3 contre 9) pour 2010 et 5 jours (IQR, 3 contre 8) pour 2012.</p> <p>En utilisant un modèle de risques proportionnels de Cox ajusté pour les covariables, il y a eu une réduction de 1 jour (IC à 95%, 1-2)</p> <p>Durée du séjour hospitalier médiane entre les cohortes 2010 et 2012, 5 jours contre 4 jours, respectivement.</p> <p>Le rapport moyen de la durée de séjour hospitalier médian entre les 2 cohortes était de 1,25 (IC à 95 %, 1,25-1,67). L'IC a été estimé par bootstrap et a démontré une durée de séjour nettement plus élevée dans la cohorte de 2010 que dans la cohorte de 2012.</p> <p>La régression log-normale multivariée a soutenu une réduction similaire de la durée de séjour à l'hôpital entre les 2 cohortes.</p>
<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>Il y a eu une augmentation de la proportion de sujets admis en réanimation après la mise en place de la méthode de traitement du sevrage alcoolique (24% en 2010 vs 29,3% en 2012), mais une diminution de la proportion de patients sortis avec un diagnostic de DT (17,8% en 2010 contre 15,3% en 2012) →Aucun des deux résultats n'était statistiquement significatif</p> <p>Il y a eu une réduction de la durée de séjour moyen en réanimation (<math>7,1 \pm 8</math> jours en 2010 contre <math>5,6 \pm 6,9</math> jours en 2012), mais ces résultats n'étaient pas significativement différents entre les cohortes de sujets.</p>

### Discussion

<b>1. Résumé des résultats</b>	
<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<p>Oui, il est dit que cette étude démontre la mise en œuvre réussie d'un programme de traitement du sevrage alcoolique avec des réductions statistiquement et cliniquement significatives de la durée d'hospitalisation. Des réductions de la durée de séjour aux soins intensifs et la proportion de sujets sortis de l'hôpital avec un diagnostic de DT ont également été observées (mais résultats non statistiquement significatifs)</p>

Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	La réduction significative de la durée de séjour hospitalière entre les 2 cohortes suggère que le programme de traitement était efficace.
<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences..)	<p>D'après les auteurs, il s'agit de la plus grande étude qui examine l'efficacité d'un traitement du sevrage alcoolique.</p> <p>Les caractéristiques des sujets sont comparables à ceux présents dans d'autres études en termes de données démographiques et de comorbidités.</p> <p>La durée de traitement en service de soins intensifs pour les cohortes 2010 et 2012 était plus courte que les 12,5 jours rapportés dans une autre étude.</p> <p>La proportion de patients avec un diagnostic de sortie de DT dans les deux cohortes se situait dans la fourchette rapportée de 5% à 20%; cependant, les pourcentages dans les deux cohortes étaient inférieures à ceux trouvés dans une autre étude qui étaient respectivement de 42% et 31% avant et après la mise en œuvre d'un programme de traitement du sevrage alcoolique.</p>
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Pas de recommandations ou étapes futures proposées par les auteurs.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Le programme de traitement a été accepté à l'échelle de l'hôpital, avec ~89% des patients hospitalisés pour sevrage alcoolique en 2012 ayant été prise en charge à l'aide de la méthode.

#### 4. Limites de la présente étude

Quelles sont les limites /biais de l'étude ?

La conception rétrospective non randomisée dans un seul centre clinique. L'étude reposait sur des diagnostics de sortie; les patients n'ont donc pas été diagnostiqués de manière prospective ou systématique, ce qui aurait pu entraîner des cas manqués ou des diagnostics inexacts. Cependant, un examen manuel de chaque dossier pour confirmer la présence d'un sevrage alcoolique a été effectué pour limiter les inexacitudes diagnostiques.

La décision de traiter le sevrage alcoolique a été prise par les prestataires et était donc sujette à des variations.

Il est impossible de conclure quels aspects de l'intervention ont eu le plus d'impact sur la durée de séjour ; l'utilisation d'un cheminement de traitement ou les initiatives éducatives proposées ou une combinaison des deux, bien qu'il soit possible que l'initiative globale d'amélioration de la qualité ait été utile pour réduire la durée de séjour en milieu hospitalier.

L'étude n'a pas été conçue pour mesurer les schémas de prescription des benzodiazépines ni pour comparer la durée du traitement par les benzodiazépines entre les 2 cohortes. Bien qu'il y ait eu des taux élevés d'utilisation de la méthode à 89 %, on ne sait pas si elle a été appliquée correctement dans une situation clinique donnée, comme le choix d'une étape particulière compte tenu d'un scénario clinique particulier.

L'utilisation d'un groupe témoin historique peut représenter plusieurs limites, y compris un biais de sélection, des différences non observées entre les 2 groupes qui ne peuvent pas être contrôlées, une collecte inexacte des données du groupe témoin et des changements dans la classification et le diagnostic de l'état de la maladie; l'amélioration démontrée peut également être causée par un changement dans la population de patients ou la prise en charge des patients plutôt que par un effet de l'intervention.

## Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude démontre la mise en œuvre réussie d'un parcours clinique pour le traitement du sevrage alcoolique chez les patients atteints de maladies médico-chirurgicales avec une réduction significative de la durée de l'hospitalisation. Cette étude s'ajoute soutient l'utilisation de méthode de traitement standardisée pour la gestion du sevrage alcoolique chez les patients médico-chirurgicaux.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les auteurs ont pu démontrer une diminution significative de la durée d'hospitalisation grâce à leur programme de traitement.

## Appendice J : Outil PAWWS

### Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS)

Maldonado et al, 2015

#### **Part A: Threshold Criteria:**

("Y" or "N", no point)

Have you consumed any amount of alcohol (i.e., been drinking) within the last 30 days? OR did the patient have a "+" BAL on admission? \_\_\_\_\_

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

#### **Part B: Based on patient interview:**

(1 point each)

1. Have you been recently intoxicated/drunk, within the last 30 days? \_\_\_\_\_

2. Have you ever undergone alcohol use disorder rehabilitation treatment or treatment for alcoholism? (i.e., in-patient or out-patient treatment programs or AA attendance) \_\_\_\_\_

3. Have you ever experienced any previous episodes of alcohol withdrawal, regardless of severity? \_\_\_\_\_

4. Have you ever experienced blackouts? \_\_\_\_\_

5. Have you ever experienced alcohol withdrawal seizures? \_\_\_\_\_

6. Have you ever experienced delirium tremens or DT's? \_\_\_\_\_

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  $\geq 200$ ? \_\_\_\_\_

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 AWS. A score of  $\geq 4$  suggests HIGH RISK for moderate to severe (complicated) AWS; prophylaxis and/or treatment may be indicated.*

Fig. 1. Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) tool.

## Appendice K : Outil AWAT

<b>Table 2. Alcohol Withdrawal Assessment Tool Components</b>
<b>Pulse and BP</b>
<b>0</b> HR <100 <b>AND</b> SBP less than 160mmHg
<b>1</b> HR 101–120 bpm <b>OR</b> SBP 161–200 mm Hg
<b>2</b> HR >120 bpm <b>OR</b> SBP >200 mm Hg
<b>Agitation/Tremors</b>
<b>0</b> None
<b>2</b> Moderate restlessness, fidgety, tremors
<b>4</b> Severe thrashing, pacing, combative
<b>Confusion/Hallucinations</b>
<b>0</b> None, oriented ×3, or baseline
<b>1</b> Disoriented but calm
<b>2</b> Disoriented and agitated
<b>4</b> Disoriented consistently or hallucinations present (visual, tactile, or auditory)
<b>Diaphoresis</b>
<b>0</b> None
<b>2</b> Mild to moderate
<b>4</b> Severe, drenching
<b>Total score:</b>
<p><i>Abbreviations: BP, blood pressure; bpm, beats per minute; HR, heart rate; SBP, systolic blood pressure.</i></p> <p><i>Copyright © by IU Health, Inc. All rights reserved. No reproduction of this document is allowed without written permission from the publisher.</i></p>