

Travail de Bachelor
L'importance des interventions infirmières dans la gestion du
syndrome de sevrage alcoolique en soins aigus
Revue de la littérature

Réalisé par : Tanguy Mathieu

Promotion : Bachelor 19

Sous la direction de : Aline Chappuis

Sion, le 5 juillet 2022

Résumé

La consommation excessive d'alcool et la dépendance à ce dernier représentent un problème sanitaire majeur au niveau mondial. En effet, l'alcool est responsable de trois millions de décès par année. En Suisse, environ 250'000 personnes, soit 3% de la population totale, présentent une dépendance à l'alcool. L'objectif principal de cette revue de la littérature est d'identifier les différentes interventions infirmières permettant de dépister rapidement les patients à risque de présenter un syndrome de sevrage alcoolique tout en valorisant une alliance thérapeutique solide.

Les principaux obstacles à une prise en charge adéquate (identifiés grâce à cette revue de la littérature) sont le manque de connaissances générales, particulièrement quant à l'utilisation de certains outils d'évaluation, la complexité de la prise en charge ainsi que les signes et symptômes pouvant être associés à d'autres causes. Ces éléments ont été corroborés par des revues systématiques.

Des recherches par « mots-clés » dans trois bases de données (CINHAL*, Medline (PubMed)* et EMBASE*) ont permis d'identifier et de retenir six études, publiées dans les cinq dernières années et s'intéressant à la thématique choisie pour ce travail. Les articles retenus sont disciplinaires et traitent de la prise en charge de patients souffrant de troubles liés à l'alcool en milieu de soins aigus.

En conclusion, cette revue de la littérature met l'accent, d'une part sur les difficultés rencontrées par le personnel infirmier, d'autre part sur le vécu hospitalier des patients souffrant de problèmes liés à l'alcool.

Mots-clés : alcoolisme, dépendance à l'alcool, syndrome de sevrage alcoolique, soins infirmiers, interventions, service de soins aigus, hospitalisation.

Les mots suivis d'un (*) se trouvent dans le glossaire méthodologique en annexe (Annexe IV).

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Aline Chappuis, directrice de mon travail de bachelor, pour sa disponibilité, son soutien ainsi que ses conseils dans la réalisation de cette revue de la littérature.

Je remercie également ma femme, ma famille ainsi que mon entourage qui m'ont soutenu tout au long de la réalisation de ce travail.

Déclaration

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

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

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

L'auteur déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Date et lieu :

Signature

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Problématique	2
1.2	Question de recherche.....	4
1.3	Buts de la recherche	4
2	Cadre théorique	5
2.1	Addiction ou dépendance ?	5
2.1.1	Classification et terminologies actuelles	6
2.1.2	Quand l'alcool devient un besoin	8
2.1.3	Critères diagnostiques des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	9
2.2	Syndrome de sevrage alcoolique.....	10
2.2.1	Manifestations cliniques du SSA.....	10
2.2.2	Défi clinique pour l'équipe infirmière	11
2.2.3	Outils de dépistage précoce	12
2.3	Alliance thérapeutique	14
2.3.1	Approche motivationnelle.....	14
2.3.2	Création et maintien de l'alliance thérapeutique	16
2.3.3	Dimensions de l'alliance thérapeutique	17
3	Méthode	18
3.1	Devis de recherche	18
3.2	Collecte des données	18
3.3	Sélection des données.....	20
3.4	Considérations éthiques	20
3.5	Analyse des données.....	20
4	Résultats	22
4.1	Description de l'étude 1	22
4.1.1	Validité méthodologique.....	24
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	25
4.2	Description de l'étude 2	25
4.2.1	Validité méthodologique.....	27
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	28
4.3	Description de l'étude 3	28

4.3.1	Validité méthodologique.....	30
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	31
4.4	Description de l'étude 4	32
4.4.1	Validité méthodologique.....	34
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	34
4.5	Description de l'étude 5	35
4.5.1	Validité méthodologique.....	36
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	37
4.6	Description de l'étude 6	38
4.6.1	Validité méthodologique.....	40
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	40
4.7	Synthèse des principaux résultats	41
5	Discussion	42
5.1	Discussion des résultats	42
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	45
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	46
6	Conclusions	47
6.1	Propositions pour la pratique	47
6.2	Propositions pour la formation	48
6.3	Propositions pour la recherche	49
7	Références bibliographiques.....	51
8	Annexes	I
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe III : Pyramide des preuves.....	VIII
	Annexe IV : Glossaire méthodologique (*).....	IX
	Annexe V : Questionnaires de dépistage	XII

Liste des figures

Figure 1 : Pyramide de Skinner	7
Figure 2 : Le cercle de Prochaska & Di Clemente.....	15

Liste des tableaux

Tableau 1 : Équation de recherche CINAHL	19
Tableau 2 : Équation de recherche Medline (PubMed)	19
Tableau 3 : Équation de recherche Embase	19
Tableau 4 : Liste des articles retenus.....	21

Liste des abréviations

CAS	Certificate of Advanced Studies
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e édition
DAS	Diploma of Advanced Studies
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^e édition
DT	Delirium tremens
GREa	Groupe romand d'études des addictions
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
RR	Research Randomizer
SSA	Syndrome de sevrage alcoolique

1 Introduction

Cette revue de la littérature est effectuée dans le cadre d'un travail de bachelor en lien avec le champ disciplinaire des soins infirmiers. Le choix de ce thème s'est principalement basé sur des expériences professionnelles vécues lors de périodes de formation pratique et plus précisément en service hospitalier de soins aigus ainsi qu'en service de psychiatrie.

Le sujet principal de ce travail concerne les difficultés de prise en charge de patients dépendants à l'alcool, ayant comme motif d'hospitalisation un problème de santé somatique ou aigu, lié ou non à leur dépendance à l'alcool.

En effet, chaque patient et chaque pathologie seront pris en charge de manière individualisée. Force est de constater que la prise en charge de patients non-dépendants et celle de patients dépendants à l'alcool sont différentes. Le personnel soignant peut rencontrer des difficultés de prise en charge lors de leur hospitalisation et ce pour plusieurs raisons qui vont être décrites ci-après.

Une hospitalisation involontaire ou en urgence engendre, chez un patient dépendant à l'alcool, un arrêt brutal de sa consommation. Dès lors, ces patients, considérés à risque, peuvent présenter des comorbidités liées à leur dépendance, mais également développer un syndrome de sevrage alcoolique (SSA). De ce fait, la réussite du traitement initial peut s'avérer compromise.

Le but de cette revue de la littérature* est de mettre en évidence les éléments-clés d'une prise en charge adéquate tout en englobant les relations interpersonnelles et l'alliance thérapeutique. Le personnel infirmier en soins aigus a pour rôle à la fois de dépister ce type de complications, qui peuvent entraver la prise en charge du problème initial, mais également d'amener des éléments de prévention afin de traiter la dépendance à l'alcool.

1.1 Problématique

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

Selon le rapport mondial sur l'alcool et la santé publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2018a), l'alcool est l'une des substances les plus couramment utilisées à des fins de divertissement dans le monde. La consommation totale d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus, est en constante augmentation, passant de 5.7 litres en l'an 2000 à 6.4 litres en 2016. L'OMS (2018b) estime « qu'au niveau mondial, 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool. [...] 8% de décès chez les hommes et 3% de décès chez les femmes sont liés à la consommation d'alcool ce qui représente globalement trois millions de décès par année ». Ces chiffres indiquent que l'alcool est et restera un problème socio-sanitaire majeur à prendre en compte.

En Suisse, l'alcool a une connotation fortement sociale. En effet, la présence de boissons alcoolisées lors d'évènements familiaux ou autres festivités ne semble pas rare. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2018), la consommation régulière d'alcool en Suisse, par sexe et par âge (15 ans et plus) en 2017, donne une moyenne de 31,6% de femmes consommant de l'alcool une à deux fois par semaine, un chiffre légèrement plus haut s'élevant à 34,7% chez les hommes. 10.6% de femmes en consommeraient trois à six fois par semaine contre 18,8% chez les hommes. La population âgée de 15 ans et plus, en consommant quotidiennement, se monte à 22%. Addiction Suisse (2020a) indique que les hommes âgés de 45 ans et plus sont doublement plus touchés que les femmes du même âge concernant une consommation journalière d'alcool.

Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2019), la consommation d'alcool pose différents problèmes. Premièrement, certaines personnes boivent trop d'alcool et ce, de manière chronique. D'autres en revanche en consomment ponctuellement, mais de façon excessive. Finalement, il faudrait également éviter ce type de boisson dans certaines circonstances. Conformément aux standards nationaux, le terme « consommation d'alcool à risque » est utilisé lorsqu'une personne met en péril sa propre santé ou celle d'autrui.

Selon l'article de Sossauer et al. (2018), plus d'un cinquième de la population suisse (20,5%) présente une consommation d'alcool considérée à risque. Dans cette tranche de la population, les femmes consomment quatre verres standards ou plus successivement au moins une fois par mois, ce qui correspond à cinq verres standards chez les hommes.

Il faut savoir qu'un verre d'alcool dit « standard » contient 12 grammes d'alcool pur, soit trois décilitres de bière ou un décilitre de vin. Plus ou moins 4,2% de cette même population présentent une consommation chronique à risque avec une moyenne quotidienne d'au moins un verre standard ou plus pour les femmes, et a minima deux verres standards ou plus pour les hommes.

« L'alcool peut être défini comme une substance psychoactive capable d'entraîner la dépendance, largement utilisée dans de nombreuses cultures depuis des siècles. L'usage nocif de l'alcool entraîne une charge de morbidité ainsi qu'un fardeau économique et social important pour les sociétés. [...] ses effets sont déterminés par la quantité consommée, le mode de consommation et, en de rares occasions, par la qualité d'alcool consommée » (Organisation mondiale de la santé, 2018a).

En Suisse, environ 250'000 personnes (soit environ 3% de la population totale) présentent une dépendance à l'alcool. Ces chiffres indiquent également le pourcentage de patients chez lesquels pourrait survenir un SSA. La dépendance à l'alcool se manifeste par un désir puissant de consommation, nommé *craving*, un contrôle difficile de sa consommation, un syndrome de sevrage physiologique, une augmentation de la tolérance des effets de l'alcool, un abandon progressif d'autres sources de plaisir ainsi que des difficultés socio-relationnelles, professionnelles ou familiales. Malgré la survenue de nombreuses conséquences néfastes pour l'organisme, les personnes atteintes de dépendance à l'alcool poursuivent tout de même leur consommation (Sossauer et al., 2018).

Toute personne indépendamment de son sexe ainsi que de son âge peut être hospitalisée. Qu'en est-il donc lorsqu'une personne consommant de l'alcool quotidiennement et de manière incontrôlée se retrouve hospitalisée en urgence ou de manière élective pour une problématique liée ou non à sa consommation ? Ce sont des patients chez qui d'éventuels symptômes, liés à un arrêt de consommation, doivent faire l'objet d'une attention particulière. En effet, un arrêt brutal est susceptible d'entraîner un syndrome de sevrage alcoolique pouvant évoluer vers une crise d'épilepsie ou un delirium tremens (DT) et ces deux cas de figure peuvent devenir mortels s'ils ne sont pas pris en charge de manière adéquate (Alcool Info Service, 2019). La problématique concernant les types de consommateurs à risque de présenter des symptômes de sevrage alcoolique est également un questionnement fondamental et sera développé plus spécifiquement dans le cadre théorique*.

Les informations et chiffres susmentionnés indiquent que la probabilité de rencontrer ce type de patients semble relativement présente dans les hôpitaux. Ces éléments amènent un questionnement considérable sur les répercussions que peut avoir un dépistage tardif des premiers signes et symptômes de SSA. En effet, ceux-ci peuvent être interprétés et liés à d'autres causes que la problématique de l'arrêt de consommation. Les interventions infirmières à mettre en place lors de prises en charge de patients à risque de présenter des complications dues à l'arrêt de la consommation sont diverses.

1.2 Question de recherche

« Quelles interventions infirmières doivent être mises en place, en soins aigus, pour dépister le risque de syndrome de sevrage alcoolique chez un patient présentant des troubles liés à un arrêt de consommation d'alcool, tout en valorisant l'alliance thérapeutique ? »

1.3 Buts de la recherche

Les buts de cette revue de la littérature sont les suivants :

- Distinguer les différents types de consommation et ceux à risque de déclencher un SSA en décrivant les signes et symptômes de cet état de fait ;
- Décrire les signes et symptômes cliniques que peuvent manifester les patients dépendants à l'alcool lors d'un arrêt brutal et involontaire de leur consommation ;
- Analyser les liens entre l'examen clinique et la prévention du SSA ;
- Comparer les outils et les interventions infirmières pouvant être mis en place afin de dépister rapidement le risque de SSA ;
- Expliquer les stratégies d'élaboration d'une alliance thérapeutique solide afin d'aborder le sujet de l'alcool et ainsi évaluer la consommation du patient.

2 Cadre théorique

Dans un premier temps, les différents concepts de cette revue de la littérature vont être approfondis afin de poser le contexte et de faciliter la compréhension de la suite du travail. Dans la totalité du document, la dépendance traite uniquement de la dépendance à l'alcool. Il est important de préciser que selon les sources, les définitions peuvent varier. Ensuite, des distinctions seront également mises en avant entre une consommation d'alcool à risque et une dépendance diagnostiquée tout comme les liens entre le type de consommation et le risque de présenter un SSA. Pour finir, l'un des « concepts-clés » mis en avant dans ce travail, est l'importance de la création d'une alliance thérapeutique dans le but d'optimiser la prise en charge de ces patients qui peut parfois s'avérer complexe.

2.1 Addiction ou dépendance ?

Selon Saïet (2016), les addictions sont dans la majeure partie des cas, des comportements engendrés à partir d'actes ordinaires qui sont déviés de leurs missions initiales tels que boire, manger, jouer, acheter, se dépenser, travailler, etc. Il y aurait donc un côté presque naturel à l'addiction à condition que celle-ci n'entraîne pas de conséquences négatives parfois extrêmes tant sur les plans somatiques et psychiques, que professionnels, sociaux et affectifs de la personne touchée.

La notion d'addiction interroge donc d'emblée les limites entre ce qui relève d'une habitude, même mauvaise, et ce qui constitue réellement une dépendance, c'est-à-dire entre le normal et le pathologique. Autrement dit : qu'est-ce qui distingue [...], l'amateur,trice de vin de « l'alcoolique », le/la joueur.euse occasionnel.le du/de la « joueur.se pathologique » ? (Saïet, 2016)

Selon Cungi et Nicole (2014), les personnes dépendantes ont toutes des conduites de recherche et de prise de produits qui vont considérablement interférer dans leur vie quotidienne. Le manque de cette substance provoque un malaise qui est calmé assez rapidement lors de la prise du produit en question. Selon Saïet (2016), l'intensité ou l'impossibilité de se soustraire à une conduite, ni même l'urgence du besoin de satisfaction créerait-elle une addiction ? La réponse ne se résume donc pas simplement à ces éléments, mais plutôt au fait qu'ils soient devenus, pour le sujet, une source de plaisir qualifiée de plaisir exclusif.

Les apports des neurosciences amènent un nouvel éclairage sur la compréhension des effets des substances psychoactives sur le cerveau et, par conséquent, sur la manière d'envisager les définitions ainsi que la compréhension du phénomène (Hancok, 2021).

Le Professeur Christian Lüscher, éminent neuroscientifique à l'Université de Genève, étudie la question depuis de nombreuses années et ses travaux amènent des éléments pertinents. Lors d'un entretien, il explique que : « *l'addiction et la dépendance sont deux phénomènes différents qui n'affectent pas le cerveau de la même manière* ». On parle de dépendance lorsqu'on souffre du syndrome de sevrage à l'arrêt brutal de la consommation qu'il soit volontaire ou involontaire alors que la définition de l'addiction est décrite par Gordon (2017) comme la consommation excessive d'une substance, en dépit de ses conséquences néfastes.

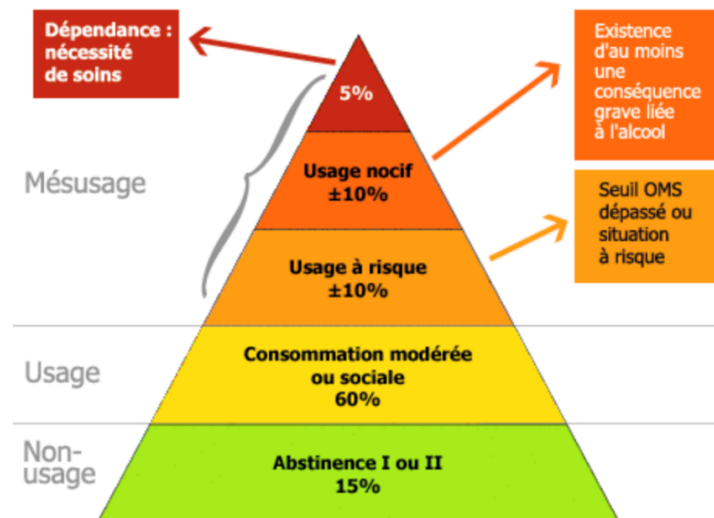
L'alcool est une substance psychodysléptique qui va perturber le système nerveux central. C'est par définition une « substance inébrillante » dont les effets euphorisants apparaissent dans les premières minutes de consommation (Naassila, 2018). Selon Cungi et Nicole (2014), l'alcool a des effets immédiats, la plupart du temps agréables : « il rend gai, calme les douleurs, les angoisses et la dépression », et serait également un bon stimulant. Il est mesuré par l'alcoolémie, soit le taux d'alcool en grammes par litre, présente dans le sang.

Lorsque l'alcoolémie est faible, aux alentours de 0.30 g/L (correspond à environ un ou deux verres de vin), un sentiment de « bien-être et de bonne humeur » se fait ressentir. Même à ce niveau d'alcoolémie des risques peuvent survenir, notamment dans le ralentissement des réactions réflexes, dangereux pour la conduite automobile ou pour certains travaux. Si la consommation d'alcool devient plus importante, un à deux g/L, des « signes d'ivresse » apparaissent tels qu'une instabilité de la marche, des difficultés d'élocution ou encore un moindre contrôle des émotions se révélant par une gaieté disproportionnée ainsi qu'une irritabilité, voire de l'agressivité. Parfois, les sujets n'ont aucun souvenir de l'épisode. Au-delà, les personnes deviennent confuses, irresponsables et dangereuses. Finalement, dès 4 g/L survient le coma éthylique, qui peut être mortel (Cungi & Nicole, 2014).

2.1.1 Classification et terminologies actuelles

De la simple consommation d'alcool à l'alcoolisme, il existe plus d'une étape. Il est important de distinguer les différents usages de l'alcool. Afin d'illustrer la consommation d'alcool en Suisse, la pyramide de Skinner (Groupement romand d'études des addictions, 2021a) est un schéma de répartition des modèles de consommation d'alcool ainsi qu'un outil d'évaluation pratique, servant à déterminer les risques d'une consommation d'alcool.

Figure 1 : Pyramide de Skinner



(Groupement romand d'études des addictions, 2021a)

Cette pyramide illustre l'usage d'alcool d'une population répartie en **trois grandes catégories** ainsi qu'un mode de consommation échelonné en cinq étages :

- Le **non-usage** ou abstinentes stricts qui représentent 15% de la population ;
- L'**usage « simple »**¹ ou à faible risque, 60% de personnes qui pourraient être définies comme consommateurs asymptomatiques (c'est-à-dire sans conséquences, ni dommages) en deçà des seuils de consommation à risque (Société française d'alcoologie, 2015) soit trois verres standards par jour pour un homme et deux verres standards par jour pour une femme. ;
- Le **mésusage** correspond aux 25% qui font un usage abusif ou détourné de l'alcool :
 - ± 10% représentent un usage d'alcool à risque, également asymptomatique mais qui pourrait potentiellement provoquer des complications sur des plans physiques, psychiques ou sociaux, sans qu'elles ne soient déjà présentes comme dans le cas d'un usage nocif.
 - ± 10% représentent un usage nocif sans dépendance qui est caractérisé par une consommation induisant des dommages aux niveaux physiques, psychiques et sociaux : la survenue ou l'aggravation des problèmes personnels, psychologiques, somatiques ou sociaux sont directement liés à l'effet de la substance psychoactive. Ce pourcentage comprend les personnes consommant de l'alcool à répétition et ce de manière quotidienne tout en étant conscientes des problèmes liés.

¹ Le qualificatif de simple est parfois remis en question, car pouvant banaliser, il est toutefois préférable d'utiliser cette appellation que l'ancienne qui parlait d'usage récréatif (Lefranc et al., 2019).

- 5% présentent **une dépendance**. Ces personnes ont un besoin irréprensible de consommer de l'alcool, le *craving*. Personne n'est égal devant le risque de dépendance tant d'un point de vue biologique que psychologique. L'arrêt de la consommation ou sa réduction est plus ou moins complexe suivant le niveau ainsi que l'habitude de la consommation. Une prise en charge médicale et/ou un suivi psychologique en institution doit être envisagé, car la sortie de la dépendance nécessite souvent plusieurs étapes d'accompagnement. Le risque de « rechute » est fréquent pour les personnes dépendantes (Intervenir Addictions, 2022).

2.1.2 Quand l'alcool devient un besoin

Tout d'abord, il convient de relever que la dépendance à l'alcool s'installe souvent de manière insidieuse. En d'autres termes, des années peuvent s'écouler avant que la personne consommatrice d'alcool ou son entourage ne prennent réellement conscience de son existence (Alcool Info Service, 2019).

Les besoins recherchés par le patient sont principalement les effets euphorisants de l'alcool car il y trouve un réconfort lui permettant de relâcher la pression face à des difficultés de la vie quotidienne afin « d'oublier » ses problèmes, mais également de « combler » certains moments de solitude et de vide (Alcool Info Service, 2019).

À plus ou moins long terme, l'alcool prend le dessus et la personne devient dépendante. Tout d'abord, elle s'habitue à l'alcool et développe une tolérance. Cela signifie qu'elle doit boire des quantités plus importantes d'alcool pour ressentir les effets qu'elle recherche (Alcool Info Service, 2019).

Ensuite, selon Addiction Suisse (2020b), la dépendance à l'alcool est une maladie qui se caractérise par une consommation excessive et répétée, sans que l'on parvienne « à l'arrêter ou à la contrôler ». L'une des principales caractéristiques du syndrome de dépendance consiste en un désir de boire de l'alcool, souvent puissant et qui peut être compulsif. La compulsion étant définie par l'académie de médecine (2022) comme un type de conduites comportementales, que le sujet est poussé à accomplir, par une force intérieure à laquelle il ne peut résister sans angoisses.

Les facteurs de risques de la dépendance à l'alcool sont nombreux (Lavigne, 2019) :

- la tendance familiale et génétique à la dépendance à l'alcool (50% des cas) ;
- l'exposition à l'alcool tant sur le plan social, familial ainsi que professionnel ;
- la banalisation et la promotion de l'alcool dans la société ;

- les problèmes personnels, les difficultés psychosociales et la précarité ;
- l'anxiété, la dépression, la solitude, l'ennui et d'autres troubles psychiques ;
- la polyconsommation (drogues, cannabis, tabac...) ainsi que les dépendances sans substance (jeux d'argent, internet, sexe...).

2.1.3 Critères diagnostiques des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

Selon la CIM-10 établie par l'OMS (2019), au moins trois des manifestations sous-mentionnées doivent avoir été réunies durant au moins un mois et sur une durée d'une année afin de poser un diagnostic pertinent :

- un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive (craving) ;
- des difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation, comme en témoignent la survenue de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (voir un produit apparenté) ;
- une mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
- un abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts, au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et une augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- une poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (ex : atteinte hépatique due aux excès alcooliques) (Organisation mondiale de la santé, 2019).

De plus, il est également important de relever que la consommation quotidienne et abusive de l'alcool dégrade l'organisme, en particulier le système neurologique, digestif et cardiovasculaire. L'alcool est un facteur de risque concernant les carcinomes touchant principalement la sphère oto-rhino-laryngée (ORL) et le système digestif, les cancers du sein et du pancréas, les hépatites chroniques, les maladies cardio-vasculaires ainsi que la malnutrition. L'atteinte neurologique peut également être aggravée ou causée de manière indirecte par le biais de troubles métaboliques, de carences en vitamines, d'atteintes systémiques lors d'hépatopathies, troubles cardiovasculaires comme de l'hypertension artérielle, de maladies auto-immunes ou encore à la suite d'accidents (Sossauer et al., 2018).

2.2 Syndrome de sevrage alcoolique

Selon le Dr. Favrod-Coune (2021), médecin aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), le sevrage alcoolique est une urgence médicale et peut être létal. Ce syndrome est un ensemble de symptômes qui peuvent survenir lors d'une réduction ou d'un arrêt brutal de la consommation d'alcool après une période de consommation excessive. Il se manifeste chez des patients avec un diagnostic de dépendance à l'alcool ou sans diagnostic mais présentant des critères diagnostiques de la CIM-10 selon l'OMS (énoncés au point 2.1.3).

De plus, selon les critères diagnostiques des Hôpitaux Universitaires de Genève (2021), lorsque le problème est repéré et identifié, il est nécessaire de poser un diagnostic médical. Plus particulièrement dans la différenciation des consommateurs excessifs des consommateurs dépendants.

1. Les consommateurs excessifs dépassant les limites de la consommation modérée (ou à faible risque), sans présence de dépendance. Il en existe deux types :
 - a. les consommateurs « à risque » sans conséquences négatives.
 - b. les consommateurs « à problèmes » dans le cas contraire.
2. Les consommateurs dépendants ayant des symptômes correspondants aux critères décrits dans la CIM-10. Il existe également deux types de dépendances :
 - a. le type continu (afin d'éviter un sevrage physique).
 - b. le type intermittent (dipsomanie, « binge drinking ») (Favrod-Coune, 2021).

2.2.1 Manifestations cliniques du SSA

Selon Sossauer et al. (2018), la personne en sevrage alcoolique présente tout d'abord des troubles végétatifs se manifestant par des sudations nocturnes, des tremblements, une inappétence, de l'anxiété, de l'irritabilité, des nausées et diarrhées ainsi que des insomnies. Ces symptômes peuvent progresser vers un delirium tremens qui se caractérise par une confusion, une agitation, des hallucinations, une fréquence cardiaque augmentée, des céphalées et pouvant évoluer vers la crise d'épilepsie. Les premiers symptômes de sevrage alcoolique se manifestent généralement six heures après la dernière consommation d'alcool. Il est donc important de dépister précocement la dernière consommation d'alcool car l'intensité des symptômes évolue et peut durer quatre à 72 heures (sevrage léger), jusqu'à six jours pour les hallucinations (sevrage modéré) et jusqu'à deux semaines, voire la mort pour le delirium tremens (sevrage sévère).

« Un syndrome de sevrage alcoolique survient chez 50% des patients hospitalisés présentant un problème de consommation d'alcool, dont 3 à 5% vont développer un état de mal épileptique, un delirium tremens ou les deux » (Sossauer et al., 2018).

Selon le GREA (2021c), le delirium tremens est considéré comme la conséquence grave du syndrome de manque et survient rapidement en l'absence d'alcool. Comme son nom l'indique, c'est un délire tremblant qui est potentiellement mortel compte tenu du risque de déshydratation et d'étouffement dus à l'agitation.

Dans le cerveau, lors de la consommation, l'alcool va reproduire l'effet du neurotransmetteur gaba (acide gamma-aminobutyrique) qui a pour fonction de contrôler la communication entre les neurones, en inhibant le rôle des neurotransmetteurs dits « excitants » tels que la noradrénaline, la sérotonine ou la dopamine. Un cerveau intoxiqué à l'alcool va donc réduire sa production de gaba. Lors d'un sevrage d'alcool brutal, la production de gaba est alors insuffisante dans le but de limiter l'action des neurotransmetteurs excitants. Le cerveau va rentrer dans une phase de suractivité, dans laquelle le système nerveux ne sera plus capable d'effectuer ses fonctions et ne pourra plus contrôler la tension artérielle, le rythme cardiaque ainsi que la température de l'organisme. Le patient souffre alors d'hallucinations, d'hypertension, de fièvre et risque donc la mort (Groupement romand d'études des addictions, 2021c).

2.2.2 Défi clinique pour l'équipe infirmière

Force est de constater que tous les consommateurs d'alcool ne développeront pas systématiquement un SSA. Cependant, si un patient présente ces types de symptômes en milieu hospitalier aigu, cela est un réel défi clinique pour le personnel infirmier qui a la charge de déterminer quelles sont les causes de ces derniers. Les manifestations cliniques du SSA sont des symptômes fréquents en soins aigus et peuvent donc être apparentés à d'autres causes. Il est en revanche possible de déceler que les comorbidités, principalement psychiatriques, rencontrées chez ce type de patients sont nombreuses comme : de l'anxiété, des troubles affectifs et une dépression (Groupement romand d'études des addictions, 2021d).

Deuxièmement, le personnel soignant n'est pas forcément formé en addictologie. Dans la majeure partie des cas, ce sont des professionnels de la santé (issus du dispositif qualifié de « soins primaires », médecins et tout professionnel de première ligne), qui interviennent généralement de manière isolée. Inversement, les professionnels de ce domaine travaillent en équipe et dans des structures spécialisées en addictologie.

Travailler ensemble ne signifie pas forcément faire équipe. Dans une prise en charge de ce type, le travail pluridisciplinaire fait tout son sens pour le service au patient dont les besoins dépassent souvent les compétences et les ressources de professionnels isolés (Lefranc et al., 2019).

Finalement, il est donc primordial d'avoir une collaboration interprofessionnelle afin d'échanger sur les moyens les plus adéquats de prendre en charge ce type de patients. Il est également important de poser un diagnostic médical concernant leur dépendance à l'alcool car il n'est pas rare que les observations et les transmissions des infirmiers les amènent à investiguer d'autres causes. Il est donc fondamental que le personnel infirmier soit capable de dépister les signes cliniques d'abus d'alcool et de début de sevrage afin de cibler les surveillances tout en mettant en place des interventions infirmières pour améliorer la prise en charge du patient à risque.

2.2.3 Outils de dépistage précoce

Le dépistage précoce est défini par Broers et al., (2013) comme la perception rapide des signes et des modes de comportements problématiques (interprétation initiale). Les professionnels en charge de l'accompagnement d'un patient présentant une problématique ont besoin de sensibilité et de connaissances accrues. Il faut donc être en mesure de reconnaître les symptômes ainsi que les signes visibles tout en agissant de manière systématique et professionnelle. Lors de l'anamnèse, la recherche visera à repérer les éléments qui peuvent indiquer une éventuelle consommation d'alcool, tels que :

- Problèmes somatiques / psychologiques : hypertension artérielle, troubles digestifs, troubles de la mémoire, anxiété, dépression, troubles du sommeil, chutes, ...
- Tests sanguins (laboratoire), élévation des tests hépatiques (Dos Santos Bragança, 2017).
- Évènements sociaux : absentéisme et problèmes professionnels, légaux et familiaux, ... (Favrod-Coune, 2021).

Il existe des questionnaires permettant de dépister une consommation d'alcool et il est donc utile de les connaître. Ils sont disponibles en annexe de ce travail (Annexe V). En voici quelques exemples (Favrod-Coune, 2021) :

1. **ACME** (**A**rrêter, **C**oupable, **M**atin et **E**nnuyé), **CAGE** (acronyme anglais) est un questionnaire de dépistage rapide. Avec ces différentes questions, la probabilité de découvrir une consommation problématique (consommation excessive et dépendance confondues) est de 63%. Sa spécificité s'élève à 91% en cas de réponse positive à deux critères ou plus.

Il est tout de même conseillé de compléter ce test par une anamnèse plus poussée ou à l'aide d'un test plus complet (par exemple : le test AUDIT, positif dès une seule réponse positive constatée).

2. **AUDIT** (**A**lcohol **U**se **D**isorder **I**dentification **T**est) est un questionnaire de dix items, validé par l'OMS comme auto-questionnaire, dans le but de déterminer le risque de développer des problèmes d'abus d'alcool. Il permet de dépister les consommateurs d'alcool en trois groupes. Un inconvénient de ce test peut être d'une part l'aspect « intrusif » des questions et d'autre part le risque de faire émerger des comportements contre-productifs chez le patient (qui pourrait se sentir confronté et jugé par ce type de questions).

La notation de l'AUDIT pour chaque question est basée sur une échelle allant jusqu'à quatre points. Six des dix questions posées concernent la fréquence de certains comportements d'abus d'alcool. Ces questions sont scorées comme suit :

1. consommateurs modérés (à faible risque) : <7 points
2. consommateurs excessifs : ≥ 7 points pour les femmes et ≥ 8 points pour les hommes
3. alcoolo-dépendants : ≥ 13 points

Lorsqu'un patient dépendant à l'alcool ou consommateur excessif est hospitalisé, l'objectif principal de l'équipe soignante n'est pas forcément de soigner sa dépendance mais d'évaluer la situation clinique du patient tout en évitant les éventuelles complications qui peuvent survenir lors d'arrêt brusque de la consommation. Selon Lefranc et al. (2019), dans la volonté du changement, la problématique de demande d'aide ou de soins apparaît souvent avant même l'intervention d'un professionnel en santé mentale ou en addictologie. C'est la raison pour laquelle il est essentiel d'avoir une base théorique concernant la consommation alcoolique car il est difficile de parler de cette problématique à un patient qui ne demande rien ou qui estime ne pas avoir besoin d'aide.

2.3 Alliance thérapeutique

Selon l'article de Valot et Laulau (2020) l'alliance thérapeutique est une notion très ancienne et est définie comme une collaboration qui doit se nouer entre le patient et le soignant dans le but d'atteindre les objectifs de santé fixés conjointement. La notion d'alliance devient alors centrale et essentielle dans la pratique de l'éducation thérapeutique.

Selon Lefranc et al. (2019), les soignants interviennent principalement sur deux types de sollicitations : les plaintes ainsi que les demandes des patients, qui peuvent parfois être discutées avec des tiers ainsi que sur la représentation du soignant concernant la souffrance du patient. Ces soins répondent aux besoins du patient, en se basant sur ses dimensions physiques, psychiques et sociales. Le changement de consommation d'alcool, que ce soit la réduction ou l'arrêt, n'est qu'un moyen afin d'améliorer la qualité de vie du patient mais aussi sa santé. Ce soin englobe également les aspects psychothérapeutiques prédominants, commence avant le changement de consommation et se maintient par un accompagnement du patient.

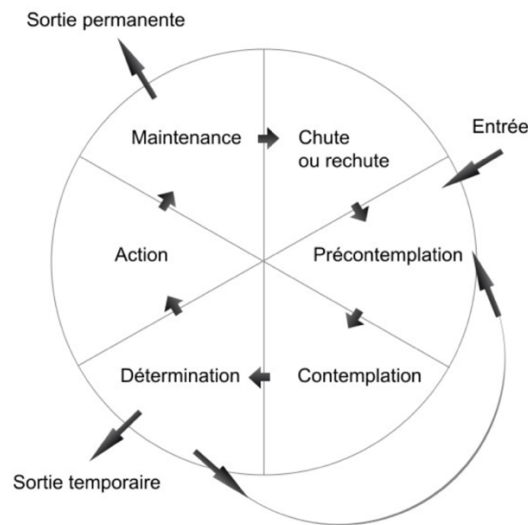
2.3.1 Approche motivationnelle

D'une façon globale, l'approche motivationnelle est l'une des méthodes recommandées lors de la prise en charge de ce type de problématique. Il s'agit, plus que d'un ensemble de techniques de communication, d'une façon d'être *avec* et *pour* le patient. En tant que soignant, il est important de prendre en charge le sujet, sans porter de jugement, et ce de manière bienveillante, en ayant une approche centrée et multidimensionnelle (Favrod-Coune, 2021).

En utilisant ce type d'approche, il est nécessaire de s'intéresser au stade motivationnel du patient car le contenu des interventions peut varier. L'équipe soignante pourra se concentrer sur différents points comme l'importance de son changement, sa confiance de pouvoir y parvenir ainsi que le moment, adéquat ou non (Favrod-Coune, 2021).

Il est possible d'analyser l'état de motivation d'un patient en s'appuyant sur le modèle transthéorique de changement de Prochaska et Di Clemente (1994). Ce dernier se présente sous la forme d'une roue sur laquelle figurent les différentes étapes du changement. Elles sont au nombre de six (pré-contemplation, contemplation, détermination, action, maintenance, chute ou rechute) et sont souvent utilisées afin d'adapter le traitement de manière individuelle.

Figure 2 : Le cercle de Prochaska & Di Clemente



(Schéma des stades de changement, 2022)

Pré-contemplation

La personne ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Elle n'envisage aucun changement de comportement et les avantages du problème addictif sont supérieurs aux inconvénients.

Contemplation

À ce stade, l'ambivalence devient importante. La personne sait qu'elle a un problème qu'elle aimerait résoudre, mais elle hésite à renoncer aux bienfaits de sa situation actuelle. Elle se trouve dans une balance décisionnelle de comparaison des avantages et des inconvénients d'arrêter ou non sa consommation. Elle passe ensuite par une période dans laquelle elle est décidée à changer, mais les outils nécessaires à l'arrêt de la consommation ne sont pas encore bien développés.

Détermination

La personne se sent prête et motivée à traiter son problème de consommation et dispose de moyens psychologiques, émotionnels, comportementaux et matériels. Elle détermine des décisions et actions à entreprendre puis commence à les appliquer.

Action

Des sentiments de fierté, de soulagement et de motivation peuvent se faire ressentir car la personne a pris la décision de changer de style de vie. Le soutien et l'encouragement restent tout de même très importants.

Maintenance

La personne profite de son nouveau mode de vie sans dépendance. Elle doit rester prudente car les tentations de recommencer à consommer sont nombreuses.

Chute ou rechute

Le risque de rechute est possible et fait partie du processus normal du changement. Un temps est peut-être nécessaire à la réussite du changement total (Cungi & Nicole, 2014).

Selon Favrod-Coune (2021), pour les patients « indéterminés » (stades de contemplation et préparation), marqués par l'ambivalence, l'objectif principal sera de type motivationnel.

Les quatre principes de l'approche motivationnelle pour un climat de collaboration sont :

- faire preuve d'empathie ;
- augmenter l'auto-efficacité (confiance en soi tout en se basant sur les ressources du patient) ;
- développer la divergence (entre ce que le patient fait et ce qu'il voudrait faire) ;
- agir en tenant compte de la résistance au changement (ne pas contre-argumenter lorsque le patient veut se désister, n'ayant pas le courage et la volonté du changement).

Pour les patients « décidés » (stades préparation et action), il s'agit de soutenir l'aspect motivationnel mais surtout de trouver avec eux les moyens d'atteindre leurs objectifs (stratégies, traitement du sevrage, prévention de la rechute) (Favrod-Coune, 2021).

2.3.2 Création et maintien de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est constituée d'éléments techniques et relationnels (Bordin, 1979). Les éléments techniques sont composés d'objectifs thérapeutiques ainsi que d'activités comprenant les principales tâches dans lesquelles le patient et le soignant vont s'engager tout au long de l'intervention. « La qualité affective de l'alliance ou la composante lien constitue l'élément relationnel » (Baillargeon et al., 2005).

Selon l'article de Baillargeon et al. (2005), l'alliance est un phénomène dynamique qui peut différer d'un système à l'autre, tout en pouvant changer dans le même système au cours de la prise en charge. L'alliance devient habituellement « plus forte et plus intense » au fur et à mesure que la thérapie progresse.

Finalement, il est primordial de prendre en compte le patient dans sa globalité en se renseignant sur le plan psychologique mais aussi interpersonnel (relations familiales, degré de soutien social, éléments de vie).

2.3.3 Dimensions de l'alliance thérapeutique

Selon Monié (2018), l'alliance signifie la notion d'union par engagement mutuel. Lorsque deux personnes se rencontrent, quel que soit le contexte, les facteurs relationnels sont les premiers éléments présents. Le comportement de chaque personne va dépendre de son interlocuteur. Il existe des phénomènes normaux et utiles illustrant cette idée tels que la méfiance, la confiance ainsi que la séduction.

La psychothérapie et la thérapie n'échappent pas à cette règle. Un rapport collaboratif consiste à passer de ce type relationnel, dans lequel les facteurs interindividuels sont prédominants, à un autre type dans lequel patient et soignant travaillent ensemble pour résoudre les problèmes posés (Monié, 2018).

Selon Bordin (1979), cette alliance comprend trois dimensions. La première correspond au lien patient-soignant qui fait référence à la qualité de l'alliance, aux notions de confiance, d'engagement et de volonté. Le patient a confiance et se réfère au soignant qui le prend en charge. La seconde dimension comprend les objectifs mis en place mutuellement dans la planification des actions visant à résoudre le problème. La troisième et dernière dimension correspond aux tâches et porte sur les interventions et actions entreprises ensemble afin de correspondre aux attentes et objectifs du patient.

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Le devis de recherche* détermine comment l'étude va être conduite. Cette revue de littérature se base sur six études primaires. L'analyse des études se réfère au livre de méthodologie de Fortin et Gagnon (2016). Toutes revues secondaires, telles que les revues systématiques* de la littérature, les méta-analyses* et méta-synthèses* ne seront pas retenues dans l'analyse.

3.2 Collecte des données

Les recherches dans les bases de données* ont été effectuées dans un premier temps en mai 2021 afin d'évaluer la faisabilité de la thématique choisie. Ensuite, une seconde recherche plus précise a été effectuée dans celles-ci de janvier à avril 2022. Trois bases de données ont été consultées : CINAHL, Medline (PubMed) et EMBASE.

Pour commencer, les différents concepts ont été traduits du français en anglais puis ont été retranscrits dans les différents thésaurus* afin de cibler « les mots-clés » à utiliser. Concernant les critères de sélection*, une première recherche a ensuite été effectuée en cherchant des thématiques abordant les « infirmières », « la dépendance à l'alcool », « le sevrage alcoolique » ainsi que les contextes principaux où cette problématique est rencontrée. Une analyse plus affinée avec des équations de recherche sur les différentes bases de données s'est faite à l'aide des opérateurs booléens « OR » et « AND » afin d'associer certains termes et cibler des articles abordant les sujets des interventions infirmières ainsi que les moyens de dépistages mis en place dans les unités de soins aigus lors de ce type de prise en charge. Le filtre concernant les années de parution des cinq dernières années, soit 2017-2022, a également été important dans la sélection des articles.

Les tableaux ci-dessous illustrent les différentes équations de recherche selon la base de données, le total des études trouvées ainsi que celles sélectionnées pour l'analyse. La stratégie de recherche avec le diagramme de flux selon PRISMA se trouve en annexe (Annexe I).

Tableau 1 : Équation de recherche CINAHL

Equation de recherche (Cinhal Headings)	Etudes trouvées	Etudes retenues
((MH "Alcohol Withdrawal Syndrome+") OR (MH "Alcoholism")) AND (MH "Inpatients") AND nurs* + Filtres de date de publication 2017-2022	9	3

Tableau 2 : Équation de recherche Medline (PubMed)

Equation de recherche (MeSH)	Etudes trouvées	Etudes retenues
("Substance Withdrawal Syndrome"[Mesh] AND "Alcoholism"[Mesh]) OR ("Alcoholism/therapy"[Mesh] OR "Alcohol Withdrawal Seizures"[Mesh] OR "Alcohol Withdrawal Delirium"[Mesh]) AND ("Hospital Units"[Mesh] OR inpatient* OR hospital*) AND nurs* AND (RN[Affiliation] OR BSN[Affiliation] OR MNSC[Affiliation] OR DNP[Affiliation] OR nurs*[Affiliation] AND ((y_5[Filter]) AND (alladult[Filter])))	39	10

Tableau 3 : Équation de recherche Embase

Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
('alcoholism'/exp OR 'alcohol withdrawal syndrome'/exp) AND ('patient'/exp OR 'hospitalization'/exp) AND 'nurs*' AND [2017-2022]/py AND ([adult]/lim OR [aged]/lim)	172	6

3.3 Sélection des données

Plusieurs critères ont permis de sélectionner les études ci-dessous. La thématique principale de chaque étude devait porter sur des interventions possibles en service de soins aigus et inclure des infirmières ainsi que des patients âgés de 18 à 64 ans présentant des troubles liés à leur consommation d'alcool. Les études traitant principalement de patients abstinentes ou avec un usage simple de l'alcool, de patients mineurs ou de plus de 64 ans ainsi que celles ne concernant pas le domaine des soins infirmiers et publiées avant 2017 ont été exclues. Les études conservées ont été rédigées en anglais puis traduites en français et devaient être publiées lors des cinq dernières années. Une liste des articles retenus se trouve en fin de section (Tableau 4) et la pyramide des preuves qui a servi de base à ce travail se trouve en annexe (Annexe III).

3.4 Considérations éthiques

Les études sélectionnées mentionnent toutes des critères éthiques à l'exception de l'étude de De Lemos et al., (2017). L'étude de Glann et al., (2019) ne mentionne aucun critère éthique cependant toutes les données ont été anonymisées avant l'analyse. Les études de Benson et al., (2019) et de Soldi et al., (2021) ont eu l'approbation d'un comité d'éthique. Quant aux études de Bové et al., (2019) et (2020), aucune approbation éthique n'était nécessaire, mais celles-ci sont conformes aux « principes éthiques » de la recherche médicale décrit dans la Déclaration d'Helsinki.

3.5 Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée comme suit : chaque étude a été analysée et retranscrite dans des tableaux de recension. Celle-ci porte sur leur validité méthodologique, leur pertinence clinique ainsi que sur leur utilité dans la pratique professionnelle du système de santé.

Les tableaux de recension des études retenues, traduites de l'anglais au français à l'aide de l'outil Deepl se trouvent en annexe (Annexe II). (<https://www.deepl.com/fr/translator>).

Tableau 4 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Glann, J. K., Carman, M., Thompson, J., Olson, D., Nuttall, C., Fleming, H., & Reese, C.	Alcohol Withdrawal Syndrome: Improving Recognition and Treatment in the Emergency Department	2019	Medline (PubMed)	2
2	Benson, G., McCallum, J., & Roberts, N. J.	Risk Factors for Severe Alcohol Withdrawal Syndrome in an Acute Hospital Population	2019	Medline (PubMed) CINHAL EMBASE	3
3	Soldi, M., Mauthner, O., Frei, I. A., & Hasemann, W.	Experience of adult patient and professionals with a program for the prevention of alcohol withdrawal delirium in the acute care setting – A case study	2021	Medline (PubMed)	4
4	Bové, H. M., Lisby, M., & Norlyk, A.	Scheduled care – As a way of caring: A phenomenological study of being cared for when suffering from alcohol use disorders	2019	Medline (PubMed)	4
5	De Lemos, J., Liu, R., Cho, J., & Marshall, C.	Nurses' Perceptions of Two Tools for Assessing Patients with Alcohol Withdrawal: The Modified Richmond Agitation-Sedation Scale-Alcohol Withdrawal and Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale	2017	CINHAL	4
6	Bové, H. M., Lisby, M., & Norlyk, A.	Do the carers care? A phenomenological study of providing care for patients suffering from alcohol use disorders	2020	Medline (PubMed)	4

4 Résultats

4.1 Description de l'étude 1

Glann, J. K., Carman, M., Thompson, J., Olson, D., Nuttall, C., Fleming, H., & Reese, C. (2019). Alcohol Withdrawal Syndrome: Improving Recognition and Treatment in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 41(1), 65-75. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000226>

Cette étude quantitative descriptive réalisée dans un hôpital du sud-ouest des États-Unis est un projet d'amélioration de qualité dont l'objectif principal est d'examiner si l'identification du besoin et des avantages d'un dépistage précoce à l'aide de l'outil AUDIT-C ainsi qu'un traitement guidé avec l'outil CIWA-Ar, à l'urgence, plutôt qu'après l'admission, éviteraient les complications du syndrome de sevrage alcoolique. Un second objectif était d'atténuer l'escalade des soins infirmiers prodigués aux patients et de la même manière réduire la durée de leur hospitalisation. L'échantillonnage* pour les objectifs centrés sur le personnel comprenait toutes les infirmières et tous les médecins des services d'urgences avant et après la mise en œuvre. Pour les parties de l'étude axées sur les résultats pour les patients, l'échantillonnage comprenait des patients devant être admis à l'hôpital depuis les urgences et ciblait tous les hommes et femmes de plus de 18 ans qui avaient accédé à l'urgence pour des soins, que ce soit pour le traitement de maladies aiguës ou chroniques, de problèmes de santé et ayant été dépistés avec l'outil AUDIT-C.

Afin d'établir une base de référence dans l'utilisation de l'outil CIWA-Ar dans cet établissement, une période de pré-implémentation de six mois d'exploration de données a été effectuée à partir du dossier médical informatisé. Certaines mesures portaient sur la date d'admission, la date de sortie, la durée du séjour, l'utilisation ou non de l'outil CIWA-Ar en urgence, l'endroit où ces patients ont été traités, avec un diagnostic de dépendance à l'alcool, sevrage alcoolique, abus d'alcool ou avec une intoxication alcoolique aiguë. Toutes les données ont été anonymisées avant l'analyse.

Ce projet a mis en place une conception interventionnelle pré et post-test et une approche en deux phases a été appliquée : (1) examiner l'efficacité du dépistage précoce et de l'identification de tous les patients adultes qui ont accédé à l'urgence ; et (2) l'initiation rapide du traitement des patients ayant été dépistés positivement à plus de huit points sur l'outil CIWA-Ar.

Après avoir été informé des objectifs de ce projet d'amélioration de la qualité, le personnel médical a répondu à une enquête de pré-test permettant d'évaluer leurs savoirs de base sur l'outil AUDIT-C, CIWA-Ar ainsi que leurs connaissances sur le syndrome de sevrage alcoolique. La fiabilité de ce questionnaire, qui avait été donné au préalable à toutes les infirmières ainsi que les médecins du service des urgences, a été établie, car il était déjà intégré dans les modules didactiques informatisés de l'hôpital concernant le SSA et l'utilisation du protocole CIWA-Ar. Un intervalle de trois semaines a été donné au personnel des urgences afin d'achever les modules de la plateforme informatisée de l'hôpital. Douze occasions, à divers moments (moyenne de trois membres du personnel infirmier et médical), de sessions didactiques en cours d'emploi de 20 à 30 minutes, ont été offertes sur l'utilisation de l'outil AUDIT-C et du protocole CIWA-Ar afin de promouvoir la participation et l'achèvement de la formation pour tous les membres du personnel. Un intervalle de trois semaines a été accordé pour compléter l'enquête post-test du module éducatif, et l'enquête de confiance post-test. Pour évaluer l'impact de l'intervention, les données métriques du dossier informatisé, générées mensuellement par l'informaticien de l'hôpital, ont été collectées pendant les huit semaines de mise en œuvre ainsi que la phase de post mise en œuvre de quatre mois.

Afin de comparer les réponses du personnel des services d'urgences avant et après la mise en œuvre de l'enquête sur les connaissances, l'importance et la satisfaction, une série de *test t** pour échantillons indépendants a été réalisée. Des statistiques descriptives (*moyenne**, *écart -type* ou n, %*) ont été calculées pour chaque élément des enquêtes ainsi que pour les résultats de dépistage. La collecte et l'analyse des données ont été réalisées pendant une période de quatre mois, en fin de mise en œuvre, en ayant pour but de répondre à deux objectifs : déterminer la durée de séjour lorsque CIWA-Ar a été utilisé ou non et noter si le patient a été traité en unité de soins intensifs ou dans d'autres services hospitaliers.

Les résultats montrent qu'un *test t* pour échantillons indépendants a révélé une augmentation significative de la satisfaction globale du personnel des urgences de la pré- (*moyenne* = 3.44, *SD* = 0.41) à la post-mise en œuvre (*moyenne* = 3.66, *SD* = 0.41), $t(66.92) = -2.21$, $p = 0.03$, avec des degrés de liberté ajustés pour la non-égalité des variances*. Un échantillon* indépendant *t test* a révélé une augmentation significative de l'évaluation par les membres du personnel sur l'importance de dépister tous les patients admis aux urgences pour le SSA de la pré- (*moyenne* = 3,45, *SD* = 0,41) à la post-implémentation (*moyenne* = 3,66, *SD* = 0,41), $t(67) = -2,22$, $p = 0,03$. L'enquête a également interrogé l'importance de l'utilisation de CIWA-Ar dans les services d'urgences

et la nécessité d'une éducation sur son utilisation mais également sur la satisfaction des patients concernant le traitement du sevrage alcoolique. Sur les 528 patients admis au cours de la mise en œuvre de huit semaines, 194 patients ont été dépistés (36,7%). Parmi les personnes dépistées, 31 (21,5%) ont été testées positives sur AUDIT-C avec CIWA-Ar utilisé.

4.1.1 Validité méthodologique

Bien que la taille de l'échantillon du personnel des services d'urgences ait été plus petite que souhaitée par rapport à l'analyse de puissance initiale de 52, l'obtention des données initiales de l'analyse d'AUDIT-C et de CIWA-Ar était suffisante malgré la taille de l'échantillon. La collecte de données* a cependant été limitée par une autre étude sur des patients hospitalisés qui était menée conjointement avec la présente étude. Par conséquent, l'intégration d'informations dans le dossier informatique n'était pas autorisée et a probablement affecté la participation. Parmi les autres limites, le manque d'adhésion du personnel des urgences est relevé, ils préféraient la documentation intégrée au dossier médical informatisé et la fiabilité inter-évaluateurs des pratiques de sélection du personnel. Bien qu'un outil d'enquête de satisfaction conçu par Likert* ait été créé pour évaluer la satisfaction avant/après l'intervention, il n'a pas été validé ou testé pour sa fiabilité.

Après la mise en œuvre, les dossiers ont été examinés pour les patients admis (N=42) sur l'utilisation d'AUDIT-C, CIWA-Ar, la durée du séjour ainsi que la partie du corps traitée. Bien que les résultats des tests après l'enseignement didactique aient été statistiquement significatifs ($p < 0.05$), il n'y avait pas de différence significative dans l'utilisation d'AUDIT-C ou de CIWA-Ar aux urgences, ni de diminution significative de la durée du séjour pour les patients avec CIWA-Ar commandés. D'autres tests ont également été réalisés pour d'autres données dans l'analyse des résultats, notamment le test exact de Fisher*, qui a déterminé que CIWA-Ar était utilisé sur les patients admis pendant la période post-intervention ($n = 37$; 88.1%) plus souvent que pendant la période de pré-intervention ($n = 68$; 68%), $p = 0.013$. Le test de Kruskal-Wallis* a été réalisé pour comparer la durée de séjour entre quatre groupes : 1) pré-intervention et CIWA-Ar utilisés ($n = 68$) ; 2) pré-intervention et CIWA-Ar non-utilisé ($n = 32$) ; 3) post-intervention et CIWA-Ar utilisé ($n = 37$) et 4) post-intervention et CIWA-Ar non-utilisé ($n = 5$). Il a également été utilisé en raison de la variation de la taille des échantillons de groupes et de données anormales pour la durée du séjour, et les résultats ont démontré qu'aucune différence n'était significative entre les quatre groupes, $p = 0.26$.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude présentent de potentiels avantages cliniques en milieu d'urgence. L'établissement de compétences de base dans l'utilisation et l'application des outils AUDIT-C et CIWA-Ar lors de l'évaluation initiale peuvent faciliter un traitement plus précoce. La formation du personnel des urgences au traitement des patients à risque de syndrome de sevrage alcoolique et sur l'utilisation appropriée d'AUDIT-C et de CIWA-Ar a permis d'améliorer les connaissances de l'application avec les conseils de l'infirmière en pratique avancée.

Au cours de cette étude, l'outil AUDIT-C n'a pas été utilisé dans le triage (en raison des contraintes de temps) et les moyens d'identifier et de traiter les patients présentant un potentiel de SSA ont été perdus. Dans de nombreux cas, au moment où les patients ont été conduits dans la salle d'attente au service des urgences, ils ont souvent montré des signes et des symptômes du SSA qui ont entraîné une admission directe aux soins intensifs. Dans d'autres cas, les patients qui sont partis sans être vus, sont revenus plus tard avec une exacerbation du SSA qui a nécessité une admission aux soins intensifs.

Le suivi des mesures pour inclure l'évaluation et l'intervention à l'urgence dans l'utilisation d'AUDIT-C et de CIWA-Ar fournirait les moyens de délimiter les admissions aux soins intensifs par rapport aux admissions en salle et de déterminer si la durée du séjour serait réduite. Le dépistage au point de triage pourrait également être utile.

Il est essentiel que des pratiques de dépistage cohérentes pour les problèmes liés à l'alcool se produisent au service des urgences. Cependant, pour assurer une cohérence dans la pratique, la disponibilité de ces instruments de dépistage et de traitement dans le dossier informatisé de l'hôpital est d'une importance primordiale. La pratique nécessiterait une collaboration continue entre la direction des soins infirmiers, les infirmiers en pratique avancée, les médecins ainsi que l'administration hospitalière. D'autres études sont tout de même nécessaires pour cibler l'utilisation des services d'urgences pour le dépistage et le traitement des patients atteints de SSA.

4.2 Description de l'étude 2

Benson, G., McCallum, J., & Roberts, N. J. (2019). Risk Factors for Severe Alcohol Withdrawal Syndrome in an Acute Hospital Population. *Journal of Addictions Nursing*, 30(3), 159-168. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000287>

Cette étude écossaise quantitative rétrospective de cas-témoins* a pour but d'identifier les facteurs de risque statistiquement significatifs et associés au développement du syndrome de sevrage alcoolique chez les patients atteints du syndrome de dépendance à l'alcool à Glasgow. L'article du gouvernement écossais « Changer la relation de l'Ecosse avec l'alcool » estime que 10% ($n = 60'000$) de la population est atteinte du syndrome de dépendance à l'alcool. Par conséquent, la taille de l'échantillon a été calculée de manière électronique et a été basée sur 60'000 personnes. À Glasgow, la population représentative des personnes souffrant du syndrome de dépendance à l'alcool atteint un niveau de confiance de 95% et un intervalle de confiance de 5% et a été calculée à 382 personnes dans les groupes des cas et de contrôle. Le groupe de cas a été sélectionné aléatoirement parmi les patients référés au service infirmier de liaison en toxicomanie aiguë qui avaient un diagnostic de sortie de dépendance alcoolique, de sevrage d'alcool et de délire alcoolique ($n = 1'114$) de même que le groupe témoin parmi les patients qui avaient cependant uniquement un diagnostic de sortie de dépendance à l'alcool selon la CIM-10 ($n = 1'879$).

Au cours d'une période de 12 mois (du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015), tous les patients référés au service infirmier de liaison en toxicomanie aiguë ($n = 4'852$) ont été évalués en vue de leur inclusion dans l'étude selon les critères de dépendance à l'alcool. Les 55 facteurs de risque d'intérêt impliqués dans le développement du syndrome de sevrage alcoolique et observés dans l'étude ont été identifiés grâce à l'exportation de la littérature traitant de ce sujet. Au NHS Greater Glasgow and Clyde (NHSGGC), ces facteurs de risque étaient classés dans deux domaines : les évaluations sur papier ainsi que les dossiers électroniques des patients stockés sur le portail clinique.

Un programme de progiciel statistique pour les sciences sociales a ensuite été utilisé afin d'analyser les statiques recueillies. Des données complètes ont été récoltées pour toutes les variables* à l'exception de la gamma-glutamyl transférase. Les résultats de l'analyse démographique descriptive et statistique ont identifié 29 des 55 variables comme statistiquement significatives dans le développement du SSA. Cependant, les variables benzodiazépines dans les 24 premières heures, les benzodiazépines totales, les convulsions lors de l'admission, le score le plus élevé de l'échelle de sevrage alcoolique modifiée de Glasgow (GMAWS) lors de l'admission ainsi que la durée de l'hospitalisation n'étaient pas des variables qui augmenteraient le risque de développer un SSA, laissant donc 24 variables nécessitant une étude plus approfondie. Le test V de Cramer* a mis en avant que 19 de ces 24 variables impliquées dans le risque de développer un SSA ont une force d'association faible (< 0.3) ce qui laisse place à seulement cinq variables ayant une

association modérée à forte, soit : le test de dépistage rapide de l'alcool, le score de l'échelle GMAWS, les symptômes de sevrage à l'admission, l'heure de la dernière consommation d'alcool ainsi que la pression artérielle systolique. Un autre résultat pertinent qui ressort de cette étude met en avant que bien que plus de la moitié de tous les participants habite des zones en voie de développement, les personnes résidant dans les zones plus développées seraient quatre fois plus susceptibles de développer un syndrome de sevrage alcoolique.

4.2.1 Validité méthodologique

La randomisation de l'étude a été réalisée à l'aide du programme électronique Research Randomizer (RR). Les groupes de cas et de contrôle ont été appariés sur leur sexe et sur la base des pourcentages référés au service infirmier de liaison en toxicomanie aiguë (80% hommes et 20% de femmes). Cela correspond à un échantillon composé de 308 patients et 74 patientes.

Bien que les patients atteints de dépendance à l'alcool soient fréquemment hospitalisés, seule la première admission de chaque patient a été utilisée. Cette étude s'est concentrée sur un seul système de santé à Glasgow où les quantités de consommation d'alcool et les problèmes de santé disproportionnés rencontrés par la population peuvent réduire la transférabilité* des résultats de l'étude à d'autres populations. L'approbation éthique de l'étude cas-témoin a été accordée par le NHS North East Research Ethics Committee (16/NE/0243).

Le test du khi-deux* a été utilisé dans le but d'identifier la signification statistique des variables catégorielles et du syndrome de sevrage alcoolique, tandis que le rapport de cotes mesurait si le syndrome de sevrage alcoolique en tant que résultat était attendu ou non. Le test V de Cramer a pris en charge le khi-deux et a calculé la force de signification statistique pour les variables catégorielles qui a permis de mettre en avant que l'origine ethnique ainsi que l'état matrimonial n'augmenteraient pas le risque de SSA, contrairement au fait d'avoir un emploi ou non ($p < 0.036$) donc p n'est pas significatif. Comme les variables continues ne suivaient pas une distribution normale, le test de Levene* a été utilisé avec une signification statistique fixée à $p = 0.05$ ou 5% et a donc démontré que l'âge n'a pas été statistiquement significatif dans le développement du SSA ($p = 0.188$).

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Malgré les précieuses implications de cette étude, il faut tout de même tenir compte de certaines limites. Premièrement, celle-ci s'est concentrée sur un seul système de santé à Glasgow où les quantités de consommation d'alcool et les problèmes de santé disproportionnés rencontrés par la population peuvent réduire la généralité des résultats à d'autres populations. Il serait cependant intéressant d'effectuer une recherche similaire ayant les mêmes objectifs, mais dans d'autres pays, afin de faire des liens entre les différences et les points communs. Deuxièmement, bien que l'utilisation du syndrome de dépendance uniquement dans le groupe témoin ait soutenu l'identification des variables synonymes de SSA, les patients ayant présenté un sevrage léger à modéré (GMAWS < 4) ont été exclus. Troisièmement, celle-ci était limitée par l'utilisation d'un seul chercheur qui était responsable de la collecte des données, du codage mais également de l'analyse de celles-ci, ce qui a rendu difficile la réduction de biais* de sélection.

Malgré ces limitations, cette étude de cas-témoins fournit un point de départ important pour une enquête plus approfondie sur les facteurs de risques synonymes de SSA. Elle est la deuxième étape d'un programme de travail visant à développer un outil qui pourrait aider les cliniciens à stratifier le risque et à soutenir la sortie des patients identifiés comme ayant un faible risque de SSA au service des urgences. Les résultats amènent à une prise de conscience que chaque hospitalisation se déroule au cas par cas, tous les patients n'ont pas la même vie ni les mêmes symptômes, même s'ils consultent pour la même problématique. Il est donc primordial dans la pratique infirmière d'avoir une vision multidimensionnelle du patient, à savoir : l'aspect biologique, psychologique, social et spirituel. De plus, les résultats démontrent que la survenue d'un syndrome de sevrage est différente selon les zones d'habitation. Il serait pertinent de reprendre cet élément dans une étude future afin de voir quels sont les facteurs favorisant le syndrome de sevrage entre celles-ci. Ce dernier point pourrait déconstruire les représentations ou stéréotypes de la société en général sur la personne dépendante à l'alcool, car force est de constater que ce ne sont pas les personnes les plus défavorisées qui sont le plus à risque mais bien les personnes ayant le plus de moyens.

4.3 Description de l'étude 3

Soldi, M., Mauthner, O., Frei, I. A., & Hasemann, W. (2021). Experience of adult patients and professionals with a program for the prevention of alcohol withdrawal delirium in the acute care setting-A case study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 726-733. <https://doi.org/10.1111/ppc.12604>

Cette étude de cas qualitative descriptive a été réalisée au sein d'un service ORL d'un hôpital universitaire de suisse alémanique. Le but était d'explorer les expériences de patients adultes, de leurs familles et de professionnels avec un programme de prévention du sevrage alcoolique. Un échantillon non-probabiliste a permis de réunir un total de 15 infirmières diplômées (11 femmes, quatre hommes), deux femmes médecin et six patients (deux femmes, quatre hommes) ainsi que l'épouse de l'un des participants. Les infirmières et les médecins avaient entre 25 et 53 ans et travaillaient dans le service d'ORL depuis des périodes comprises entre deux mois et 19 ans. Les patients étaient âgés de 53 à 67 ans et avaient les diagnostics suivants : *cancer du plancher buccal (2x)*, *cancer des amygdales (2x)*, *cancer du larynx (1x)* et *carcinome hépatocellulaire (1x)*.

Avant le début de ce programme, le personnel infirmier a reçu quatre heures de formation sur la prise en charge systématique du délire lié à une condition médicale et du délire du sevrage alcoolique. Une formation intensive a également été donnée sur la façon d'appliquer et d'utiliser l'échelle de sevrage alcoolique CIWA-Ar.

Le recrutement des participants à l'étude s'est déroulé sur neuf mois entre septembre 2014 et mai 2015. Tous les patients inclus dans le programme de prévention et comprenant l'allemand ont été invités à participer. Cependant, les patients rencontrant des difficultés de communication, comme une canule trachéale nouvellement insérée ou une déficience auditive sévère ainsi que ceux qui n'étaient pas en mesure de donner leur consentement en raison de leur état général ou de leur capacité cognitive ont été exclus. Les membres du personnel médical invités à participer devaient avoir une expérience pratique du programme de prévention et être impliqués dans les soins des « patients de l'étude ». L'infirmière en pratique avancée était responsable du recrutement des patients et les a approchés dans les deux premières heures après l'admission.

Après avoir informé les patients et obtenu leur consentement, des entretiens semi-structurés ont été menés avec la totalité des participants. Ceux-ci ont été guidés par des questions clés basées sur la question de recherche*. De plus, chaque participant a subi une observation directe lors d'une visite médicale. Ces observations d'une durée de dix à 20 minutes se sont déroulées jusqu'au troisième jour post-opératoire. Tous les entretiens ont été réalisés après la séance d'observation. Les infirmières ont été interviewées « en groupe » tandis que les médecins l'ont été « individuellement ». Les entretiens avec les patients ont duré entre 20 et 40 minutes, avec l'équipe soignante entre 30 et 60 minutes et avec l'épouse du participant 60 minutes. Tous les enregistrements audios ont ensuite été retranscrits textuellement. Les notes de terrain ainsi que les rapports d'observation ont été inclus dans la préparation des données.

Tous les entretiens et enregistrements d'observation ont été analysés selon une méthode d'analyse thématique, basée sur six étapes. Dans un premier temps, la chercheuse s'est familiarisée avec les données. Deuxièmement, les passages pertinents ont reçu des codes et, dans une troisième étape ont été résumés en thèmes. Quatrièmement, les thèmes ont été comparés aux données originales pour vérifier la cohérence du contenu. Cinquièmement, la définition des thèmes a été finalisée par l'équipe de recherche et les thèmes ont pu être interprétés. Enfin, les résultats ont été présentés dans un texte cohérent et illustrés de citations tirées des entretiens.

Au cours de la période de recrutement, 36 patients hospitalisés étaient éligibles pour participer à cette étude de cas. Après prise en compte de tous les critères d'exclusion et respect des motifs de refus, six patients ont donné leur consentement et l'ensemble des infirmiers et médecins sollicités ont accepté de participer à cette étude. Tous les six cas ont été suivis et observés de la même manière. Les résultats sont structurés autour du cas de l'un des participant. « Être sans alcool » était le sujet principal résultant des observations lors de la tournée du médecin, des discussions et des entretiens. Trois thèmes principaux ont pu être identifiés : « Parler d'alcool : expériences et stratégies », « Surveillance des symptômes de sevrage » et « Collaboration avec l'infirmière en pratique avancée dans la gestion du délire ».

Le thème principal « Parler d'alcool : expériences et stratégies » révèle que la plupart des participants n'ont pas eu de problème à être interrogés sur leur consommation d'alcool. Ils ont accepté ces questions dans le cadre de la pratique hospitalière de routine. Seuls 20% des participants se sont sentis mal à l'aise lorsqu'ils ont été interrogés sur leur consommation. Ces patients étaient âgés de plus de 60 ans, présentaient majoritairement une consommation d'alcool à haut risque et ne s'estimaient pas capables de réduire leurs risques liés à l'alcool pour leur santé. Le thème « Surveillance des symptômes de sevrage » montre que les infirmières ORL gèrent les symptômes de différentes manières. Certaines infirmières utilisent le CIWA-Ar d'autres ne posent pas de questions mais documentent seulement ce qu'elles ont observé. Le thème « Collaboration avec l'infirmière avancée dans la gestion du délire » révèle l'importance d'avoir un programme dirigé par une infirmière en pratique avancée afin de faciliter le changement.

4.3.1 Validité méthodologique

Afin de maximiser la qualité de cette étude, des critères d'évaluation pour la recherche ont été utilisés : crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité. Un temps suffisant a été prévu pour mener les séances d'observation et les entretiens. Chaque interview a été rejouée et vérifiée à la fin pour s'assurer qu'elle était compréhensible. Pour les parties de

texte peu claires, ce qui avait été dit a été noté. Des notes manuscrites ont également été prises durant les entretiens. Les travaux d'analyse ainsi que les résultats ont été régulièrement discutés et réfléchis de manière critique avec l'équipe de recherche ainsi qu'avec l'enseignant et les autres étudiants. Afin d'assurer la transparence ainsi que l'authenticité des données, l'équipe de recherche a veillé lors des travaux d'analyse et de documentation à ce que les résultats reflètent les propos et opinions des participants et non la position du chercheur ou des membres de l'équipe de recherche.

De nombreux patients ont tout de même refusé de prendre part à cette étude. Un biais de sélection doit donc être supposé pour les patients qui y ont participé, car ils ont accepté après avoir eu des expériences positives avec ce programme. Avant de mener cette étude, la première auteure faisait partie de l'équipe de délire de cet hôpital. Elle a été perçue comme une experte du délire par l'équipe soignante lors des entretiens, même si son rôle avait été expliqué au préalable. Ce fait a pu influencer les discussions avec l'équipe.

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Il est important de relever que les expériences du personnel infirmier, des médecins, des patients ainsi que des membres de la famille avec un programme de prévention du syndrome de sevrage alcoolique, leur expérience de dépistage de ce syndrome avec l'outil CIWA-Ar et la manière dont ils le mettent en œuvre dans le cadre de la pratique courante à l'hôpital, sont des thématiques qui n'ont pas encore été étudiées. Les résultats de cette étude peuvent tout de même être utilisés pour l'assurance de qualité du programme ORL et donnent des pistes d'amélioration dans l'utilisation de l'outil CIWA-Ar pour le dépistage rapide du SSA et sur tous les aspects de la communication tels que des informations sur sa sécurité ainsi que les conséquences d'une minimisation de leur consommation d'alcool devant clairement être énoncées lors de l'évaluation des antécédents de la maladie actuelle. En règle générale, les patients ne consultent pas les professionnels de la santé pour parler de leur consommation d'alcool. Il est plus probable qu'ils présentent des symptômes physiques, qui peuvent alors indiquer une consommation d'alcool à haut risque. Dans ce contexte, il est important que les professionnels aient le courage de discuter de sujets sensibles avec les patients. Dans le but d'éviter des complications tel qu'un SSA ou un DT, la formation ainsi que la préparation des infirmières doivent souligner que l'évaluation clinique verbale de la présence d'hallucinations est une exigence.

Avec cette étude, l'équipe de recherche a exploré les expériences du personnel infirmier, des médecins, des patients ainsi que des membres de la famille avec un programme de prévention du délire de sevrage alcoolique et comment cela est mis en œuvre dans la

pratique. Les infirmières ont pu faire face à la mise en place de nouvelles approches de pratique, soit l'évaluation de la consommation d'alcool et le suivi structuré du syndrome de sevrage à l'aide de l'outil CIWA-Ar. Les résultats montrent que « le fait d'être sans alcool » était accepté à la fois par l'équipe soignante, le patient et le proche.

Pour conclure, afin d'éviter une sédation excessive ou une dépendance aux benzodiazépines, l'absence de symptômes de sevrage alcoolique doit entraîner une réduction de la quantité prescrite de lorazépam.

4.4 Description de l'étude 4

Bové, H. M., Lisby, M., & Norlyk, A. (2019). Scheduled care-As a way of caring : A phenomenological study of being cared for when suffering from alcohol use disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1174-1182. <https://doi.org/10.1111/jocn.14715>

Cette étude danoise qualitative phénoménologique* et herméneutique a pour but d'élucider l'expérience des patients souffrant de troubles liés à l'alcool lorsqu'ils sont admis et soignés dans des unités médicales aiguës. Un objectif supplémentaire est de développer une compréhension plus profonde du ressenti d'être soigné en mettant en relation la façon dont le problème de santé, la rencontre avec les infirmières et le système de services de soins affectent l'expérience de l'hospitalisation. Un échantillonnage non-probabiliste a été effectué dans l'unité médicale aiguë de l'hôpital universitaire d'Aarhus. Pour éviter que les participants ne se sentent contraints de participer à l'étude, ils ont été approchés par une infirmière de l'unité qui leur a demandé s'ils accepteraient de rencontrer et éventuellement d'être interviewés par le premier auteur, qui n'avait aucune relation antérieure avec les participants. Tous les participants ont reçu des informations orales et écrites concernant les objectifs et la participation à l'étude. Un consentement verbal a également été obtenu avant de commencer les entretiens et ils se sont vus garantir la confidentialité de leurs informations.

Des entretiens approfondis, d'une durée de 45 à 70 minutes, ont été menés sous forme de dialogues en ayant une approche ouverte dans le but d'obtenir des descriptions détaillées de l'expérience vécue. Ces derniers ont été enregistrés avant d'être retranscrits textuellement par le premier auteur. Quelques questions étaient tout de même prédéterminées dans le but de s'assurer que l'entretien couvrait l'expérience de l'hospitalisation, c'est-à-dire « Pouvez-vous dire ce que c'est que d'être ici ? », « Pouvez-vous me dire ce que vous appréciez lorsque vous êtes à l'hôpital ? » et « Y'a-t-il quelque chose que vous n'aimez pas dans le fait d'être ici ? ». Des questions de suivi telles que

« Comment était-ce ? », « Pouvez-vous s'il vous plaît m'en dire plus à ce sujet ? », « Pouvez-vous donner un exemple ? » et « Comment vous êtes-vous senti ? » ont également été demandées.

Le but de la réflexion et de l'analyse phénoménologique était de décrire une structure essentielle au phénomène et de transformer les descriptions individuelles en une compréhension professionnelle décrivant les caractéristiques du phénomène tout en tenant compte de ses nuances, de sa variété et de sa complexité. L'ouverture et la flexibilité envers le phénomène étaient essentielles pour permettre à celui-ci de se montrer et d'être compris.

Le processus d'analyse impliquait de se déplacer avec souplesse entre l'ensemble du texte, des parties du texte/unités de sens et de revenir à son ensemble. Ce processus s'est déroulé en plusieurs étapes. La première consistait à lire attentivement les entrevues afin d'avoir une idée des données ainsi que pour avoir une compréhension préliminaire. Dans la seconde, le texte a été divisé en unités de sens plus petites qui ont généré de nouvelles significations. Ensuite, ces dernières ont brièvement été décrites, le contenu apparaissant dans une version condensée tandis que la signification a été réalisée à la lumière de cela. Peu à peu, un nouveau phénomène est apparu à partir des données provenant des différents schémas de sens et de l'essence qui décrivait et encapsulait le phénomène principal.

Les résultats ont montré que le fait d'être soigné à l'hôpital était vécu comme un processus en deux étapes qui passait d'une expérience de soins programmés vécue comme attentionnée à une expérience de soins programmés vécue, à l'inverse, comme non-attentionnée. Au cours de la première étape, l'attention des participants était principalement centrée sur l'évitement des symptômes de sevrage, un point qui était partagé par les infirmières. De plus, le sentiment d'être accueilli avec sincérité dans une présence authentique par les infirmières était présent, créant la base d'une collaboration de travail réussie et positive. Au cours de la seconde étape, un transfert d'attention s'est opéré au sein des participants. Les soins programmés étaient désormais vécus comme des soins organisés trop figés sur une liste préétablie de besoins soignants et donc vécus comme non attentionnés. Il en est ressorti quatre thèmes communs : « Être dans un refuge sûr », « Partager un objectif tacite mais commun », « Être dans un espace chaotique » et « Être seul ».

4.4.1 Validité méthodologique

L'étude a été réalisée dans la tradition phénoménologique descriptive en utilisant une approche de recherche réflexive sur le monde de la vie (RLR). La RLR s'appuie sur une méthodologie de compréhension des phénomènes existentiels humains. Elle est enracinée dans la phénoménologie et est ancrée dans la philosophie continentale de Husserl, Merleau-Ponty et Gadamer.

Le mode d'échantillonnage a été réalisé par choix raisonné, ce qui est souvent le cas dans ce type de recherche. L'échantillon est composé de 15 participants mais aucune information n'a été donnée concernant une saturation de données. Quant à la transférabilité ainsi qu'à la fiabilité, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits textuellement par le premier auteur, probablement avec l'utilisation d'une méthode dialectique. L'étude fait donc preuve de validité externe et de fiabilité.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude pourraient éventuellement être généralisés dans tous les hôpitaux et plus précisément dans les unités médicales aiguës. L'alcool est et restera un problème sanitaire majeur à prendre en compte (Organisation mondiale de la santé, 2018b). Ces résultats renvoient au fait que l'attitude de l'infirmière peut influencer le bon déroulement de la prise en charge ou non de ce type de patients en unité médicale aiguë.

Bien que cette étude ait été réalisée au Danemark, les résultats peuvent en partie être transférables au système de soins valaisan car les conditions de soins sont similaires. Il faut savoir qu'une hospitalisation peut être élective ou involontaire (urgence) en Valais, mais il est important de garder en tête que même si la personne est venue de son plein gré, elle peut ne pas se sentir à l'aise à l'hôpital. Le rôle infirmier est alors essentiel et la création d'une alliance thérapeutique est primordiale à la suite de l'hospitalisation, afin d'éviter une escalade de soins. Ces expériences décrites par les patients permettent au personnel médical de faire preuve d'empathie afin de comprendre ce qui pourrait être amélioré.

Les résultats mettent également en évidence que les patients souffrant de troubles liés à l'alcool appellent une attention accrue des infirmières tout au long de l'hospitalisation, dans laquelle un éventuel transfert d'attention est remarqué lors des soins prodigués. Les professionnels de la santé se doivent d'être plus attentifs au vécu subjectif et aux altérations chez ces patients. De plus, les résultats soulignent l'importance que les services de santé doivent devenir plus conscients concernant la façon d'organiser les soins en milieu hospitalier. Le fait d'acquérir plus de connaissances sur les perspectives des patients afin

de favoriser la compréhension de leur vulnérabilité dans le but d'améliorer leurs expériences est importante. C'est la raison pour laquelle des recherches supplémentaires dans ce domaine sont indispensables.

4.5 Description de l'étude 5

De Lemos, J., Liu, R., Cho, J., & Marshall, C. (2017). Nurses' Perceptions of Two Tools for Assessing Patients with Alcohol Withdrawal : The Modified Richmond Agitation-Sedation Scale-Alcohol Withdrawal and the Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale. *Canadian Nurse*, 113(6), 14-18.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=126291126&site=ehost-live>

Cette étude quantitative menée à l'hôpital de Richmond, aux Etats-Unis, a pour but d'évaluer la conception qu'ont les infirmières sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond modifiée pour le sevrage alcoolique (mRASS-AW) et de la version revisitée de la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) comme outils de prise en charge des patients en sevrage alcoolique. Les chercheurs ont mené une enquête en ligne composée de cinq questions à l'attention des infirmières qui (1) avaient déjà utilisé l'échelle CIWA-Ar et (2) avaient suivi un module éducatif sur l'échelle mRASS-AW et/ou avaient utilisé cette échelle avec des patients en sevrage alcoolique. Une lettre de contact initial a été envoyée par les infirmières formatrices à toutes les infirmières (pas seulement à celles ayant suivi le module en ligne) travaillant dans les unités de soins de l'hôpital, à l'exception des unités de soins intensifs, des soins palliatifs, de l'unité de maternité ainsi que de la pouponnière de soins spéciaux. La lettre contenait un lien vers l'enquête en ligne et incluait une déclaration expliquant quelles infirmières pouvaient participer à l'enquête afin qu'elles puissent déterminer leur propre admissibilité.

Les chercheurs ont estimé que 200 infirmières du personnel ont pu compléter le module créatif en ligne. Étant donné que certaines infirmières étaient engagées comme étudiantes dans des stages temporaires et afin d'obtenir un taux de réponse à l'enquête de 60% parmi ces 200 participantes, les chercheurs ont donc calculé une taille d'échantillon cible a priori d'environ 120 répondants ; 120 infirmières ont donc répondu à l'enquête mais deux d'entre elles ont manqué des questions. Par conséquent, le nombre de réponses pour chaque question varie de 118 à 120. Les personnes interrogées représentaient largement la population infirmière cible, avec au moins 45 des 120 infirmières (37.5%) travaillant dans le service des urgences tandis que les autres appartenaient aux services de psychiatrie, de médecine ou de chirurgie.

Il s'agit de la première étude à comparer le CIWA-Ar et le mRASS-AW en termes d'expérience et de la préférence des utilisateurs. La cohorte des infirmières que les chercheurs ont interrogée a systématiquement préféré le mRASS-AW au CIWA-Ar comme outil de mesure de la gravité du sevrage alcoolique pour chacune des cinq questions posées dans l'enquête en ligne ; toutes les comparaisons ont montré une différence significative de $p < 0,001$.

Le mRASS-AW a donc été perçu comme fournissant une évaluation plus précise de la gravité du sevrage alcoolique et comme offrant un meilleur moyen de décider si une benzodiazépine doit être administrée ou non. Les répondants ont également estimé que le mRASS-AW était plus facile et plus rapide à utiliser et, dans l'ensemble, ils l'ont préféré au CIWA-Ar comme outil d'évaluation des patients en sevrage alcoolique.

4.5.1 Validité méthodologique

Les propositions des répondants favorisant le mRASS-AW par rapport au CIWA-Ar ont été comparées à l'aide de la statistique du chi-deux ajustée, une valeur $p < 0.01$ était requise pour être significative, à un échantillon pour des observations indépendantes avec un degré de liberté. Les résultats démontrent que la valeur p^* était inférieure à 0.0001 pour chacune des cinq questions donc les réponses étaient significatives. Pour cette analyse, les deux réponses extrêmes pour chaque échelle ont été combinées et la correction de Bonferroni a été utilisée pour tenir compte des cinq comparaisons pour chacune des questions.

La lettre que les infirmières ont reçue contenait un lien vers l'enquête en ligne mais incluait également une déclaration expliquant quelles infirmières pouvaient participer à l'enquête afin qu'elles puissent déterminer leur propre admissibilité. Ce procédé peut mener à un éventuel biais de sélection car les patients pouvant présenter un syndrome de sevrage alcoolique ne sont pas forcément toujours dans des services de soins aigus mais peuvent également être hospitalisé dans des services plus généraux. De plus, le fait que les infirmières puissent déterminer leur propre admissibilité à l'étude n'est peut-être pas totalement représentatif car non-obligatoire.

Il faut également savoir que l'échelle mRASS-AW a été créée dans cet hôpital à la suite de difficultés d'utilisation de l'outil CIWA-Ar dans certaines circonstances. Ce nouveau protocole utilise l'échelle d'agitation-sédation de Richmond (RASS) pour évaluer à la fois la gravité de l'agitation causée par le sevrage alcoolique mais également le niveau de sédation potentiellement causé par le traitement. Cet outil fiable est largement utilisé dans les établissements de soins intensifs afin de mesurer le niveau d'agitation et de sédation

des patients sous ventilation mécanique. Le personnel soignant à tout de même apporté quelques modifications mineures au texte du RASS afin de préciser que cet outil était utilisé chez des patients qui ne sont pas ventilés. Avec ce nouveau protocole, les infirmières fondent leurs décisions de traitement principalement sur le score mRASS-AW du patient, mais celui-ci leur demande également d'évaluer le patient sur trois autres éléments du sevrage alcoolique : la présence d'un délire ou non (évalué à l'aide de la méthode d'évaluation de la confusion), d'hallucinations ou pas (tactiles, visuelles ou auditives) et de signes vitaux anormaux (fréquence cardiaque et fréquence respiratoire). Ceci mène à un probable conflit d'intérêts étant donné d'une part que ce protocole a été inventé dans cet hôpital et d'une autre part que les résultats ne peuvent pas être transférables car l'échelle n'existe pas ou n'est pas utilisée ailleurs.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Dans cette enquête menée auprès de 120 infirmières, le mRASS-AW a été perçu comme un outil fournissant une évaluation plus précise de la gravité du sevrage alcoolique et comme offrant un meilleur moyen de décider si une benzodiazépine doit être administrée. Les infirmières ont également estimé que le mRASS-AW était plus rapide et plus facile à utiliser et, dans l'ensemble, elles l'ont préféré au CIWA-Ar comme outil d'évaluation pour la gestion du sevrage alcoolique.

Le CIWA-Ar contient dix domaines de symptômes dérivés qui visent à saisir la gamme de symptômes que les patients peuvent présenter lorsqu'ils sont en sevrage alcoolique. Les infirmières avaient l'habitude d'utiliser le CIWA-Ar dans leur établissement pour évaluer la gravité du sevrage alcoolique et pour guider le dosage des benzodiazépines déclenché par les symptômes, mais cet outil présente trois limites importantes.

Tout d'abord, les infirmières pensent que quatre des dix domaines de symptômes (tremblements, transpiration, nausées ou vomissements, sensation de lourdeur dans la tête ou maux de tête) ne sont pas nécessairement atténués par le traitement aux benzodiazépines de manière dépendante du temps ou de la dose. Deuxièmement, si les patients sont agités ou en proie au délire, il n'est généralement pas possible de leur poser des questions, ce qui signifie que les scores ne peuvent pas être produits pour plusieurs domaines tels que l'anxiété, la nausée et le sentiment de plénitude. Troisièmement, le CIWA-Ar n'a pas été validé dans un contexte tel que le service des urgences et est considéré comme lourd à utiliser dans des contextes de soins aigus. Ceci amène à une investigation concernant la création d'un outil pertinent et global pouvant être introduit et généralisé dans les services de soins aigus au niveau européen ou international.

En l'absence de données solides justifiant l'utilisation du CIWA-Ar et compte tenu de l'intérêt du RASS dans la mesure du niveau de l'agitation et de la profondeur de la sédation chez les patients non-communicants (patients adultes sous ventilation mécanique), le personnel infirmier a considéré le RASS comme étant un outil pertinent dans l'évaluation du syndrome de sevrage alcoolique (en mesurant la profondeur de la sédation). Dans cette étude, les chercheurs présentent les premières conclusions selon lesquelles le mRASS-AW est préféré au CIWA-Ar par les utilisateurs réels. Ces données devraient inciter à poursuivre les recherches sur la fiabilité et la validité du mRASS-AW dans l'évaluation du SSA.

4.6 Description de l'étude 6

Bové, H. M., Lisby, M., & Norlyk, A. (2020). Do the carers care? A phenomenological study of providing care for patients suffering from alcohol use disorders. *Nursing Inquiry*, 27(1), e12322. <https://doi.org/10.1111/nin.12322>

Cette étude danoise qualitative phénoménologique et herméneutique a pour but d'élucider l'expérience vécue par les infirmières dans la prestation de soins aux patients souffrant de troubles liés à l'alcool. L'étude a été réalisée dans une unité de médecine aiguë somatique d'un hôpital du Danemark. L'échantillonnage de type non-probabiliste a permis une participation à l'étude de dix infirmières. Trois d'entre-elles ont été contactées par l'une des infirmières responsables. Les sept autres ont été contactées par le premier auteur lors des réunions de coordination du matin et de l'après-midi dans les unités. Au cours de ces réunions, les infirmières se sont portées volontaires pour participer et aucune d'elle ne s'est retirée de l'étude.

En raison d'une charge très lourde dans cette unité, il était impossible de planifier des entrevues à l'avance ainsi que de savoir si des infirmières pouvaient y participer. Les données ont été recueillies lors d'entretiens, d'une durée de 60 à 80 minutes, menés sous forme de dialogues avec une approche ouverte afin de mieux comprendre le phénomène et d'obtenir des descriptions détaillées de celui-ci, à savoir la prise en charge de patients souffrant de troubles liés à l'alcool. Souvent, les entretiens ont été réorganisés en raison de la pression du travail et du manque de personnel. Trois participantes étaient d'anciennes collègues du premier auteur ; sept n'avaient aucune relation antérieure avec lui. Toutes les participantes n'ont été interrogées qu'une seule fois. Conformément à la recherche réflexive sur le monde de la vie (RLR), quelques questions étaient tout de même prédéterminées. Cette approche a été choisie afin de renforcer la richesse des entretiens et la couverture des différentes expériences liées à la prise en charge , c'est-à-dire : « Pouvez-vous décrire

vos pensées lorsque que votre patient souffre de troubles liés à l'alcool ? », « Comment cela se passe-t-il de prodiguer des soins à ces patients ? », « Est-ce que quelque chose est plus facile avec ces patients qu'avec un patient ordinaire ? » et « Y'a-t-il quelque chose de plus facile ou plus difficile dans la prestation de soins à ces patients ? ». Des questions de suivi telles que « Comment était-ce ? », « Veuillez m'en dire plus à ce sujet ? », « Pouvez-vous donner un exemple ? » et « Comment vous êtes-vous senti ? » ont également été demandées.

Du fait de l'approche phénoménologique, la saturation des données n'était pas un objectif. Au contraire, la collecte de données s'est poursuivie jusqu'à ce que la richesse et la variation du phénomène soient atteintes. Lorsque les données pouvaient être expliquées en termes plus généraux, cela indiquait également la fin de la collecte de données et le début du processus d'analyse.

L'approche herméneutique de Gadamer a été utilisée pour analyser les résultats. Le processus d'analyse s'est basé sur une lecture approfondie des entretiens afin d'obtenir un sens global et une compréhension préliminaire de la matière. Par la suite, la lecture a changée et s'est concentrée sur la division du texte en unités de sens plus petites. Ces dernières reflétaient étroitement le libellé du texte original. Ensuite, une autre lecture a suivi, centrée sur les unités de sens qui ont par la suite été regroupées. Ces grappes de sens ont généré de nouvelles significations qui ont ensuite été décrites à un niveau plus abstrait, éloigné du texte original. De cette manière, les grappes de sens formaient progressivement un modèle décrivant et encapsulant le phénomène. Grâce à ce processus, la structure essentielle de celui-ci a émergé et a formé un nouvel ensemble.

Les résultats ont montré que la prestation de soins aux patients souffrant de troubles liés à l'alcool était une tâche très difficile en raison de la nature complexe de ce groupe de patients. Les résultats ont mis en évidence que les participants éprouvaient un sentiment de responsabilité à double face. D'une part, une responsabilité professionnelle ancrée dans une approche infirmière axée sur les tâches, étant caractérisée par la nécessité de répondre aux exigences organisationnelles dans l'objectivité des symptômes de maladie grave et de désintoxication alcoolique des patients. D'autre part, une responsabilité ainsi qu'une obligation personnelle liées à la connexion avec le patient tout en adoptant un mode de sensibilité et de présence authentique envers le patient.

4.6.1 Validité méthodologique

L'étude a été réalisée dans la tradition phénoménologique descriptive en utilisant une approche de recherche réflexive sur le monde de la vie (RLR). La RLR s'appuie sur une méthodologie de compréhension des phénomènes existentiels humains. Elle est enracinée dans la phénoménologie et est ancrée dans la philosophie continentale de Husserl, Merleau-Ponty et Gadamer.

L'étude élucide l'expérience vécue des infirmières prodiguant des soins à des patients souffrant de troubles liés à l'alcool admis dans une unité médicale aiguë d'un hôpital universitaire danois. La transférabilité peut être limitée ou restreinte au groupe de patients décrit. Néanmoins, les résultats ont été élaborés de manière intensive et les auteurs sont restés ouverts et sensibles aux nuances ainsi qu'aux changements de sens. Le premier auteur était un ancien collègue de trois des participantes ce qui a peut-être contribué à renforcer la compréhension de la profession infirmière et des descriptions des participants, ceci peut éventuellement être un biais de confirmation étant donné que le premier auteur faisait partie de l'équipe soignante avant cette étude et pourrait vouloir privilégier ses idées préconçues. Cependant, afin d'éviter que ses connaissances préexistantes n'affectent l'analyse, une réflexivité poussée de la part des auteurs vis-à-vis des a priori, des parcours et des positionnements, était de la plus haute importance. Cette réflexivité a pour but à la fois, de laisser le phénomène se manifester et se faire comprendre tout en examinant si l'un des facteurs mentionnés ci-dessus pourrait avoir affecté l'angle d'investigation des chercheurs.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les infirmières devraient réclamer des occasions de s'écarter des procédures établies qui limitent les soins aux patients souffrant de troubles liés à l'alcool et devraient plaider en faveur de la prise en compte des perspectives des patients pour déterminer comment fournir des soins significatifs. Ces résultats soulignent que pour cela, les infirmières devraient être plus attentives au projet de santé du patient et à son bien-être tout en reconnaissant que la perspective influence la compréhension des soins par le patient. De plus, cet article montre que davantage de connaissances sur la manière d'unir à la fois des procédures standardisées et une approche plus humanisante des soins sont indispensables et renforcent de la même manière le rôle d'advocacy. Ces notions sont des ressources pour le personnel infirmier car elles permettent aux patients de prendre du pouvoir sur leur état de santé ainsi que sur leur maladie et leur vie personnelle.

4.7 Synthèse des principaux résultats

L'analyse de ces 6 articles s'est composée de deux devis différents : trois analyses d'études quantitatives (Glann et al., (2019), Benson et al., (2019) et De Lemos et al., (2017)) ainsi que trois analyses d'études qualitatives (Soldi et al., (2021), Bové et al., (2019) et Bové et al., (2020)). En ce qui concerne les aspects quantitatifs, les résultats de l'étude de Glann et al., (2019) ont démontré une augmentation significative de la satisfaction globale du personnel des urgences et ont également eu des résultats positifs en ce qui concerne l'importance du dépistage systématique de tous les patients lors de l'admission aux urgences de la pré- à la post-mise en œuvre de ce projet. L'étude de Benson et al. (2019) a identifié 24 variables associées au développement du SSA. Cinq des 24 variables, quantifiées à l'aide du test V de Cramer ($p < 0.0001$), présenteraient une corrélation modérée à forte avec le risque de présenter ce syndrome : le test de dépistage rapide de l'alcool, le score de l'échelle de sevrage alcoolique modifié de Glasgow, les symptômes de sevrage à l'admission, les heures depuis la dernière consommation d'alcool ainsi que la pression artérielle systolique.

La cohorte d'infirmières interrogée dans l'étude de De Lemos et al., (2017) a systématiquement préféré le mRASS-AW au CIWA-Ar comme outil de mesure de la gravité du sevrage alcoolique pour chacune des cinq questions posées. Celles-ci portaient sur leur facilité d'utilisation, leur rapidité d'utilisation, la précision de l'évaluation, leur fiabilité en termes de choix d'administration de traitements et pour finir, de manière globale, quel était l'outil d'évaluation préféré. Toutes les comparaisons ont montré une différence significative. Bien que le mRASS-AW ait été créé par le personnel infirmier qui l'utilise, les premières conclusions sont mises en avant concernant une préférence de cet outil au CIWA-Ar ce qui devrait inciter à poursuivre les recherches sur sa fiabilité et sa validité dans l'évaluation du SSA. De plus, les réponses des participants sont claires. Le mRASS-AW fournirait une évaluation plus précise du sevrage alcoolique et permettrait de mieux décider si une dose de benzodiazépine devrait être administrée, ce qui fournit les premières preuves de la validité apparente du mRASS-AW en tant qu'outil de mesure de la gravité du SSA.

Les résultats obtenus grâce aux études qualitatives sont pertinents et permettent d'avoir une autre vision de la problématique. Dans l'étude de Bové et al. (2019) concernant le point de vue des patients, les résultats récoltés mettent en avant que le fait d'être soigné à l'hôpital était vécu par les patients comme un processus en deux étapes qui évoluait tout au long de l'hospitalisation, passant d'une expérience de soins programmés vécue comme attentionnée à une expérience de soins programmés vécue comme non-attentionnée. Quatre participants ont décrit plus en détails les expériences variables : « Être dans un

refuge sûr », « Partager un objectif tacite mais commun », « Être dans un espace chaotique » et « Être seul ». Dans la seconde étude de Bové et al. (2020), la prise en charge de ce type de patient est décrite par les infirmières comme une tâche très complexe, difficile et exigeante. Plusieurs thématiques sont ressorties des entretiens dont le fait de se trouver face à la difficulté de la situation de vie du patient, d'équilibrer les soins entre les procédures standardisées et la complexité des patients ainsi que le fait d'être prises entre un sentiment de responsabilité et de résignation.

Les entretiens semi-structurés lors de l'étude de Soldi et al. (2021) ont permis d'identifier trois thématiques principales à savoir : « Parler d'alcool » révèle que la plupart des participants n'ont pas eu de problème à être interrogés sur leur consommation d'alcool ; « La surveillance des symptômes de sevrage » montre que les infirmières ORL gèrent la gestion des symptômes de différentes manières et « La collaboration avec l'infirmière en pratique avancée pour la gestion du délire » révèle l'importance d'avoir un programme dirigé par une infirmière en pratique avancée afin de faciliter le changement.

A travers ces études, il est possible de constater que des efforts supplémentaires dans l'utilisation de ces outils dans la pratique peuvent être faits dans l'optique de sensibiliser les professionnels de la santé à être plus attentifs aux besoins et aux préoccupations de ces patients et plus précisément, aux interventions à mettre en place dans le but de dépister rapidement et efficacement un risque de présenter un syndrome de sevrage alcoolique. Ces changements permettraient aux patients de vivre leur hospitalisation de manière plus sereine et rendrait de la même manière la prise en charge plus facile pour le personnel infirmier.

5 Discussion

5.1 Discussion des résultats

Les études sélectionnées ont permis de déterminer certains facteurs favorisant la survenue d'un syndrome de sevrage alcoolique tels que le manque de connaissances du personnel infirmier quant à l'utilisation de certains outils de dépistage ainsi que l'importance du lien de confiance dans la prise en charge de ce type de patients. Elles ont donc permis de répondre en partie à la question de recherche de cette revue de la littérature qui est la suivante : *« Quelles interventions infirmières doivent être prises, en soins aigus, afin de dépister le risque de syndrome de sevrage alcoolique chez un patient présentant des troubles liés à un arrêt de consommation d'alcool, tout en valorisant l'alliance thérapeutique ? »* Après avoir synthétisé les résultats des six études sélectionnées, ceux-ci vont être corroborés

avec l'utilisation de sources secondaires telles que des revues systématiques, méta-analyses et/ou méta-synthèses ainsi que des revues de la littérature n'ayant pas été analysées dans la première partie de ce travail. De plus, elles seront mises en regard de certains éléments des différents concepts du cadre théorique et serviront également d'apports concernant les pistes de réflexion pour la suite.

Williamson (2019) s'est intéressé dans son étude à l'efficacité de la formation sur les troubles liés à la consommation d'alcool ainsi qu'à la fatigue de compassion chez les infirmières des services d'urgences. Son étude a utilisé une conception quasi-expérimentale de pré-test et post-test intra-sujets, dans laquelle les participants constituaient leur propre groupe témoin. Celle-ci a permis de mieux comprendre les attitudes des infirmières à l'égard des patients atteints de troubles liés à la consommation d'alcool. Les infirmières ont effectué des modules éducatifs en ligne et le programme élaboré pour ce projet a démontré les effets positifs et les bénéfices dans la formation des infirmières des services d'urgences. Ces résultats ne sont pas exactement apparus de la même manière dans chacune des six études analysées mais peuvent être mis en relation avec les résultats des études de Glann et al., (2019), Benson et al., (2019), Soldi et al., (2021) et Bové et al., (2019) et (2020) qui soutiennent le fait qu'il y a un besoin de formations spécifiques liées aux troubles alcooliques. Le fondement théorique de cette étude a été fourni par la théorie de Watson sur l'entraide humaine et dont les principaux domaines comprennent les facteurs caratifs étant au cœur de la pratique infirmière. Ces facteurs caratifs mettent l'accent sur la nature bienveillante des soins infirmiers et contrastent avec l'orientation curative de la médecine, qui vise à guérir les maladies. Il s'agit d'un concept important pour les infirmières travaillant avec des patients atteints de troubles liés à l'alcool. La relation infirmière-patient renforce la dignité humaine et élève l'échange à un niveau supérieur. Cette thématique peut être liée au cadre théorique et plus précisément au concept de l'alliance thérapeutique présenté comme résultat dans les deux études de Bové et al., (2019) et (2020). Ces concepts soulignent le fait que pour fournir des soins significatifs, les infirmières devraient être plus attentives au projet du patient concernant sa santé et son bien-être tout en reconnaissant que la perspective influence la compréhension des soins par le patient. Le fait d'unir les procédures standardisées et l'approche humanisante des soins sont indispensables dans la profession infirmière.

L'étude rétrospective de Mahabir et al., (2020) s'est intéressée au sein d'un hôpital universitaire à la dérivation et à la validation d'un modèle multivariable, un outil de triage du sevrage alcoolique (AWTT ou AWAT) dans le but de prédire le sevrage alcoolique sévère. Leur critère de jugement principal était le SSA sévère, qu'ils ont défini comme un composite

du delirium tremens, de convulsions ou d'utilisation élevée de benzodiazépines. 2'308 patients ont participé à l'étude, parmi lesquels 408 (20%) ont développé un syndrome de sevrage alcoolique sévère. Les chercheurs ont pu identifier huit prédicteurs objectifs et indépendants du syndrome de sevrage alcoolique après une analyse multivariée : la race caucasienne, la dépression, les antécédents médicaux, la présentation pour un diagnostic autre qu'un trouble lié à la consommation d'alcool, la fréquence cardiaque élevée ainsi que trois biomarqueurs (bilirubine sanguine élevée, aspartate aminotransférase (ASAT) élevée et hypokaliémie). Ces huit prédicteurs sont différents des résultats de l'étude de Benson et al., (2019) mais permettent d'avoir une vision plus large à propos des différents types de prédicteurs du syndrome de sevrage alcoolique. Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé un outil de prédiction du SSA différent de tous les autres outils, ce qui renforce le fait qu'il faudrait établir des recherches sur un outil pertinent pouvant être insaturé et uniformisé dans les services aigus au niveau international.

La revue systématique et méta-analyse de Goodson et al., (2014) soutient le fait que la prédiction du syndrome de sevrage alcoolique est très variable et que peu de paramètres démographiques, cliniques ou biochimiques sont systématiquement prédictifs d'un épisode de SSA. Cette analyse a identifié qu'une occurrence incidente de DT ou de crises de sevrage alcoolique était prédite de manière significative par l'historique d'un événement similaire. Ces éléments peuvent être liés de manière générale aux six études analysées car cela démontre qu'il faut prendre conscience que chaque hospitalisation ou admission doit se faire au cas par cas. Tous les patients n'ont pas la même vie ni les mêmes symptômes même s'ils se présentent à l'hôpital pour une problématique similaire. Il est donc primordial dans la pratique infirmière d'effectuer une prise en charge multidimensionnelle à savoir : l'aspect biologique, psychologique, social et spirituel dans l'évaluation clinique. Il est tout de même possible de chercher des éléments pouvant confirmer ou écarter certaines pistes comme : des problèmes somatiques ou psychologiques (hypertension artérielle, troubles digestifs, troubles de la mémoire et de la concentration, anxiété, dépression, troubles du sommeil, chutes...) ou des événements sociaux (problèmes et absentéisme professionnel) (Favrod-Coune, 2021), sans oublier tous les signes et symptômes spécifiques pouvant survenir en début de sevrage alcoolique. Dans l'ensemble, cette analyse rétrospective est insuffisante pour dériver un modèle de prédiction de risque robuste. Elle fournit cependant une justification solide pour de futures approches prospectives bien conçues dans le but de dériver et valider des modèles de prédiction de risque de gravité et de résultats pour le syndrome de sevrage alcoolique afin d'identifier de nouveaux biomarqueurs prédictifs et de mesurer la réponse au traitement.

L'étude de Davis et al., (2018) a effectué un test de validité et de fiabilité d'un outil d'évaluation du sevrage alcoolique en soins aigus et a mis en avant l'importance de l'identification ainsi que du traitement approprié du sevrage alcoolique en ce qui concerne le cheminement clinique du séjour à l'hôpital d'un patient, quelle que soit la raison initiale de la visite. La validité de contenu a été établie en interrogeant cinq experts, choisis pour leurs connaissances et leur expertise dans le domaine du sevrage alcoolique. Ces derniers ont évalué la pertinence du contenu de chaque élément de l'échelle AWAT (ou AWTT), également analysée dans l'étude de Mahabir et al., (2020). Comme de nombreux autres outils, les catégories d'outils AWAT ont été développées à partir du CIWA-Ar et ont été conçues de la même manière que d'autres outils d'évaluation tels que la Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS), la Alcohol Withdrawal and Alcohol Withdrawal Symptom Checklist (AWSC) et l'échelle modifiée de Glasgow (GMAWS). Bien que largement utilisé, le CIWA-Ar est décrit comme complexe car il repose sur une combinaison de scores d'observation et d'interprétation de l'évaluateur. Il a également été décrit comme incompatible avec le flux de travail des soins infirmiers en raison de la charge de temps et de la complexité. Ces informations peuvent directement être liées aux résultats de l'étude de De Lemos et al., (2017) jugeant également que l'échelle CIWA-Ar est moins pratique et plus complexe d'utilisation. Cette étude démontre que les tests psychométriques initiaux de l'AWAT ont une fiabilité et une validité satisfaisantes pour une utilisation de la part d'infirmières. Les conclusions suggèrent que cet outil peut être une alternative efficace aux outils précédemment publiés. Les professionnels de la santé peuvent l'utiliser dans l'évaluation des signes et symptômes associés au sevrage alcoolique dans des services de soins aigus. Il est important de savoir que cet outil n'est pas utilisé pour diagnostiquer, mais plutôt pour informer et surveiller cliniquement les patients à risque de sevrage alcoolique, qui, s'il n'est pas traité, pourrait potentiellement être mortel.

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Pour commencer, les six études analysées sont parues dans les cinq dernières années, la plus ancienne date en effet de 2017. Elles s'articulent selon les mêmes sections soit une introduction, une partie méthodologie, une analyse, des résultats, une discussion ainsi qu'une conclusion. Cette revue de la littérature se fonde sur un faible niveau de preuve. Les six articles retenus expriment un niveau de preuve allant du niveau IV au niveau II, ce qui donne une moyenne correspondant à un grade de faible niveau de preuve scientifique, composé d'études critiquables d'un point de vue méthodologique et dont les résultats des essais ne sont pas toujours cohérents entre eux.

Ensuite, dans les six études, les échantillons ont été sélectionnés avec une méthode d'échantillonnage probabiliste et non probabiliste, ce qui tend à conserver la représentativité des différents résultats obtenus. Cependant, cinq études (Glann et al., (2019), Benson et al., (2019), Soldi et al., (2021), De Lemos et al., (2017) ainsi que Bové et al., (2020)) ont émis des critères d'inclusion et d'exclusion, ce qui permettrait d'éviter les risques de biais d'attribution. L'étude de Bové et al. (2019) a émis des critères d'inclusion seulement.

Étant donné que certaines études ne se sont pas déroulées en Suisse et que le système de santé est différent d'un pays à l'autre, la transférabilité des résultats semble au premier abord, compliquée. Mais comme la prise en charge des patients souffrant de troubles liés à l'alcool et la prise en charge aigüe sont similaires dans différents pays, la transférabilité et la généralisation des résultats paraît possible.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature comporte plusieurs limites. Dans un premier temps, la recherche d'articles s'est effectuée sur trois bases de données dans lesquelles six études ont été retenues, ce qui restreint le volume d'informations. Pour répondre de manière pertinente à la question de recherche, il aurait été nécessaire de sélectionner davantage d'articles tout en consultant d'autres bases de données. Les articles sélectionnés ont été rédigés en anglais ce qui implique que des études pertinentes rédigées dans d'autres langues ont pu être écartées.

Ensuite, certaines études se sont basées sur une population cible ou ont été réalisées dans des pays dans lesquels le système de santé diffère du système de santé suisse, ce qui rend les résultats difficilement généralisables ou avec précaution.

Enfin, les obstacles à la prise en charge des patients ayant des troubles liés à l'alcool sont propres à chaque infirmière tout comme les obstacles lors d'une hospitalisation sont propres à chaque patient. De ce fait, les résultats sont vraisemblablement subjectifs car la plupart des articles traitaient soit des verbatims des patients soit de la perception des infirmières concernant différentes techniques ou outils de dépistage. Malgré cela, les études s'accordent et présentent des résultats similaires.

Concernant les forces de cette revue de la littérature, il faut savoir que chacune des études analysées sont des études disciplinaires. Plusieurs données pertinentes en sont ressorties, malgré le fait que la réponse à la question de départ n'est que partielle. Une volonté d'évoluer et de trouver de nouveaux protocoles ressort dans toutes les études, mais la situation semble stagner.

6 Conclusions

La dernière partie de ce travail a pour but de formuler des propositions pour la pratique infirmière dans le but d'améliorer et d'optimiser la prise en charge des patients souffrant de troubles liés à l'alcool. Cette partie énonce également des pistes de réflexion pour la formation en soins infirmiers ainsi que pour la recherche.

6.1 Propositions pour la pratique

Les pratiques de dépistage cohérentes et systématiques sont essentielles dans les services hospitaliers de soins aigus dans le but de ralentir la survenue de complications tout en guidant le traitement pour les patients présentant des symptômes précurseurs. Une collaboration avec l'administration hospitalière serait nécessaire afin de créer ou de mettre en place de nouveaux protocoles qui contribueraient à intégrer différents outils de dépistage dans le système informatique dans l'optique d'une nouvelle politique.

Il serait également pertinent d'implémenter une formation spécifique, dans les services hospitaliers aigus, permettant à l'équipe infirmière de mieux appréhender ce type de prise en charge et dans le but d'engendrer une meilleure pratique clinique. Le personnel infirmier devrait pouvoir s'écarter des procédures établies qui limitent les soins à ces patients et devraient mettre l'accent sur la prise en compte des perspectives de ceux-ci afin de déterminer comment fournir des soins significatifs. Acquérir plus de connaissances sur la manière d'unir à la fois les procédures standardisées ainsi qu'une approche humanisante des soins est indispensable dans la compréhension de leur vulnérabilité, c'est également la raison pour laquelle des recherches supplémentaires dans ce domaine sont indispensables.

Toutefois, il ne faut pas oublier que le personnel infirmier prodigue des soins mais se trouve également au centre entre le patient et l'hospitalisation. Il faut prendre en compte que prendre soin de soi est également un concept important. Être en connexion avec ses ressentis et ses sentiments dans le but de mieux savoir gérer ses comportements, tout en sachant se retirer lorsque la prise en charge devient trop complexe, joue un rôle primordial sur les interventions envers des patients souffrant de troubles liés à l'alcool. Ce concept est une expérience personnelle qui varie selon chaque individu mais qui sera présente tout au long de la vie. Un approfondissement des informations concernant ce type de prise en charge renforcera la qualité des soins ainsi que la collaboration des patients, grâce à leur volonté d'auto-guérison ainsi qu'avec le maintien d'une alliance thérapeutique solide.

Afin de mettre en lien ces différents éléments, il faut savoir qu'après avoir effectué un bachelor en soins infirmiers, il est possible de faire un master dans ce domaine afin de se spécialiser, d'élargir son rôle ou d'effectuer de la recherche en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Après cette formation académique de deux ans, les infirmiers ont acquis un savoir d'expert, des aptitudes nécessaires pour la prise de décisions dans des situations complexes ainsi que des compétences cliniques indispensables pour une pratique infirmière avancée. Cette formation renforce le rôle autonome des infirmiers et permet de mettre en place et développer des soins de qualité (Roulin, 2017).

6.2 Propositions pour la formation

Actuellement, dans le cadre de la formation bachelor en soins infirmiers, la thématique de l'alcool est abordée dans les modules de santé mentale 1 et 2 ainsi que dans le module de polyopathie mais elle est présentée au sens large et aborde seulement les complications les plus fréquentes. Une action proposée serait de mieux sensibiliser les étudiants à la complexité de ce genre de prise en charge dans le milieu hospitalier en incluant d'avantage le côté infirmier et celui de la pratique clinique afin d'avoir les bases sur cette thématique. Aborder celle-ci dans le module de soins périopératoires serait judicieux afin de rendre attentif au fait qu'il ne faut pas juste se concentrer sur le trauma ou l'opération mais également sur tous les aspects qui entourent les patients et en particulier le risque de SSA qui peut autant bien survenir avant qu'après l'opération.

Ensuite, une autre solution serait de pouvoir suivre un cours/témoignage axé sur la pratique d'un professionnel de la santé travaillant dans un service aigu car étant confronté à des situations cliniques de syndrome de sevrage alcoolique. Il pourrait communiquer des informations quant à l'utilisation des différents outils d'évaluation pour celui-ci afin de limiter les éventuelles erreurs d'utilisation mais également sur les signes et symptômes à repérer ainsi que sur les principaux traitements à mettre en place.

De plus, il ne faut pas oublier que certains outils ou certaines échelles ne sont pas ou rarement utilisables chez des patients présentant une démence par exemple ou encore somnolents / intubés dans des services très aigus ou tout simplement chez des patients ne pouvant pas répondre aux questions au vu des différentes pathologies rencontrées dans des service de santé aigus. L'échelle RASS fait ses preuves dans la mesure du niveau d'agitation et de la profondeur de la sédation chez les patients non-communicants (patients adultes sous ventilation mécanique), son utilisation est spécifique en soins-intensifs mais pourrait également être utilisée avec des personnes démentes ou muettes.

Pour conclure, il existe également des formations postgrades qui touchent les domaines de l'addiction tels que le CAS mais également le DAS, centrés sur les addictions et qui ont pour but de former le personnel de la santé sur différentes thématiques abordées dans ce travail. Il est également possible de suivre des formations continues. Il est important de garder en tête que le dépistage précoce du SSA ainsi que la création d'une alliance thérapeutique sont indispensables durant l'hospitalisation mais qu'il est primordial d'orienter le patient vers des centres thérapeutiques spécialisés ou vers un suivi ambulatoire, car sans stratégie ni thérapie, peu de patients resteront abstinents sur le long terme.

6.3 Propositions pour la recherche

Premièrement, aucun des six articles analysés ne mentionne des recommandations pour la recherche et aucune solution pertinente n'est clairement relevée, ce qui soulève l'importance d'effectuer une revue de la littérature sur la même thématique mais avec un volume d'études supérieur. Le fait de trouver plus d'études dans les pays voisins pourrait faciliter la généralisation des résultats au système de santé suisse.

De plus, lors de l'analyse, les résultats démontrent qu'une partie des soignants ont déjà des connaissances dans la gestion du syndrome de sevrage. Il serait judicieux de mener des études similaires dans des milieux plus ruraux contrairement aux grandes villes ou hôpitaux universitaires afin de vérifier si les résultats sont identiques ou non.

Dans cette perspective, il serait également intéressant de mener des études dans le but d'évaluer des résultats post-implantatoires des nouveaux protocoles ou interventions après une durée de plusieurs mois ou années. Ceci permettrait de voir si la pratique clinique infirmière ainsi que les protocoles ont évolué et de la même manière, d'avoir un aperçu sur la prévalence du syndrome de sevrage alcoolique en observant si celle-ci a été affectée.

Lors des recherches dans les bases de données, aucun article traitant du rôle des proches dans la prise en soins de patients souffrant de troubles liés à l'alcool n'a été découvert. L'étude de Soldi et al., (2021) a tout de même inclus un membre de la famille dans l'étude concernant l'expérience vécue avec un programme de prévention de l'alcool mais aucune information pertinente n'a été apportée. Cela indique tout de même que les proches de ces patients sont considérés, mais il serait intéressant de mener des études les impliquant davantage, afin de voir si leur soutien permettrait de diminuer le risque de SSA lors de l'hospitalisation. Dans la continuité de cette proposition, il serait pertinent d'effectuer des recherches de type qualitatives axées sur les patients et sur leurs expériences de soins car la majorité des études sont basées sur les soins infirmiers ainsi que les moyens

d'amélioration concernant cette thématique. Il serait judicieux d'avoir un raisonnement inverse qui consiste à partir du point de vue du patient dans le but d'identifier clairement ce qui lui manque ou ce qui devrait être amélioré au sein des services hospitaliers aigus.

Effectuer des études dans le but de déterminer un outil de dépistage efficace et universel serait également bénéfique. De Lemos et al., (2017) ont été les premiers à réaliser une étude comparant le mRASS-AW avec le CIWA-Ar. Bien que des protocoles spécifiques et expérimentés aient fait leurs preuves dans l'évaluation du SSA, il n'est pas exclu que de nouvelles méthodes ou protocoles soient élaborés et fassent, dans l'avenir, l'objet de recherches similaires.

Pour conclure, cette revue de la littérature a apporté de nombreux éléments concernant la compréhension de la prise en charge de patients dépendants à l'alcool et a également amené différentes suggestions afin d'améliorer la pratique clinique infirmière mais également la formation.

7 Références bibliographiques

- Académie de Médecine. (2022). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*.
<https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=compulsion>
- Addiction Suisse. (2020a). *Fréquence de consommation d'alcool en Suisse—Faits et Chiffres—Addictionsuisse.ch*. <https://faits-chiffres.addictionsuisse.ch/fr/alcool/consommation/frequence.html>
- Addiction Suisse. (2020b). *Risques et conséquences de la consommation d'alcool : Faits et chiffres*. <https://faits-chiffres.addictionsuisse.ch/fr/alcool/effets-risques/risques-sequences.html>
- Alcool Info Service. (2019). *Evaluer sa consommation d'alcool : Dépendance à l'alcool - alcoolinfoservice*. Alcool Info Service. <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/evaluer-consommation-alcool/dependance-alcoolique>
- Baillargeon, P., Pinsof, W. M., & Leduc, A. (2005). L'alliance thérapeutique : La création et la progression du lien. *European Review of Applied Psychology*, 55(4), 225-234.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.11.004>
- Benson, G., McCallum, J., & Roberts, N. J. (2019). Risk Factors for Severe Alcohol Withdrawal Syndrome in an Acute Hospital Population. *Journal of Addictions Nursing*, 30(3), 159-168. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000287>
- Bordin, E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. <https://doi.org/10.1037/H0085885>
- Bové, H. M., Lisby, M., & Norlyk, A. (2019). Scheduled care-As a way of caring : A phenomenological study of being cared for when suffering from alcohol use disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1174-1182.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14715>
- Bové, H. M., Lisby, M., & Norlyk, A. (2020). Do the carers care? A phenomenological study of providing care for patients suffering from alcohol use disorders. *Nursing Inquiry*, 27(1), e12322. <https://doi.org/10.1111/nin.12322>

- Broers, B., Gisler, S., Ibach, B., Mäder, R., Messerli, K., Meyer, C., Muller, B., Neuner, & Rihs, R. (2013). *Dépistage précoce*. <https://www.addictions-et-vieillessement.ch/professionnels/alcool-et-medicaments/depistage-precoce.html>
- Cungi, C., & Nicole, S. (2014). *Faire face aux dépendances* (Retz). Retz.
- Data Science. (2020, mai 20). P Valeurs. *DATA SCIENCE*.
<https://datascience.eu/fr/mathematiques-et-statistiques/p-valeurs/>
- 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>
- De Lemos, J., Liu, R., Cho, J., & Marshall, C. (2017). Nurses' Perceptions of Two Tools for Assessing Patients with Alcohol Withdrawal : The Modified Richmond Agitation-Sedation Scale-Alcohol Withdrawal and the Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale. *Canadian Nurse*, 113(6), 14-18.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=126291126&site=ehost-live>
- Dos Santos Bragança, A. (2017). *Elévation des test hépatiques*.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_tests_hepatiques.pdf
- Embase. (2022). *Embase—Une base de données de recherche biomédicale*.
<https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>
- Favrod-Coune, T. (2021). *L'alcool en médecine de premiers recours*.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/strategie-alcool-smpr_2021.pdf
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3e éd.). Chenelière Education.
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

- Glann, J. K., Carman, M., Thompson, J., Olson, D., Nuttall, C., Fleming, H., & Reese, C. (2019). Alcohol Withdrawal Syndrome : Improving Recognition and Treatment in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 41(1), 65-75.
<https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000226>
- Goodson, C. M., Clark, B. J., & Douglas, I. S. (2014). Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome : A systematic review and meta-analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(10), 2664-2677.
<https://doi.org/10.1111/acer.12529>
- Gordon, E. (2017). «L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes». «L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes» - Planete sante.
<https://www.planetesante.ch/Magazine/Addictions/Drogues/L-addiction-et-la-dependance-sont-deux-choses-differentes>
- Groupe romand d'études des addictions. (2021a). *Alcool*.
<https://www.grea.ch/dossiers/alcool>
- Groupe romand d'études des addictions. (2021b). *Le test « CAGE »*—*Www.Stop-alcool.ch*. <https://www.stop-alcool.ch/fr/evaluez-votre-consommation-en-savoir-plus/le-test-cage>
- Groupe romand d'études des addictions. (2021c). *Les dangers d'un sevrage brutal*.
<https://www.stop-alcool.ch/fr/types-de-consommation/les-dangers-d-un-sevrage-brutal>
- Groupe romand d'études des addictions. (2021d). *Les symptômes de sevrage*.
<https://www.stop-alcool.ch/fr/l-alcool-en-general-2/boire-pour-faire-face/les-symptomes-de-sevrage>
- Hancock, C. (2021, décembre 20). *L'alcool détruit-il les neurones ?* - *Science & Vie*.
<https://www.science-et-vie.com/questions-reponses/l-alcool-detruit-il-les-neurones-6059>
- Haute Autorité de santé. (2013). Grade des recommandations [Illustration]. In *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux* (p. 8).

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

Icick, R., & Bellivier, F. (2014). Chapitre 10. Alcool. In A. Benyamina (Éd.), *Addictions et comorbidités* (p. 169-191). Dunod; Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/dunod.cpnfl.2014.01.0169>

Intervenir Addictions. (2022). Les niveaux d'usage de substances psychoactives.

intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/les-niveaux-dusage-substances-psychoactives/>

Kolabtree. (2020). Utilisation du test exact de Fisher pour les tableaux de contingence de petits échantillons. *Le blog de Kolabtree.* <https://www.kolabtree.com/blog/fr/fishers-exact-test-statistical-relationships/>

Lavigne, E. (2019). *Consommation excessive et dépendance à l'alcool.* Consommation excessive et dépendance à l'alcool - Planète santé.

<https://www.planetesante.ch/Maladies/Consommation-excessive-et-dependance-a-l-alcool>

Lefranc, D., Menecier, P., Moscato, A., Plattier, S., & Rotheval, L. (2019).

Psychoalcoolologie à l'hôpital (Editions In Press).

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, 107943.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107943>

Modalisa. (2019). *Test V de Cramer.* Modalisa.

<https://www.modalisa.com/logiciel/modalisa/support/lexique/test-v-cramer/>

Monié, B. (2018). 34. Alliance thérapeutique. *Aide-Memoire*, 3, 301-309.

Naassila, M. (2018). Bases neurobiologiques de l'addiction à l'alcool. *La Presse Médicale*, 47(6), 554-564. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.12.001>

Office fédéral de la santé publique. (2019). *Consommation d'alcool à risque*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol/problemkonsum.html>

Office fédéral de la statistique. (2018). *Consommation habituelle d'alcool*.

<http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/fr/02a3.xml>

Organisation mondiale de la santé. (2018a). *Consommation d'alcool*. Consommation

d'alcool. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organisation mondiale de la santé. (2018b). *L'abus d'alcool tue chaque année plus de 3*

millions de personnes. <https://www.who.int/fr/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>

Organisation mondiale de la santé. (2019). *CIM-10/ICD-10 : Classification internationale*

des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Organisation

mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43316>

Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1994). *The transtheoretical approach : Crossing*

traditionnal boundaries of therapy.

Roulin, M.-J. (2017). *Pratique infirmière avancée ou pratique infirmière spécialisée :*

Quelles compétences pour quelles activités ? 29.

Saïet, M. (2016). Pour une définition clinique de la notion d'addiction : Apports et limites

d'une conception générique du symptôme addictif. *Mouvements*, 86(2), 52-60.

Schéma des stades de changement. (2022). Modèle transthéorique de changement. In

Wikipédia.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le_transth%C3%A9orique_d_e_changement&oldid=190692526

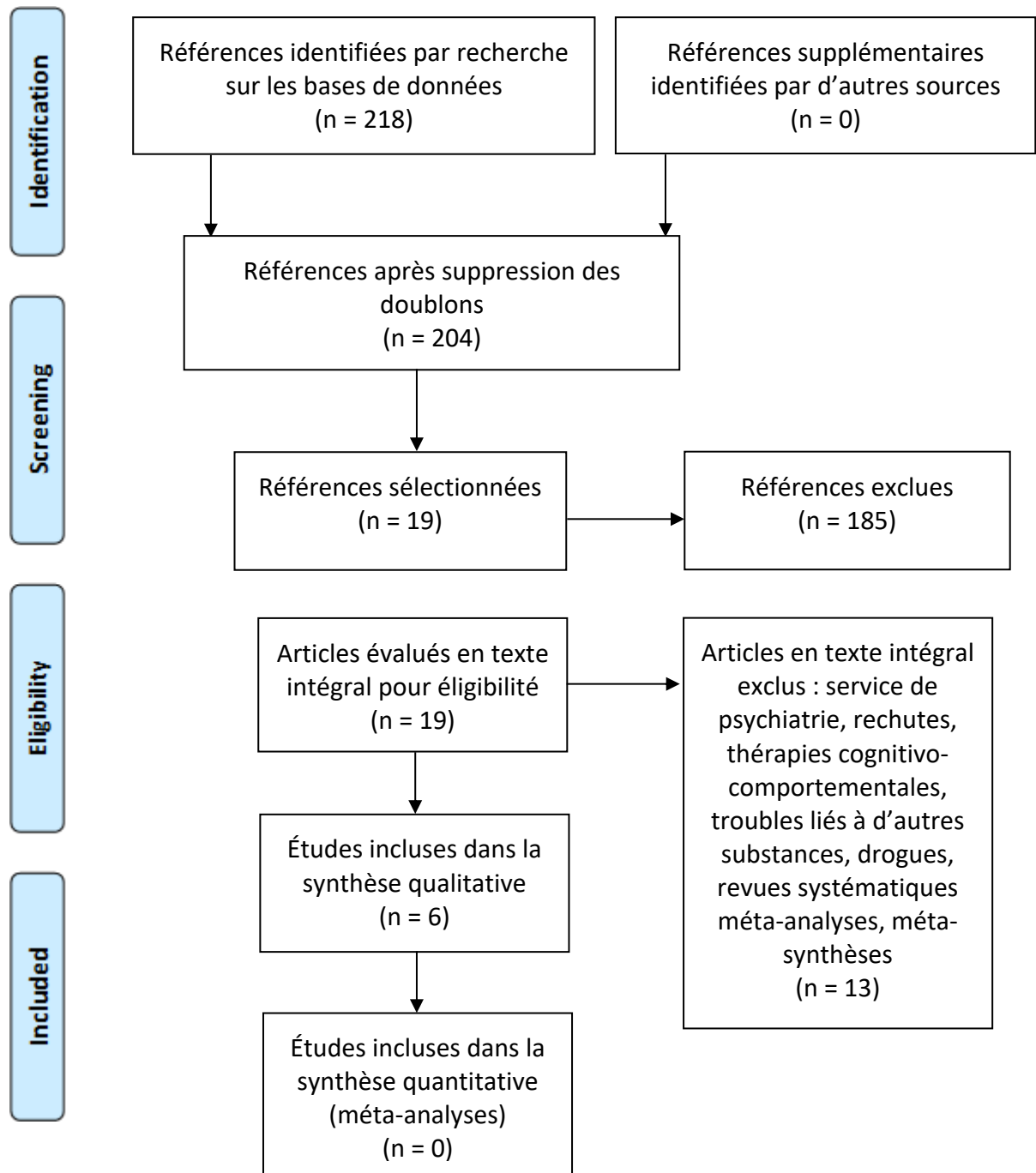
ScienceDirect. (2022). *Test de Kruskal Wallis—Un aperçu | Sujets de ScienceDirect*.

<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/kruskal-wallis-test>

- Société française d'alcoologie. (2015). Mésusage de l'alcool : Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*, 37(1), 5-84.
- Soldi, M., Mauthner, O., Frei, I. A., & Hasemann, W. (2021). Experience of adult patients and professionals with a program for the prevention of alcohol withdrawal delirium in the acute care setting-A case study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 726-733. <https://doi.org/10.1111/ppc.12604>
- Sossauer, L., Schnider, A., & Leemann, B. (2018). *Conséquences et complications neurologiques de la consommation d'alcool*. Revue Medicale Suisse. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-625/consequences-et-complications-neurologiques-de-la-consommation-d-alcool>
- Statistica. (2016). *Test de Levene*. <https://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/glossaire/t/test-levene.html>
- Valot, L., & Lalau, J.-D. (2020). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8), 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.005>
- Vieillesse & addictions. (2017). *Dépistage—Addictions-et-vieillesse.ch*. <https://www.addictions-et-vieillesse.ch/medecins/alcool/depistage.html>
- Williamson, D. (2019). Effectiveness of Providing Education About Alcohol Use Disorders and Compassion Fatigue for Emergency Department Nurses. *Journal of Addictions Nursing*, 30(1), 32-39. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000263>

8 Annexes

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Gedda, 2015, p.43)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Glann, Judith K., Margaret Carman, Julie Thompson, David Olson, Cynthia Nuttall, Holly Fleming, et Cheryl Reese. 2019. « Alcohol Withdrawal Syndrome: Improving Recognition and Treatment in the Emergency Department. » *Advanced Emergency Nursing Journal* 41(1):65-75.
doi: [10.1097/TME.0000000000000226](https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000226).

Design Quantitatif descriptif	Échantillon N = 77 participants n = 35 membres du personnel des urgences n = 42 patients dans le groupe de contrôle	But(s),objectif(s) Ce projet d'amélioration de qualité a examiné si l'identification du besoin et des avantages d'un dépistage précoce à l'aide de l'outil AUDIT-C et d'un traitement guidé précoce à l'aide de la CIWA-Ar à l'urgence, plutôt qu'après l'admission, éviteraient les complications du SSA, ce qui peut à long terme réduire la morbidité et la mortalité. Un deuxième objectif était d'atténuer l'escalade des soins des patients à admettre à l'hôpital et, à son tour, de réduire la durée du séjour.	Cadre de référence Syndrome de sevrage alcoolique, AUDIT-C, CIWA-Ar, admission aux urgences, anciens combattants, soins infirmiers	Méthode(s) de collecte des données Après avoir expliqué les objectifs de ce projet d'amélioration de qualité, le personnel a répondu à l'enquête de pré-test pour établir les connaissances de base sur l'AUDIT-C, CIWA-Ar et SSA. Un intervalle de 6 semaines a eu lieu entre l'achèvement des modules de la plateforme d'apprentissage informatisé de l'hôpital et la rédaction de l'enquête post-test. Pour évaluer l'intervention, les données métriques ont été collectées pendant les 8 semaines de mise en œuvre ainsi que la phase de post-mise en œuvre de 4 mois.	Méthodes d'analyse Pour comparer les réponses du personnel soignant avant et après la mise en œuvre de l'enquête sur les connaissances, l'importance et la satisfaction, une série de test t pour échantillons indépendants a été réalisée. Des statistiques descriptives (moyenne, écart-type ou n, %) ont été calculées pour chaque élément des enquêtes. Test de Fisher pour comparer l'utilisation de CIWA-Ar avant et après l'intervention. Test de Kruskal-Wallis pour la durée du séjour afin de comparer les groupes avant et après l'intervention en fonction de l'utilisation de CIWA-Ar. Alpha de Cronbach fixé à 0.05 Logiciel SPSS v.24	Résultats Un test t pour échantillons indépendants a révélé une augmentation significative de la satisfaction globale du personnel des urgences de la pré- (moyenne = 3.44, SD = 0.41) à la post-mise en œuvre (moyenne = 3.66, SD = 0.41), $t(66.92) = -2.21$, $p = 0.03$ avec des degrés de liberté ajustés pour la non-égalité des variances. Ce test a également révélé l'importance de dépister tous les patients admis aux urgences pour l'AWS de la pré- (moyenne = 3.45, SD = 0.41) à la post-implémentation (moyenne = 3.66, SD = 0.41), $t(67) = -2.22$, $p = 0.03$. Sur les 528 patients admis au cours de la mise en œuvre de 8 semaines, 194 ont été dépistés (36.7%). Parmi ces patients dépistés, 31 (21.5%) ont été testés positifs sur l'outil AUDIT-C. Conclusions Avec la prévalence persistante de l'alcoolisme, le SSA s'est avéré être une situation potentiellement mortelle si elle n'est pas identifiée et traitée rapidement. L'objectif de ce projet était d'illustrer l'importance de l'identification et le traitement précoce en service d'urgence et de la même manière, augmenter l'utilisation de ces outils de dépistages. Limites de l'étude La taille de l'échantillon du personnel des services d'urgences a été plus petite que souhaitée par rapport à l'analyse de puissance initiale de 52 mais tout de même suffisante (N=35). L'échantillon des patients était également petit (N=42). Les obstacles à la mise en œuvre comprenaient également la fatigue de l'enquête, l'incapacité à intégrer l'outil AUDIT-C dans le dossier médical informatisé, l'incohérence dans sa réalisation, la fiabilité inter-évaluateurs ainsi que la peur du patient d'être stigmatisé.
Niveau de preuve 2	Échantillonnage Probabiliste	Question(s) de recherche L'amélioration des connaissances sur l'utilisation d'AUDIT-C et de CIWA-Ar favorise-t-elle l'utilisation précoce d'AUDIT-C et de CIWA-Ar au service des urgences, ainsi que l'amélioration des soins infirmiers aux services d'urgence et de la satisfaction des prestataires ?		Éthique Aucune approbation d'un comité d'éthique n'est relevée. Cependant, toutes les données ont été anonymisées avant l'analyse.		
Paradigme* Positiviste	Critère(s) d'inclusion Patients admis à l'hôpital depuis l'urgence, hommes et femmes majeurs, ayant accédé à l'urgence pour des soins et ayant été dépistés avec l'outil AUDIT-C. Critère(s) d'exclusion Patients mineurs et ceux admis au service de santé comportementale.	Hypothèse(s) Est-ce que l'utilisation de l'outil de dépistage AUDIT-C ainsi qu'un traitement guidé à l'aide du CIWA-Ar à l'urgence plutôt qu'après l'admission éviterait les complications du SSA ?				

Benson, George, Jacqueline McCallum, et Nicola J. Roberts. 2019. « Risk Factors for Severe Alcohol Withdrawal Syndrome in an Acute Hospital Population ». *Journal of Addictions Nursing* 30(3):159-68. doi: [10.1097/JAN.0000000000000287](https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000287).

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif expérimental de cas-témoins Mixte	N = 764 n Cas = 308 hommes / 74 femmes n Contrôle = 308 hommes / 74 femmes Échantillonnage Probabiliste	L'étude visait à identifier les facteurs de risque qui étaient statistiquement significatifs et associés au développement du SSA dans une population hospitalière aiguë.	Soins infirmiers, alcool, convulsions liées à l'alcool, syndrome de sevrage alcoolique, delirium tremens, hôpital général	Les 55 facteurs de risque d'intérêt impliqués dans le développement du SSA et étudiés dans l'étude ont été identifiés grâce à l'exploration de la littérature sur le SSA. L'extraction des données a été effectuée manuellement à l'aide d'un outil d'extraction des données. Cet outil reflétait les variables d'intérêt et sa facilité d'utilisation piloté par un seul évaluateur sur un petit échantillon de dossiers. L'évaluation sur papier par l'AALNS incluait les variables d'antécédents d'alcool : temps écoulé depuis le dernier verre, consommation hebdomadaire d'alcool, SSA, DT précédents, désintoxications et nombre de désintoxications. Le dossier électronique du patient comprenait les données démographiques, FAST, benzodiazépines nécessaires, comorbidités, résultats sanguins, convulsions lors de l'admission et la durée de l'hospitalisation.	Des données complètes ont été recueillies pour toutes les variables à l'exception de la gamma-glutamyl transférase. Le test du khi-deux a été utilisé pour identifier la signification statistique des variables catégorielles et du SSA tandis que le rapport des cotes mesurait si le SSA en tant que résultat était attendu ou non. Le test V de Cramer a pris en charge le khi-deux et a calculé la force de signification statistique pour les variables catégorielles. De plus, comme les variables continues ne suivaient pas une distribution normale, le test de Levene a été utilisé avec une signification statistique fixée à P = 0.05 ou 5%. L'analyse et le rapport des cotes brut ont soutenu la suppression des variables qui n'ont montré aucune signification statistique dans le développement du SSA dans la population NHSGCC.	90% des participants étaient des écossais blancs, 24 % étaient mariés et 8% avaient un emploi et alors que l'origine ethnique et l'état matrimonial n'augmenteraient pas le risque de SSA, l'emploi le faisait (p<0.036). L'âge n'est également pas statistiquement significatif dans le développement du SSA (p=0.188). La privation ou 1 = <i>les plus démunis</i> et 5 = <i>les moins démunis</i> était associé au développement du SSA. 24 variables ont été identifiées comme étant associées au développement du SSA. Cinq des 24 variables présentaient une association modérée à forte avec le risque de SSA : le test de dépistage rapide de l'alcool, le score de l'échelle de sevrage alcoolique, les symptômes de sevrage à l'admission, les heures écoulées depuis la dernière consommation d'alcool et la pression artérielle systolique.
Niveau de preuve 3	Critère(s) d'inclusion Patients âgés de 16 ans et plus admis dans les hôpitaux aigus pour adultes du conseil d'administration du NHS du centre-ouest de l'Ecosse. Critère(s) d'exclusion Les patients ayant développé un SSA léger à modéré.	Question(s) de recherche Non mentionnée.		Éthique L'approbation éthique de l'étude cas-témoin a été accordée par le North East Ethics Committee (16/NE/0243).	Logiciel SPSS v.22	Conclusions Ces résultats confirment que les variables non invasives recueillies au service des urgences sont utiles pour identifier le risque de développer un SSA. Les résultats de cette étude sont un point de départ utile dans l'exploration du SSA et le développement d'un outil à utiliser en service d'urgence dans le but de stratifier le risque élevé ou faible et constitue la prochaine étape de ce programme de travail. Limites de l'étude Cette étude s'est concentrée sur un seul système de santé à Glasgow où les quantités de consommation d'alcool et les problèmes de santé disproportionnés rencontrés par la population peuvent réduire la généralité des résultats de l'étude à d'autres population. L'étude était limitée par l'utilisation d'un seul chercheur, responsable de la collecte, du codage et de l'analyse des données, ce qui rendait difficile la réduction de biais de sélection.
Paradigme Post-positiviste						

Soldi, Manuela, Oliver Mauthner, Irena Anna Frei, et Wolfgang Hasemann. 2021. « Experience of Adult Patients and Professionals with a Program for the Prevention of Alcohol Withdrawal Delirium in the Acute Care Setting-A Case Study ». *Perspectives in Psychiatric Care* 57(2):726-33. doi: [10.1111/ppc.12604](https://doi.org/10.1111/ppc.12604).

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif descriptif	N = 24 n = 11 infirmières / 4 infirmiers n = 2 médecins n = 6 patients (deux femmes et quatre hommes)	Explorer les expériences de patients adultes, de leurs familles et des professionnels avec un programme de prévention du sevrage alcoolique.	Prévention du délire de sevrage alcoolique, degré de SSA, écoute active	Des entretiens semi-structurés ont été menés avec tous les participants à l'étude guidés par des questions clés basées sur la question de recherche. De plus, chaque patient a subi une observation directe lors d'une visite médicale. Les observations ont eu lieu jusqu'au troisième jour post-opératoire et ont duré entre 10 et 20 minutes.	Tous les entretiens et enregistrements d'observation ont été analysés selon une méthode d'analyse thématique, basée sur six étapes. Dans un premier temps, la chercheuse s'est familiarisée avec les données. Deuxièmement, les passages pertinents du texte ont reçu des codes et ont ensuite été résumés en thèmes.	Trois thèmes principaux ont pu être identifiés : « Parler d'alcool », « Surveillance des symptômes de sevrage » et « Collaboration avec l'infirmière en pratique avancée pour la gestion du délire ».
Niveau de preuve	n = 1 membre de la famille	Question(s) de recherche		Les infirmières ont été interviewées en groupe, entre 30 et 60 minutes. Les médecins quant à eux ont été interrogés individuellement car il n'y avait pas de chevauchement des soins aux patients entre les médecins. L'entretien du membre de la famille a duré 60 minutes.	Les thèmes ont ensuite été comparés aux données originales afin de vérifier la cohérence du contenu. La définition des thèmes a été finalisée par l'équipe de recherche et les thèmes ont pu être interprétés.	Les expériences du personnel infirmier, des médecins, des patients et des membres de la famille concernant un programme de prévention du délire de sevrage alcoolique ainsi que la manière dont celui-ci est mis en œuvre dans la pratique ont pu être explorés.
4	Non-probabiliste	Quelles est l'expérience de l'application, de la mise en œuvre et de l'effet de l'algorithme de traitement pour la prévention du délire de sevrage alcoolique chez les patients adultes alcoolodépendants du point de vue du personnel soignant, des médecins, des patients et des membres de la famille concernée ?		Tous les entretiens ont été enregistrés en audio puis retranscrits textuellement. Les notes de terrain et les rapports d'observation ont été inclus dans la préparation des données.	Enfin, les résultats ont été présentés dans un contexte cohérent et illustrés de citations tirées des entretiens. Seules les citations les plus significatives ont été prises en compte.	
Paradigme	Patients porteurs d'une tumeur ORL confirmée ainsi qu'un séjour hospitalier prévu supérieur à 72 heures et qu'une intervention chirurgicale longue. Le groupe à risque comprend les patients qui consomment quotidiennement des doses supérieures à 25mg d'alcool pur.			Éthique Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique local. Les participants ont été informés en détail de l'étude, verbalement et par écrit, et ont donné leur consentement écrit à participer. Pour garantir l'anonymat, tous les patients ont reçu un nom ou un code.	Logiciel Non mentionné.	Conclusions Cette étude montre à quel point le rôle de l'infirmière praticienne est important pour la réussite de la mise en œuvre d'un tel programme de prévention dans la pratique. De plus, cela montre que l'équipe de traitement peut bien gérer l'algorithme fondamental de dépistage et de traitement et est également capable en conséquence même en sous-effectif.
Interprétatif	Critère(s) d'inclusion Critère(s) d'exclusion Les patients rencontrant des difficultés de communication (canule trachéale ou déficience auditive sévère) ou incapables de donner leur consentement en raison de leur état général ou de leurs capacités cognitives.					Limites de l'étude De nombreux patients ont refusé de participer à l'étude. Un biais de sélection doit donc être supposé pour les patients qui ont participé car seuls les patients ayant eu une expérience positive avec ce programme ont accepté d'y participer. La première auteure faisait partie de l'équipe du délire de cet hôpital avant de mener cette étude. Elle a été perçue comme une experte du délire par l'équipe soignante lors des entretiens. Ce fait a pu influencer les discussions avec l'équipe. Aucune information présente dans l'étude n'indique une saturation des données. C'est une étude Suisse.

Bové, H. M., Lisby, M., & Norlyk, A. (2019). Scheduled care-As a way of caring: A phenomenological study of being cared for when suffering from alcohol use disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1174-1182. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14715>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	N = 15 patients souffrant de troubles liés à l'alcool	Élucider l'expérience vécue de la façon dont les patients souffrant de troubles liés à l'alcool sont soignés lorsqu'ils sont admis dans des unités médicales aiguës ainsi que de développer une compréhension plus profonde du phénomène d'être soigné en relation avec la façon dont le problème de santé, la rencontre avec les infirmières et le système de services hospitaliers affectent l'expérience.	Prévention du SSA, alcool, expérience vécue par les patients, qualité des soins, soins infirmiers	Des entretiens approfondis ont été menés sous forme de dialogues ouverts dans le but d'obtenir des descriptions détaillées de l'expérience vécue d'être pris en charge dans un contexte de troubles liés à l'alcool. Les entretiens, d'une durée de 40 à 70 minutes, ont été enregistrés pour ensuite être retranscrits textuellement par le premier auteur. Suivant l'approche de recherche réflexive sur le monde de la vie (RLR), quelques questions ont été prédéterminées pour s'assurer que l'entretien couvre les expériences vécues personnelles lors de la prise en charge telles que : « Comment était-ce ? » « Comment vous êtes-vous senti ? »...	Le but de la réflexion et de l'analyse phénoménologique était de décrire une structure essentielle du phénomène et de transformer les descriptions individuelles en une compréhension professionnelle décrivant les caractéristiques du phénomène et élaborant ses nuances, sa variété et sa complexité. Le processus d'analyse impliquait de se déplacer avec souplesse entre l'ensemble des textes, des parties de textes/unités de sens et de revenir à l'ensemble du texte. Premièrement, les entrevues ont été lues attentivement afin d'avoir une idée des données et de la même manière obtenir une compréhension préliminaire. Deuxièmement, le texte a été divisé en unités de sens plus petites. Cela a généré de nouvelles significations qui ont brièvement été décrites, le contenu apparaissant dans une version condensée tandis que la signification a été analysée à la lumière de cela. Peu à peu, des schémas de sens et l'essence qui décrivaient et encapsulaient le phénomène émergeaient des données et en faisaient un tout nouveau	Les résultats ont montré que le fait d'être soigné lors d'une hospitalisation était vécu comme un processus en deux étapes qui passait d'une expérience de soins programmés vécue comme attentionnée à une expérience vécue comme non-attentionnée. Dans la première étape, l'attention des participants était principalement centrée sur l'évitement des symptômes de sevrage. Les infirmières sont décrites comme attentives et à l'écoute notamment sur les descriptions des patients concernant la gravité et l'évolution de ceux-ci. Réalisant que ce point d'attention était commun, cela a renforcé la relation de confiance, ce qui signifie que pour le participant le fait d'être accueilli dans une présence authentique par les infirmières était présent, créant la base d'une collaboration de travail réussie et positive. Dans la deuxième étape, un transfert d'attention s'est opéré au sein des participants. Les participants décrivent comment leur perception de l'hospitalisation s'approfondit et change, signifiant que l'environnement devient de plus en plus présent. Les soins programmés étaient vécus comme un ensemble de besoins, rigides et fixes qui devaient être exécutés avec force.
Niveau de preuve	Échantillonnage Non-probabiliste					
4						
Paradigme	Critère(s) d'inclusion Patients adultes ayant une consommation excessive d'alcool à long terme, souffrant de troubles liés à l'alcool et/ou une dépendance à l'alcool.					
Interprétatif	Critère(s) d'exclusion Non-mentionnés.					
				Éthique Selon la loi danoise, aucune approbation éthique n'était nécessaire et l'étude était conforme aux principes éthiques de la recherche médicale décrits dans la Déclaration d'Helsinki. Les considérations éthiques comprenaient l'anonymat, des informations écrites et verbales sur le but de l'étude, la participation volontaire, le droit de se retirer sans aucune conséquence, le consentement éclairé et le traitement confidentiel des données.		Conclusions Lorsqu'ils sont hospitalisés, les patients atteints de troubles liés à l'alcool entrent dans un domaine où les routines de soins quotidiens et les besoins de soins sont vigilants, basés sur des outils d'observation et d'évaluation. Les résultats indiquent que la rencontre en présence authentique des infirmières est un outil puissant facilitant l'hospitalisation. Cette présence authentique impliquait une proximité qui permettait aux infirmières d'être sensible à la relation soignant-soigné. Limites de l'étude La collecte de données a été limitée aux patients souffrant de troubles liés à l'alcool admis dans une unité médicale aiguë au Danemark. Les résultats sont basés sur 15 entretiens et la transférabilité pourrait éventuellement être limitée au contexte médical aigu général. Cependant en traitant les données et les résultats à un niveau général et abstrait, en utilisant la réflexivité pour considérer les idées préconçues, le contexte et les positions des auteurs pourraient avoir affecté l'angle d'investigation. Les résultats pourraient bien être transférables à d'autres contextes que les unités de soins aigus. Aucune information n'est donnée concernant une saturation des données.

De Lemos, J., Liu, R., Cho, J., & Marshall, C. (2017). Nurses' Perceptions of Two Tools for Assessing Patients with Alcohol Withdrawal : The Modified Richmond Agitation-Sedation Scale-Alcohol Withdrawal and the Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale. *Canadian Nurse*, 113(6), 14-18. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=126291126&site=ehost-live>

Design Quantitatif	Échantillon N = 120 infirmières ayant répondu au questionnaire en ligne	But(s), objectif(s) Le but était d'évaluer la perception des infirmières qui (1) avaient utilisé le CIWA-Ar et (2) avaient suivi le module de formation en ligne sur le mRASS-AW et/ou l'avait utilisé dans la pratique.	Cadre de référence Soins infirmiers, enquête en ligne, CIWA-Ar, mRASS-AW	Méthode(s) de collecte des données Une lettre de contact initial a été envoyée par les infirmières formatrices à toutes les infirmières (pas seulement à celles qui avaient suivi le module en ligne) travaillant dans toutes les unités de soins de l'hôpital, à l'exception des unités énumérées dans les critères d'exclusion. La lettre contenait un lien vers l'enquête en ligne et incluait une déclaration expliquant quelles infirmières pouvaient participer à l'enquête, afin que les infirmières puissent déterminer leur propre admissibilité. Elles disposaient de quatre semaines pour y répondre. Pour améliorer le taux de participation, deux rappels ont été envoyés : un à deux semaines ainsi qu'une seconde quatre semaines après l'envoi de la lettre de contact initial.	Méthodes d'analyse Les proportions de répondants favorisant le mRASS-AW par rapport au CIWA-Ar ont été comparées à l'aide de la statistique du khi-deux à un échantillon pour des observations indépendantes avec un degré de liberté. Pour cette analyse, les deux réponses extrêmes pour chaque échelle ont été combinées et la correction de Bonferroni a été utilisée pour tenir compte des cinq comparaisons pour chaque question. Par conséquent, une valeur p inférieure à 0.01 était requise pour être significative.	Résultats Cent vingt infirmières ont répondu à l'enquête mais deux d'entre elles ont sauté des questions. Par conséquent, le nombre de réponses pour chaque question se situait entre 118 et 120. Les répondants représentaient largement la population infirmière cible, avec au moins 45 des 120 (37.5%) travaillant dans le service des urgences, en psychiatrie, en médecine ou en chirurgie. Il s'agit de la première étude à comparer CIWA-Ar et mRASS-AW en termes d'expérience et de préférence des utilisateurs. La cohorte des infirmières interrogée a systématiquement préféré le mRASS-AW au CIWA-Ar comme outil de mesure de la gravité de sevrage alcoolique pour chacune des cinq questions posées, toutes les comparaisons ont montré une différence significative $p < 0.001$.
Niveau de preuve 4	Échantillonnage Probabiliste	Question(s) de recherche « Quel est l'outil le plus précis et lequel permet de mieux décider si une dose de benzodiazépine doit être administrée ? »				Conclusions Dans cette enquête menée auprès de 120 infirmières, le mRASS-AW a été perçu comme fournissant une évaluation plus précise de la gravité du sevrage alcoolique et comme offrant un meilleur moyen de décider si une benzodiazépine doit être ou non administrée. Les répondants ont également estimé que le mRASS-AW était plus facile et plus rapide à utiliser et, que dans l'ensemble, ils l'ont préféré à l'outil CIWA-Ar comme outil d'évaluation pour la gestion du sevrage alcoolique. Il serait souhaitable de réduire la charge de travail des infirmières en évitant l'utilisation de CIWA-Ar dans le contexte de soins aigus afin de libérer du temps pour d'autres responsabilités de soins infirmiers directs.
Paradigme Post-positiviste	Critère(s) d'inclusion Les infirmières employées à l'hôpital. Critère(s) d'exclusion Les infirmières travaillant dans l'unité de soins intensifs, l'unité de soins palliatifs, l'unité de maternité et la pouponnière de soins spéciaux.	Hypothèse(s) Non mentionnées		Éthique Aucune approbation d'un comité d'éthique n'est relevée ainsi qu'aucune information concernant l'anonymisation des données.	Logiciel Enquête téléchargée sur SurveyMonkey.com	Limites de l'étude Non mentionnées par les chercheurs. Cependant, cette étude a été réalisée dans l'hôpital de Richmond. Certaines stagiaires ont répondu à l'enquête en ligne et certaines infirmières ont manqué des questions lors du remplissage.

Bové, H. M., Lisby, M., & Norlyk, A. (2020). Do the carers care? A phenomenological study of providing care for patients suffering from alcohol use disorders. *Nursing Inquiry*, 27(1), e12322. <https://doi.org/10.1111/nin.12322>

Design Qualitatif	Échantillon N = 10 infirmiers n = 1 infirmier n = 9 infirmières Échantillonnage Non-probabiliste Critère(s) d'inclusion Infirmières travaillant dans une unité de médecine aiguë et particulièrement connaisseurs des phénomènes étudiés. Critère(s) d'exclusion Infirmiers ne travaillant pas en unité de médecine aiguë.	But(s), objectif(s) Élucider l'expérience vécue par les infirmières dans la prestation de soins aux patients souffrant de troubles liés à l'alcool. Question(s) de recherche Non-mentionnée.	Cadre de référence Soins infirmiers, unité médecine aiguë, expérience de infirmières, recherche réflexive sur le monde de la vie	Méthode(s) de collecte des données Des entretiens de 60 à 80 minutes ont été menés sous forme de dialogues avec une approche ouverte afin de mieux comprendre le phénomène et d'obtenir des descriptions détaillées, à savoir la prise en charge de patients hospitalisés souffrant de troubles liés à l'alcool, avant d'être enregistrés et retranscrits textuellement. Souvent, les entretiens ont été réorganisés en raison de la pression du travail et du manque de personnel. Du fait de l'approche phénoménologique, la saturation n'était pas un objectif : au contraire, la collecte des données s'est poursuivie jusqu'à ce que la richesse et la variation du phénomène soient atteintes. Conformément au RLR, seules quelques questions étaient prédéterminées. Cette approche a été choisie dans le but de renforcer davantage la richesse des entretiens comme : « Comment cela se passe-t-il de prodiguer des soins à ces patients ? » ou « Pouvez-vous décrire vos pensées lorsque votre patient souffre de troubles liés à l'alcool ? » Éthique L'étude a été réalisée conformément aux considérations éthiques et aux principes de conduite de la recherche médicale énoncés dans la Déclaration d'Helsinki. Elle a été approuvée par l'Agence danoise de protection des données. Les comités d'éthique de la recherche en santé de la région du Danemark central ont confirmé qu'aucune approbation éthique explicite n'était nécessaire.	Méthodes d'analyse L'analyse des données reposait sur la règle herméneutique introduite par Gadamer. L'objectif de l'analyse était de décrire une structure essentielle du phénomène d'intérêt, transformant ainsi les descriptions individuelles en une entité de compréhension nouvelle et plus large. Le processus d'analyse s'est basé sur une lecture approfondie des entretiens dans le but d'obtenir un sens global ainsi qu'une compréhension préliminaire de la matière. Par la suite, la lecture a changé et s'est concentrée sur la division du texte en unité de sens plus petites, tout en s'engageant dans un mouvement dynamique entre l'ensemble du texte et ses parties. Ces unités de sens ont ensuite été regroupées. Ces grappes de sens ont généré de nouvelles significations qui ont ensuite été décrites à un niveau plus abstrait, éloigné du texte original. De cette manière, les grappes de sens formaient progressivement un modèle qui décrivait le modèle. Logiciel Non-mentionné.	Résultats La prise en charge des patients souffrant de troubles liés à l'alcool, telle que vécue par les infirmières travaillant dans des unités de médecine aiguë, est décrite comme une tâche très complexe, difficile et exigeante. L'infirmière peut rencontrer des patients qui mènent des vies extrêmement compliquées et chaotiques. Ainsi, pour prodiguer des soins, elle doit s'engager avec le patient dans une coopération sensible pour rencontrer et saisir ce qui compte pour lui. La coopération sensible concerne la capacité et la volonté de l'infirmière d'être ouverte dans la relation afin de comprendre et d'appréhender la vie du patient ainsi que les enjeux complexes qui la domine tout en ajustant les soins prodigués en conséquence. La signification essentielle du phénomène de la prise en charge de ce type de patients est précisée dans les trois composantes suivantes : faire face à la complexité de la situation de vie du patient, équilibrer les soins entre les procédures standardisées et la complexité du patient et être prises entre les sentiments de responsabilité et de démission. Conclusions Les résultats ont révélé que la prise en charge de ce type de patients était organisée et systématisée selon un régime de travail basé sur des outils d'observation et d'évaluation des risques programmés et standardisés. Un tel régime couplé à la complexité des situations de vie des patients laissait peu d'options à l'infirmière. Limites de l'étude L'étude élucide l'expérience vécue par les infirmières, la transférabilité des résultats peut être limitée ou restreinte au groupe de patients décrits. Néanmoins, les résultats ont été élaborés de manière intensive et les auteurs sont restés ouverts et sensibles aux changements de sens. Du fait de l'approche phénoménologique, la saturation des données n'était pas un objectif ; au contraire, la collecte des données s'est poursuivie jusqu'à que la richesse et la variation du phénomène soient atteintes.
-----------------------------	---	---	--	--	---	--

Annexe III : Pyramide des preuves

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

Annexe IV : Glossaire méthodologique (*)

Les termes définis dans ce glossaire méthodologique sont principalement issus de l'ouvrage de Fortin & Gagnon (2016) ainsi que différentes sources internet.

Analyse de la variance : test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupes (p. 497)

Bases de données : système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques (p.497).

Biais : toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude (p.497).

Cadre théorique : brève explication fondée sur une ou plusieurs théories existantes se rapportant au problème de recherche (p. 497).

CINHAL : base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé (p. 497).

Collecte de données : processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude (p. 498).

Critères de sélection : listes des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et les critères d'exclusion (p. 498).

Devis de recherche : plan d'ensemble qui permet de répondre aux questions de recherche ou de vérifier des hypothèses et qui, dans certains cas, définit des mécanismes de contrôle ayant pour objet de minimiser les risques d'erreur (p. 499).

Écart-type (σ) : mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe (p. 499).

Échantillon : sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude (p. 499).

Échantillonnage : processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible (p. 499).

Échantillonnage non-probabiliste : choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p.499).

Échantillonnage probabiliste : choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon (p. 500).

Échelle de Likert : échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord (p. 500).

EMBASE : base de données complète sur la recherche biomédicale (Embase, 2022)

Étude de cas-témoins : étude d'observation rétrospective dans laquelle sont mis en relation un phénomène présent au moment de l'enquête et un phénomène antérieur chez deux groupes de sujets : un groupe atteint de la maladie considérée (groupe de cas) et un groupe indemne (les témoins) (p.500).

Étude phénoménologique : méthodologie servant à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes à travers un phénomène (p.502).

MEDLINE : base de données internationale en science de la santé (p.502)

Méta-analyse : démarche statistique qui consiste à combiner les résultats d'une série d'études sur le même sujet dans le but de tirer des conclusions sur l'efficacité d'interventions (p.502).

Méta-synthèse : démarche rigoureuse qui englobe les résultats d'une série d'études qualitatives afin d'accroître la transférabilité des résultats vers la pratique (p.502)

Moyenne (M) : mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisées par le nombre total de valeurs (p. 502).

Paradigme : conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (p. 502)

Question de recherche : énoncé particulier qui demande une réponse pour résoudre un problème de recherche (p.503).

Revue systématique : sommaire des preuves sur un sujet précis effectué par des experts qui utilisent un processus rigoureux et méthodique pour évaluer et synthétiser les études ayant examiné une même question et pour tirer des conclusions (p.504).

Test exact de Fisher : le test exact de Fisher fournit un critère permettant de décider si les différences de pourcentages observés entre deux variables catégorielles dans un échantillon sont significatives ou simplement dues à un bruit aléatoire dans les données (Kolabtree, 2020)

Test de Kruskal-Wallis : le test de Kruskal-Wallis est une méthode non paramétrique pour tester si les échantillons proviennent de la même distribution (ScienceDirect, 2022)

Test de Levene (homogénéité des variances) : pour chaque variable dépendante, une analyse de variance est réalisée sur les écarts absolus des valeurs aux moyennes des groupes respectifs. Si le test de Levene est statistiquement significatif, l'hypothèse d'homogénéité des variances doit être rejetée (Statistica, 2016)

Test du khi deux (χ^2) : test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives (p. 504).

Test t : test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (p.504).

Test V de Cramer : le test V de Cramer permet de comparer l'intensité du lien entre deux variables (Modalisa, 2019)

Thésaurus : répertoire des mots et des expressions utilisés pour indexer des documents (p.505).

Transférabilité : critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation (p. 505)

Valeur p : la p-valeur est la probabilité d'obtenir les résultats observés d'un test, en supposant que l'hypothèse nulle est correcte. Une valeur p plus petite signifie qu'il existe des preuves plus solides en faveur de l'hypothèse alternative (Data Science, 2020).

Variable : caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs (p.505).

Annexe V : Questionnaires de dépistage

AUDIT (alcohol use disorder identification test)

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Vieillessement & addictions, 2017)

6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme, après une période de forte consommation ?

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

7. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret à cause de vos habitudes de consommation ?

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

8. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé le soir précédent parce que vous aviez bu ?

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

9. Vous êtes-vous déjà blessé ou avez-vous déjà blessé quelqu'un sous l'influence de l'alcool ?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Non | 0 points |
| <input type="checkbox"/> Oui, mais pas dans l'année écoulée | 2 points |
| <input type="checkbox"/> Oui, au cours de l'année dernière | 4 points |

10. Un proche, un ami ou un médecin vous a-t-il déjà exprimé son inquiétude concernant votre consommation d'alcool ou vous a-t-il conseillé de la diminuer ?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Non | 0 points |
| <input type="checkbox"/> Oui, mais pas dans l'année écoulée | 2 points |
| <input type="checkbox"/> Oui, au cours de l'année dernière | 4 points |

ACME (arrêter, coupable, matin et ennuyé) – **CAGE** (acronyme anglais)

Arrêter	<i>Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? (Cut down)</i>
Coupable	<i>Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? (Guilt)</i>
Matin	<i>Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? (Eye opener)</i>
Ennuyé	<i>Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? (Annoyed)</i>

(Groupement romand d'études des addictions, 2021b)