Document generated on 08/03/2025 5:19 p.m.

Soins d'urgence
La revue de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

L'évaluation et la prise en charge du sevrage alcoolique à l'urgence

William Tessier, inf., M. Sc., Elisa Mileto, inf., M. Sc. (ét.) and Xavier de Léséleuc, inf., M. Sc. (ét.)

Volume 4, Number 2, Fall 2023

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1108444ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1108444ar

See table of contents

Publisher(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (print)
2816-6906 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Tessier, W., Mileto, E. & de Léséleuc, X. (2023). L'évaluation et la prise en charge du sevrage alcoolique à l'urgence. *Soins d'urgence*, *4*(2), 26–33. https://doi.org/10.7202/1108444ar

Article abstract

La prise en charge sécuritaire du sevrage alcoolique à l'urgence représente un défi pour le personnel infirmier. Les symptômes multiples, complexes et atypiques du sevrage alcoolique, l'usage de plusieurs substances chez la personne soignée et la stigmatisation de la dépendance à l'alcool sont parfois des facteurs à l'origine d'une prise en charge sous optimale du sevrage alcoolique. Dans cette optique, cet article a pour objectif de mettre en lumière le rôle capital du personnel infirmier à l'urgence dans l'identification des prédicteurs d'un sevrage d'alcool sévère et dans l'évaluation d'une personne présentant différents symptômes associés au sevrage alcoolique. Tout d'abord, un portrait global du sevrage de l'alcool sera présenté. Ensuite, les manifestations cliniques et la physiopathologie du sevrage alcoolique seront décrites. Les principes de base de l'évaluation clinique seront également abordés et des outils cliniques validés seront présentés afin d'aider le personnel d'urgence à prédire le risque de sevrage alcoolique sévère et faciliter l'évaluation de la gravité du syndrome chez la personne soignée à la salle d'urgence. Pour conclure, une brève description des traitements usuels sera faite.

© William Tessier, Elisa Mileto et Xavier de Léséleuc, 2023

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

L'évaluation et la prise en charge du sevrage alcoolique à l'urgence

par **William Tessier, Elisa Mileto** et **Xavier de Léséleuc**

La prise en charge sécuritaire du sevrage alcoolique à l'urgence représente un défi pour le personnel infirmier. Les symptômes multiples, complexes et atypiques du sevrage alcoolique, l'usage de plusieurs substances chez la personne soignée et la stigmatisation de la dépendance à l'alcool sont parfois des facteurs à l'origine d'une prise en charge sous optimale du sevrage alcoolique. Dans cette optique, cet article a pour objectif de mettre en lumière le rôle capital du personnel infirmier à l'urgence dans l'identification des prédicteurs d'un sevrage d'alcool sévère et dans l'évaluation d'une personne présentant différents symptômes associés au sevrage alcoolique. Tout d'abord, un portrait global du sevrage de l'alcool sera présenté. Ensuite, les manifestations cliniques et la physiopathologie du sevrage alcoolique seront décrites. Les principes de base de l'évaluation clinique seront également abordés et des outils cliniques validés seront présentés afin d'aider le personnel d'urgence à prédire le risque de sevrage alcoolique sévère et faciliter l'évaluation de la gravité du syndrome chez la personne soignée à la salle d'urgence. Pour conclure, une brève description des traitements usuels sera faite.

MISE EN CONTEXTE

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée au Canada. En 2019, parmi l'ensemble des Canadiens âgés de 15 ans et plus, la prévalence de la consommation d'alcool s'élevait à 76% (1). Ce pourcentage augmente à 84 % pour la tranche d'âge de 20 à 24 ans (1). Par ailleurs, environ un quart des Canadiens ont déclaré avoir eu une consommation excessive d'alcool pour l'année 2019, soit plus de cinq consommations pour un homme et plus de quatre consommations pour une femme lors d'une même occasion (1).

Au Canada, il est évalué que plus du quart des hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool sont associées au sevrage alcoolique et au délirium trémens (1). Il est d'ailleurs estimé qu'environ la moitié des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool ont déjà fait un syndrome complet de sevrage de l'alcool (2). Pour les personnes hospitalisées ou sans abris ayant un trouble de l'usage de l'alcool, ce taux augmente à 80% (2). Aux États-Unis, le trouble d'usage de l'alcool serait associé à environ 88 000 décès annuellement, en raison de complications aiguës et chroniques (3). Au Canada, en 2014, l'alcool aurait été responsable de près de 15 000 décès (4). Ces statistiques sont

préoccupantes puisqu'elles mettent en évidence les risques et les conséquences à la fois individuelles et collectives associés à la consommation abusive d'alcool.

Au Québec, la durée médiane de séjour (DMS) sur civière à l'urgence était de 11h19 en 2022 (5). Puisque les symptômes du sevrage d'alcool débutent habituellement dans les premières 4 à 12 heures après l'arrêt ou la réduction de la prise d'alcool (2), il est raisonnable de penser que les premiers symptômes du sevrage alcoolique se manifesteront alors que la personne soignée se retrouve toujours au département de l'urgence. Cependant, moins de 10% des personnes développant un sevrage d'alcool présentent des symptômes facilement observables tels que des tremblements ou un état confusionnel aigu (2). Il est alors primordial que les professionnel.les en soins d'urgence soient en mesure de bien reconnaître les premiers signes et symptômes d'un sevrage alcoolique afin d'assurer une prise en charge rapide et sécuritaire de la personne soignée.

LE SEVRAGE D'ALCOOL

Le syndrome de sevrage alcoolique est une complication associée à un trouble d'usage de l'alcool (2). Il est donc qualifié de trouble induit par l'alcool. Le sevrage aigu a une durée approximative de quatre à cinq jours et survient après une consommation d'alcool massive et prolongée (2). Plus spécifiquement, le sevrage débute quand les concentrations sanguines d'alcool diminuent de manière abrupte après l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool. Le sevrage alcoolique est relativement rare chez les personnes de moins de 30 ans puisque le risque et la sévérité augmentent avec l'âge (2). Le syndrome de sevrage est également plus sévère chez les personnes dépendantes à d'autres substances comme les benzodiazépines et les personnes ayant des antécédents de sevrage de l'alcool (2).

Quatre critères sont nécessaires au diagnostic du sevrage de l'alcool : 1) l'arrêt ou la réduction d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé, 2) l'apparition d'au moins deux signes physiologiques, cognitifs, ou comportementaux, 3) la présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement de la personne dans des domaines importants de sa vie et 4) les symptômes ne peuvent pas être expliqués par une affection médicale ou un autre trouble mental comme une intoxication ou un sevrage à une autre substance (2). Les critères diagnostiques du sevrage de l'alcool sont présentés au Tableau 1.

TABLEAU 1. Critères diagnostiques du sevrage de l'alcool selon le DSM-V

Les quatre critères doivent être présents pour diagnostiquer un sevrage de l'alcool
A. Arrêt ou réduction d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé
B. Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage d'alcool :
1. Hyperactivité neurovégétative (transpiration, augmentation de la fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/minute)
2. Augmentation du tremblement des mains
3. Insomnie
4. Nausées ou vomissements
5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives
6. Agitation psychomotrice
7. Anxiété
8. Crises convulsives généralisées tonicocloniques
C. Les signes ou symptômes du critères B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
D. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Source : (2)

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les premiers symptômes du sevrage d'alcool débutent habituellement dans les premières 4-12 heures après l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool (2,6). Le sevrage peut entraîner un large éventail de symptômes, allant de légers à sévères en fonction de divers facteurs, notamment la durée et l'intensité de la consommation d'alcool, l'état de santé général de la personne et la présence d'autres problèmes de santé chez celle-ci (6,7,8). Par exemple, dans les cas légers, les symptômes typiques de sevrage se manifestent par des nausées, des vomissements, de l'anxiété, de l'irritabilité et de l'insomnie (6,9).

Dans ses formes les plus sévères, le sevrage alcoolique peut se présenter sous la forme d'un délirium tremens. Le délirium tremens peut survenir jusqu'à 10 à 14 jours après la dernière consommation d'alcool de la personne qui souffre d'un syndrome de sevrage alcoolique (6). Il est évalué que le délirium tremens survient chez 24% à 33% des personnes hospitalisées pour un sevrage d'alcool et que le taux de mortalité peut être aussi élevé que 8% (10). De plus, il est estimé que le sevrage d'alcool sévère augmente la durée d'hospitalisation d'environ quatre jours pour ces personnes (10). Les manifestations fréquentes du délirium tremens sont les suivantes : une confusion extrême avec ou sans hallucinations, des tremblements généralisés, ainsi qu'une agitation psychomotrice sévère (6,9). De plus, la présence de tachycardie, d'hypertension, d'hyperthermie et d'épisodes convulsifs sont possibles. Ces manifestations sont la conséquence d'une hyperactivité autonomique du système nerveux central (6,9). Il est à noter que les formes sévères de sevrage alcoolique peuvent également contribuer à la déshydratation, aux débalancements électrolytiques, à l'hypoglycémie ainsi qu'à des troubles du rythme cardiaque (8). Puisque ces complications peuvent présenter un risque pour la vie de la personne soignée, des interventions infirmières et médicales immédiates sont essentielles. Pour mieux comprendre la cause de ces symptômes, la prochaine section décrit la physiopathologie du sevrage alcoolique.

PHYSIOPATHOLOGIE DU SEVRAGE ALCOOLIQUE

L'alcool, également appelé éthanol, est une molécule chimique qui possède un équilibre hydrophile-lipophile parfait et une faible masse molaire qui lui confèrent une grande capacité de diffusion et de distribution dans le corps humain, notamment au niveau du système nerveux central (SNC) (11). L'alcool est connu pour être un dépresseur du SNC puisqu'il crée un débalancement entre deux neurotransmetteurs : le glutamate et le GABA. En temps normal, il existe un équilibre entre le glutamate (excitateur) et le GABA (inhibiteur) au niveau du SNC (11,12,13). Cependant, l'alcool facilite l'action du GABA, ce qui augmente l'inhibition du SNC, créant ainsi un ralentissement du SNC (11,12,13). En parallèle, l'alcool a un effet antagoniste sur les récepteurs N-Méthyl-D-Aspartate (NMDA), ce qui empêche le glutamate de s'y lier et d'y exercer son effet excitateur.

Avec le temps, le système nerveux tente de s'adapter en diminuant le nombre de récepteurs GABA afin de diminuer l'effet dépresseur causé par l'alcool. Cette régulation à la baisse contribue à augmenter la tolérance à l'alcool (11,13). En parallèle, le SNC augmente le nombre de récepteurs NMDA et produit davantage de glutamate, ce qui permet de retrouver une homéostasie entre le GABA et le glutamate (11,13). Chez la personne qui consomme de l'alcool de manière chronique, le SNC devient dépendant de l'alcool pour maintenir cette homéostasie. En fait, lors d'une diminution soudaine ou d'un arrêt de la consommation, l'effet inhibiteur GABA est réduit alors que l'effet excitateur par le glutamate est maintenu (11,12,13,14). Il en résulte donc une surexcitation marquée du SNC. Cette surexcitation du SNC joue d'ailleurs un rôle majeur dans l'apparition des symptômes de sevrage de l'alcool tels que la tachycardie, les tremblements, la diaphorèse, les convulsions, etc. (11). La Figure 1 présente un résumé de l'équilibre entre le GABA et le glutamate.

RÔLE DU PERSONNEL INFIRMIER

Le personnel infirmier au triage représente le premier point de contact pour les personnes se présentant à l'urgence. Il est alors crucial qu'un climat de confiance soit établi avec la personne soignée afin de créer une relation thérapeutique qui permettra l'exploration des habitudes de consommation. Selon les lignes directrices de l'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM) pour la prise en charge du sevrage alcoolique, les objectifs du questionnaire de santé sont les suivants : 1) évaluer la présence d'un trouble d'usage de l'alcool, 2) identifier les facteurs de risque d'un sevrage d'alcool sévère, 3) évaluer la présence de signes et symptômes associés au sevrage de l'alcool et 4) évaluer la présence de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale (7).

Les lignes directrices de l'ASAM recommandent l'utilisation systématique d'une échelle validée afin d'identifier un trouble d'usage d'alcool chez l'ensemble des personnes se présentant à l'urgence (11). Pour les personnes avec des antécédents de trouble d'usage d'alcool, l'utilisation de la même échelle est également recommandée (7). L'objectif de cette recommandation est de faciliter l'identification des personnes à risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique peu importe leurs antécédents de consommation avoués ou documentés. Dans un contexte clinique comme la salle d'urgence, l'échelle AUDIT-PC est recommandée puisqu'il s'agit d'une version courte de l'échelle AUDIT (7). Cette version abrégée contient seulement cinq questions tirées de l'échelle standard, ce qui permet une identification plus rapide du trouble d'usage d'alcool. Un score élevé à l'échelle AUDIT-PC est associé à un plus grand risque de sevrage alcoolique (15). Par exemple, une étude rétrospective de plus de 400 personnes hospitalisées a établi qu'un score égal ou supérieur à 4 à l'échelle AUDIT-PC permet de prédire un sevrage alcoolique durant le séjour hospitalier avec une sensibilité de 91% et une spécificité de 90% (15). Le Tableau 2 présente les cinq questions de l'échelle. Pour compléter l'évaluation clinique, les lignes directrices de l'ASAM recommandent également de questionner les membres de la famille et les proches de la personne soignée, lorsque possible, afin de corroborer l'histoire de santé et obtenir un portrait précis de la consommation d'alcool (7). Cependant, il est à noter qu'un consentement écrit ou verbal doit être obtenu de la part de la personne soignée avant de consulter sa famille ou ses proches.

Figure 1. La relation GABA-NMDA en contexte de sevrage alcoolique

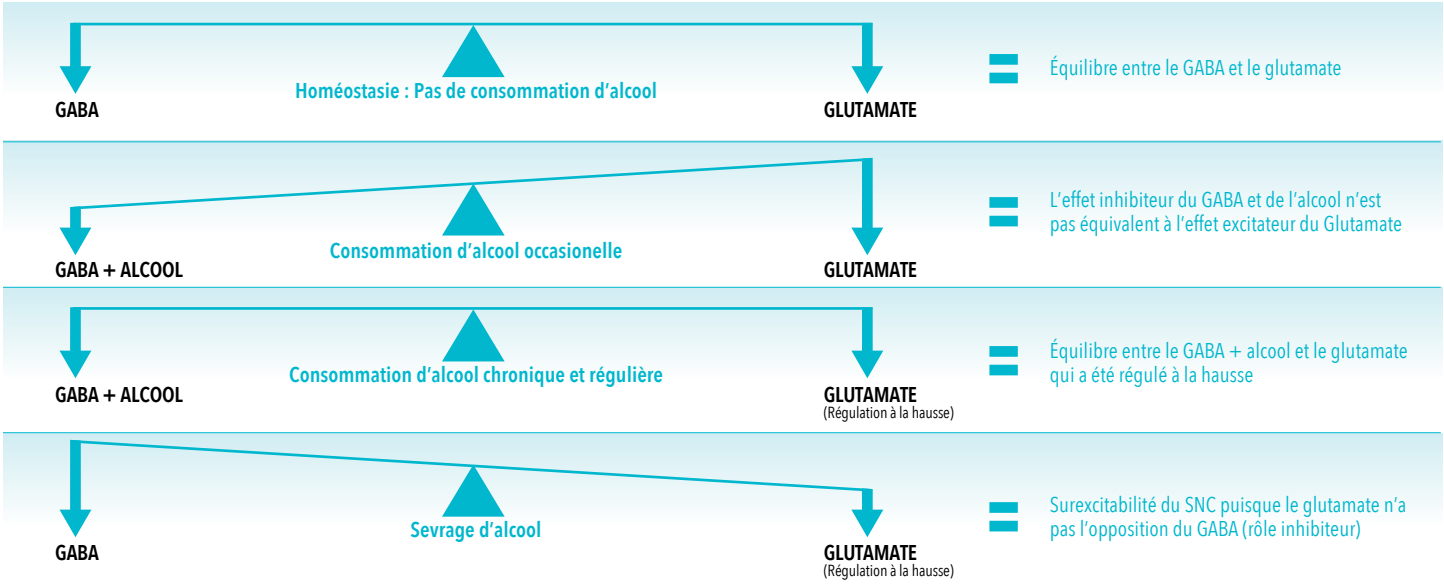

Figure traduite et adaptée de Kattimani (13)

Tableau 2. Questionnaire Audit-PC

QUESTIONS	POINTAGE					SCORE
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	De 2 à 4 fois par mois	2 ou 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée normale où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Au cours de la dernière année, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de la dernière année, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non	-	Oui, mais pas au cours de la dernière année	-	Oui, au cours de la dernière année	

Traduction libre et adaptation de Pecoraro (15)

PRÉDICTION DE LA SÉVÉRITÉ DU SEVRAGE ALCOOLIQUE

Le sevrage d'alcool sévère est associé à une augmentation de la durée d'hospitalisation et à une augmentation de la mortalité (10). Dans cette optique, l'évaluation initiale à l'urgence est essentielle puisqu'elle permet d'identifier les prédicteurs d'un sevrage alcoolique sévère et l'installation rapide de mesures de prise en charge afin de diminuer les risques de complications. Bien que l'évaluation clinique habituelle porte souvent sur les signes et symptômes actifs de la personne soignée, les lignes directrices de l'ASAM ainsi que les lignes directrices canadiennes pour la prise en charge du trouble d'usage de l'alcool chez la personne âgée recommandent l'évaluation et la prédiction du risque de sevrage alcoolique sévère à l'aide d'un outil validé (7,16). À cet effet, l'utilisation de l'échelle PAWSS est recommandée (7,16). Il s'agit d'un outil simple, qui permet d'identifier les personnes à risque de développer un sevrage modéré à sévère durant leur séjour hospitalier avec une sensibilité de 93,1% et une spécificité de 99,5% (17). Un résultat supérieur ou égal à quatre à l'échelle PAWSS est considéré positif. Le Tableau 3 présente les questions de l'échelle PAWSS.

L'échelle PAWSS permet d'explorer la présence de facteurs de risque associés au sevrage sévère. Par exemple, les personnes ayant vécu des épisodes de délirium ou de convulsions lors d'un sevrage antérieur présentent un plus grand risque de sevrage sévère lors d'un nouveau sevrage alcoolique. Ce risque s'explique par l'augmentation de l'excitabilité et de la sensitivité neuronale qui se produit à la suite d'épisodes répétés de sevrage alcoolique. Autrement dit, les épisodes répétés de sevrage contribuent à diminuer le seuil nécessaire à la dépolarisation des neurones. Le système neurologique de la personne se retrouve donc plus disposé aux symptômes de sevrage tels que les convulsions, les hallucinations et le délirium. Également, les personnes de plus de 65 ans, les personnes qui présentent une dépendance physique à une autre substance que l'alcool (ex : benzodiazépines), ainsi que les personnes avec des antécédents de maladie chronique sont plus à risque de développer un sevrage alcoolique sévère (7,16).

Bref, en repérant précocement les facteurs de risque d'un sevrage alcoolique sévère, la personnel infirmier de la salle d'urgence sera en mesure de prioriser la prise en charge rapide et sécuritaire de la personne soignée. Cette prise en charge rapide favorise également la mise en place d'une surveillance clinique et d'un traitement pharmacologique approprié diminuant ainsi les risques de complications graves (7).

Tableau 3. Échelle de prédiction du risque de sevrage d'alcool sévère (PAWSS)

PARTIE A : CRITÈRES DE SEUIL	OUI OU NON (SANS POINTS)
Avez-vous consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours ?	
Le patient présentait-il une alcoolémie positive à l'admission.	
Si la réponse à l'une des questions est oui, procéder au test.	
PARTIE B : BASÉ SUR UN ENTRETIEN AVEC LE PATIENT	**1 POINT PAR ÉNONCÉ**
Avez-vous été en état d'ivresse au cours des 30 derniers jours?	
Avez-vous déjà bénéficié d'un suivi, d'une cure de sevrage ou d'un traitement pour l'alcoolodépendance?	
Avez-vous déjà fait dans le passé un syndrome de sevrage d'alcool, quelle que soit sa sévérité?	
Avez-vous déjà eu des périodes où vous ne vous ne souveniez plus de ce qui s'était passé à la suite de consommation d'alcool?	
Avez-vous fait des crises convulsives lors d'un sevrage?	
Avez-vous déjà fait un délirium tremens?	
Avez-vous associé l'alcool à d'autres toxiques dépresseurs comme les benzodiazépines durant les 90 derniers jours?	
Avez-vous associé l'alcool à d'autres drogues durant les 90 derniers jours?	
PARTIE C : BASÉ SUR DES ÉLÉMENTS CLINIQUES	**1 POINT PAR ÉNONCÉ**
L'alcoolémie du patient à l'admission était-elle supérieure ou égale à 43 mmol/l?	
Existe-t-il des signes d'hyperactivité du système nerveux sympathique (fréquence cardiaque supérieure à 120/minutes, hypersudation, agitation, nausées) ?	
SCORE TOTAL	

Notes : Score maximal de 10. Cet outil est conçu à des fins de dépistage. Le risque de développement d'un syndrome de sevrage d'alcool augmente avec le nombre d'éléments positifs.

Un score ≥ 4 suggère un risque élevé de survenue d'un syndrome de sevrage de modéré à sévère.

Traduction libre et adaptation de Maldonado (17)

ÉVALUATION DU SEVRAGE ACTIF

L'échelle "*Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol*" (CIWA-A) est la première échelle validée pour assurer la surveillance et quantifier la sévérité du sevrage alcoolique (18). Une version révisée a ensuite été développée et validée; le "*Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol revised*" (CIWA-Ar). À ce jour, les lignes directrices de l'ASAM ainsi que les lignes directrices canadiennes pour l'évaluation du trouble d'usage de l'alcool chez les personnes âgées recommandent l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar comme outil d'évaluation de la sévérité du sevrage (7,16). Cette version révisée évalue 10 groupes de symptômes, objectivables ou auto-rapportés, selon une échelle de type Likert. Le Tableau 4 présente les 10 groupes de symptômes évalués avec l'échelle d'évaluation de la sévérité du syndrome de sevrage d'alcool CIWA-Ar.

Le score maximal de cette échelle est de 67 points. Un résultat inférieur à 8 indique un syndrome de sevrage léger, un résultat entre 8 et 18 indique un syndrome de sevrage modéré alors qu'un résultat égal ou supérieur à 19 indique un syndrome de sevrage sévère (19,20,21,22). L'outil CIWA-Ar permet de standardiser l'évaluation clinique et d'obtenir un portrait de la sévérité du sevrage chez la personne soignée. L'utilisation périodique de l'échelle permet également de documenter l'évolution clinique de la personne, notamment avant et après l'administration d'un traitement pharmacologique visant le soulagement des symptômes de sevrage. Il est également important de garder en tête que l'outil CIWA-Ar a une plus grande sensibilité en phase initiale, soit du premier au troisième jour du syndrome de sevrage (22). Ainsi, son utilisation à la salle d'urgence est un incontournable puisqu'elle permet d'assurer une prise en charge optimale et une évaluation précise de la sévérité du sevrage alcoolique (7).

Tableau 4. Échelle CIWA-Ar pour l'évaluation du sevrage d'alcool

TREMBLEMENTS 0 – Pas de tremblement 1 – Invisibles, mais sentis du bout des doigts 4 – Modérés, lorsque les bras sont tendus 7 – Sévères, même avec les bras non tendus	**SUDATION** 0 – Pas de sueur visible 1 – Sueur à peine perceptible, paumes moites 4 – Front perlé de sueur 7 – Sueurs profuses
ANXIÉTÉ 0 – Pas d'anxiété, détendu 1 – Légèrement anxieux 4 – Modérément anxieux, sur ses gardes, ne tient pas en place 7 – Équivalent à un état de panique aiguë	**AGITATION** 0 – Normale 1 – Normale mais légèrement augmenté 4 – Un peu de difficulté à rester en place, agité, impatient 7 – Marche de long en large, agite les pieds (agitation presque constante)
NAUSÉES ET VOMISSEMENTS 0 – Ni nausée, ni vomissement 4 – Nausées intermittentes avec haut le cœur 7 – Nausées constantes, fréquents haut le cœur et vomissements	**CÉPHALÉES** 0 – Aucun 1 – Très légères 2 - Légères 3 – Modérées 4 – Modérément importantes 5 – Importantes 6 – Très importantes 7 – Extrêmement importantes
TROUBLES AUDITIFS 0 – Aucun son troublant 1 – Sons très peu stridents ou effrayants 2 – Légèrement stridents ou effrayants 3 – Modérément stridents ou effrayants 4 – Hallucinations auditives modérées 5 – Hallucinations auditives sévères 6 – Hallucinations auditives très sévères 7 – Hallucinations auditives de façon continue	**TROUBLES TACTILES** 0 – Aucun 1 – Très peu de démangeaison, picotement ou engourdissement 2 – Légère sensation de démangeaison, picotement ou engourdissement 3 – Sensation modérée de démangeaison, picotement ou engourdissement 4 – Hallucinations tactiles modérées 5 - Hallucinations tactiles sévères 6 – Hallucinations tactiles très sévères 7 – Hallucinations tactiles de façon continue
TROUBLES VISUELS 0 – Aucun 1 – Très légère sensibilité à la lumière 2 – Sensibilité à la lumière 3 – Légère sensibilité modérée à la lumière 4 – Hallucinations visuelles modérées 5 – Hallucinations visuelles sévères 6 – Hallucinations visuelles très sévères 7 – Hallucinations visuelles de façon continue	**ORIENTATION** 0 – Orienté et peut faire une série d'additions 1 – Ne peut faire une série d'additions et incertain de la date 2 – Désorienté dans le temps, se trompe d'au plus de 2 jours sur la date 3 – Désorienté dans le temps, se trompe de plus de 2 jours sur la date 4 – Désorienté dans l'espace et face à autrui

Traduction libre de Sullivan (23)

Toutefois, lors de l'évaluation de certains symptômes physiques (p. ex., : sudation, anxiété, nausées et vomissements), la présence de comorbidités ou la prise de certaines molécules pharmacologiques peuvent fausser à la hausse ou à la baisse le résultat du CIWA-Ar. Par exemple, le sevrage concomitant à une autre substance que l'alcool pourrait exacerber les symptômes de la personne soignée et contribuer à des valeurs très élevées sur l'échelle CIWA-Ar. À l'inverse, la prise de bétabloquants pourrait masquer une tachycardie ou tout autre signe d'hyperactivité du SNC (7). Il est également important de noter que certaines situations cliniques ne permettent pas d'obtenir un résultat fiable de l'état clinique de la personne avec l'échelle CIWA-Ar. Par exemple, l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar nécessite que le patient soit orienté et en mesure de communiquer (24,25). Également, dans le contexte d'une ventilation mécanique, d'un délirium aigu ou d'une difficulté de communication chez la personne soignée, une échelle basée sur les signes objectifs de sevrage devrait être privilégiée (7). Dans ces situations particulières, les lignes directrices de l'ASAM recommandent l'utilisation d'une échelle telle la *Newcastle Alcohol Withdrawal Scale*. Cette échelle est une version modifiée du CIWA-Ar et se base sur les signes objectifs du sevrage alcoolique. Elle doit cependant être utilisée avec précaution puisque sa validité reste à confirmer. Il est alors primordial que le personnel infirmier à l'urgence effectue une évaluation clinique complète afin d'obtenir le portrait le plus précis du sevrage de la personne soignée.

Finalement, malgré l'adoption de l'échelle CIWA-Ar au sein de plusieurs établissements de santé, son utilisation demeure inconstante par les professionnel.les en soins (24). Par exemple, une étude sur une unité de soins intensifs a observé que près de la moitié des personnes hospitalisées pour des sevrages alcooliques ne sont pas évaluées avec l'échelle CIWA-Ar. Cette statistique met en lumière l'écart entre la pratique recommandée par les lignes directrices et la pratique clinique. Cependant, l'utilisation d'une échelle d'évaluation validée demeure un incontournable pour obtenir un portrait clinique précis de la sévérité du sevrage alcoolique chez la personne soignée.

TRAITEMENTS POSSIBLES

L'objectif de la prise en charge sécuritaire d'une personne vivant un sevrage alcoolique est d'assurer une gestion optimale des symptômes, de diminuer l'incidence des complications et de traiter les symptômes sévères tels que les convulsions ou le délirium tremens. Dans un deuxième temps, l'objectif est d'assurer l'optimisation de la santé physique et mentale de la personne soignée (8,14).

Tout d'abord, en ce qui concerne la gestion pharmacologique des symptômes de sevrage, les données sont claires. Le traitement pharmacologique idéal doit avoir un début d'action rapide, une durée d'action longue ainsi qu'un métabolisme simple qui ne dépend pas de la fonction hépatique de la personne soignée (14). À ce jour, les benzodiazépines demeurent le traitement de première intention en raison de leur efficacité à diminuer les symptômes de sevrage, notamment les convulsions et le délirium (7). Bien que les benzodiazépines qui possèdent une longue durée d'action soient préférables (p. ex, diazépam), ils peuvent contribuer à une trop grande sédation et entraîner une dépression respiratoire, principalement chez les personnes âgées. Pour cette raison, une molécule à plus courte durée d'action pourrait être privilégiée (p. ex, lorazépam ou oxazépam) (16).

Afin d'assurer un traitement optimal des symptômes de sevrage, deux approches cliniques sont possibles. Premièrement, le traitement pharmacologique pourrait être prescrit à dose fixe et à intervalle régulier. Dans ce contexte, des doses supplémentaires « PRN » sont souvent disponibles selon la condition clinique de la personne soignée. La seconde approche prévoit un traitement pharmacologique prescrit en fonction des symptômes. Cette approche nécessite l'expertise de la personne soignante qui doit évaluer, à l'aide d'un outil d'évaluation de la sévérité du sevrage comme le CIWA-Ar, les symptômes actifs du sevrage chez la personne soignée (7). Le traitement pharmacologique peut ensuite être initié selon l'ordonnance lorsque le résultat à l'échelle d'évaluation est supérieur à une valeur déterminée. Le résultat obtenu peut également dicter la dose à administrer ainsi que le délai de réévaluation de la personne soignée (7). À ce jour, cette deuxième approche ne semble pas supérieure à la première afin de réduire l'incidence de convulsions et de délirium tremens (8). Cependant, l'approche basée sur les symptômes semble permettre de réduire la quantité de benzodiazépines utilisée lors de l'hospitalisation, en plus de réduire la durée du

traitement et la durée de séjour à l'hôpital (7). Pour cette raison, les lignes directrices de l'ASAM encouragent un traitement pharmacologique basé sur les symptômes de sevrage plutôt qu'une dose fixe à intervalle régulier. Cependant, cette approche est à adopter dans un contexte clinique permettant une surveillance clinique appropriée de la personne soignée (7).

Chez les personnes à faible risque de sevrage alcoolique sévère, certains médicaments anticonvulsivants semblent prévenir la progression du sevrage et diminuer le risque de convulsions et de délirium tremens (7). Par exemple, une méta-analyse de 30 études randomisées contrôlées a mis en évidence les avantages de la gabapentine et de la carbamazépine pour réduire le score CIWA-Ar en comparaison avec le lorazépam et l'oxazépam (26). Cependant, une autre méta-analyse de 26 études, publiée en 2022, n'a pas été en mesure de démontrer les avantages des anticonvulsivants par rapport aux benzodiazépines. Plus spécifiquement, l'utilisation d'un anticonvulsivant ne permettait pas de diminuer l'incidence de convulsions, ni le risque de développer un délirium tremens en comparaison avec l'utilisation de benzodiazépines (27). Dans ce contexte, les données issues de la littérature sont insuffisantes pour recommander l'utilisation des anticonvulsivants plutôt que des benzodiazépines chez les personnes hospitalisées (7). Bien que les médicaments anticonvulsivants semblent prometteurs, l'utilisation des benzodiazépines demeure privilégiée dans les milieux cliniques. De plus, les différentes voies d'administration des benzodiazépines représentent un avantage en comparaison avec d'autres molécules. Par exemple, dans le cas d'un sevrage modéré à sévère, la voie IV serait à privilégier, tandis que la voie orale serait préférable dans le cas d'un sevrage léger (14).

Dans un dernier temps, il est important de mentionner que la prise en charge du syndrome de sevrage alcoolique nécessite une approche interdisciplinaire. À cet effet, la prise en charge globale de la personne soignée devrait inclure le maintien de l'équilibre hydroélectrolytique, la correction de l'hypoglycémie (le cas échéant) et la supplémentation vitaminique (principalement la thiamine) (14). Par exemple, lors d'un sevrage alcoolique, la thiamine (vitamine B1) est habituellement prescrite par voie parentérale afin de diminuer le risque de développer une encéphalopathie de Wernicke (16).

CONCLUSION

En conclusion, considérant la prévalence du sevrage alcoolique et les risques associés, cet article met en évidence l'importance du rôle infirmier dans la prise en charge sécuritaire de la personne soignée. Entre autres, l'évaluation du trouble d'usage de l'alcool à l'aide de l'outil AUDIT-PC et la prédiction du risque de sevrage sévère à l'aide de l'outil PAWSS sont des aspects cruciaux de l'évaluation clinique. Ceux-ci permettent des interventions précoces et adaptées aux besoins des personnes soignées, de sorte à diminuer le risque de complications associées au sevrage de l'alcool. Dans un deuxième temps, l'évaluation des signes et symptômes actifs du sevrage alcoolique est un incontournable. Afin d'assurer une surveillance objective et sécuritaire de la progression des symptômes de la personne soignée, l'utilisation systématique de l'échelle CIWA-Ar est indispensable. Elle facilite la détection précoce des complications potentiellement graves comme les convulsions et le délirium tremens, en plus de contribuer à une prise en charge plus efficace de la personne soignée. Dans un troisième temps, l'utilisation de la pharmacothérapie dans le traitement et la gestion du sevrage alcoolique s'avère pertinente et bénéfique. Par exemple, les médicaments tels que les benzodiazépines peuvent atténuer les symptômes actifs du sevrage et réduire l'incidence des crises convulsives. Lors de l'administration d'un traitement pharmacologique, la personne soignante s'assure que le traitement prend en considération les antécédents médicaux et facteurs de risque de la personne soignée. La réponse individuelle au traitement est également évaluée, ce qui diminue le risque de complications et assure la sécurité de la personne soignée. Pour terminer, en intégrant une évaluation précoce du risque de sevrage, une surveillance appropriée des signes et symptômes du sevrage alcoolique ainsi qu'une approche pharmacologique ciblée, le personnel infirmier à l'urgence joue un rôle central dans la diminution de l'incidence des complications sévères associées au sevrage alcoolique.

LES AUTEUR.TRICES

William Tessier
inf., M. Sc.
Chargé de formation pratique, École des Sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
William.Tessier@Usherbrooke.ca

Elisa Mileto
inf., M. Sc. (ét.)
Chargée de cours, École des Sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Conseillère en soins infirmiers, RLS La Pommeraie, CIUSSS de l'Estrie CHUS

Xavier de Léséleuc
inf., M. Sc. (ét.)
Infirmier clinicien en communautés autochtones
Étudiant, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

SOUTIEN FINANCIER
Les auteur.trices n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLIT D'INTÉRÊTS
Les auteur.trices déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois important de mentionner que William Tessier est l'un des éditeurs associés de la revue *Soins d'urgence,* mais celui-ci n'a pas contribué à l'évaluation et à l'édition de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. Résumé des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2019. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html#a2
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2013.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). 2018. https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHDetailedTabs2018R2/NSDUHDetTabs2-28to2-31pe2018.pdf
4. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014). Ottawa, ON: Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. 2018. http://www.ccdus.ca/Fra/topics/Costs-of-Substance-Abuse-in-Canada/Pages/default.aspx
5. Faubert EB. Prendre son mal en patience : L'attente aux urgences augmente malgré les promesses. 2023. https://www.iedm.org/fr/prendre-son-mal-en-patience-lattente-aux-urgences-augmente-malgre-les-promesses/
6. Jesse S, Ludolph A. Alcohol Withdrawal Syndrome: Clinical Picture and Therapeutic Options. Neuroscience of Alcohol. Academic Press, 2019. p. 671-680. doi: 10.1111/ane.12671
7. The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. Journal of Addiction Medicine. 2020;14(35):1-72. doi: 10.1097/ADM.0000000000000668
8. Day E & Daly C. Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. Addiction. 2022; 117(3): 804-814. doi:10.1111/add.15647
9. Al-Maqbali JS, Al-Maqrashi N, Al-Huraizi A, Al-Mamari QS, Al Alawa K, & Al Alawi AM. Clinical characteristics and health outcomes in patients with alcohol withdrawal syndrome: an observational study from Oman. Annals of Saudi Medicine. 2022;42(1): 52-57. doi: 10.5144/0256-4947
10. Goodson CM, Clark BJ, Douglas IS. Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta‐analysis. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2014;38(10) : 2664-2677. doi: 10.1111/acer.12529
11. Costardi JVV., Nampo RAT, Silva GL, Ribeiro MAF, Stella HJ, Stella MB, & Malheiros SVP. A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency. Revista Da Associação Médica Brasileira. 2015;61(4): 381–387. doi:10.1590/1806-9282.61.04.381
12. Becker HC, Mulholland PJ. Neurochemical mechanisms of alcohol withdrawal. Handb Clin Neurol. 2014;125:133-56. doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00009-4
13. Kattimani S, Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. Ind Psychiatry J. 2013;22(2):100-8. doi: 10.4103/0972-6748.132914
14. Mirijello A, D'Angelo C, Ferrulli A, Vassallo G, Antonelli M, Caputo F, Leggio L, Gasbarrini A, Addolorato G. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. Drugs. 2015;75(4):353-65. doi: 10.1007/s40265-015-0358-1.
15. Pecoraro A, Ewen E, Horton T. et al. Using the AUDIT-PC to Predict Alcohol Withdrawal in Hospitalized Patients. J Gen Intern Med. 2014;29: 34–40. doi:10.1007/s11606-013-2551-9
16. Butt PR, White-Campbell M, Canham S, Johnston AD, Indome EO, Purcell B, Tung J, Van Bussel L. Canadian guidelines on alcohol use disorder among older adults. Canadian Geriatrics Journal. 2020;23(1):143. doi: 10.5770/cgj.23.425
17. Maldonado JR, Sher Y, Das S, et al. Prospective validation study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in medically ill inpatients: a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. Alcohol and Alcoholism, 2015; 50(5):509-518. doi: 10.1093/alcalc/agv043
18. Williams D, Lewis J, McBride A. A comparison of rating scales for the alcohol-withdrawal syndrome. Alcohol and Alcoholism. 2001;36(2):104-108. doi: 10.1093/alcalc/36.2.104.
19. Bakhla AK, Khess CRJ, Verma, V, Hembram M, Praharaj SK, Soren S. Factor structure of CIWA-Ar in alcohol withdrawal. J. Addict. 2014, 745839. doi: 10.1155/2014/745839.
20. Higgins J, Bugajski AA, Church D, Oyler D, Parli S, Halcomb P, Fryman L, Bernard AC. 2019. A psychometric analysis of CIWA-Ar in acutely ill and injured hospitalized patients. J Trauma Nurs. 2019; 26 : 41–49. doi :10.1097/JTN.0000000000000414.
21. Pittman, B., Gueorguieva, R., Krupitsky, E., Rudenko, A.A., Flannery, B.A., Krystal, J.H. Multidimensionality of the alcohol withdrawal symptom checklist: a factor analysis of the alcohol withdrawal symptom checklist and CIWA-Ar. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2007;31, 612–618. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00345.x.
22. Pribek IK, Kovacs I, Kadar BK, Kovacs CS, Richman MJ, Janka Z. et al. Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol–Revised: A systematic review-based meta-analysis. Drug and Alcohol Dependence. 2021;220:108536. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108536.
23. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction. 1989;84:1353-1357.
24. Steel TL, Giovanni SP, Katsandres SC, Cohen SM et al. Should the CIWA-Ar be the standard monitoring strategy for alcohol withdrawal syndrome in the intensive care unit? Addiction Science & Clinical Practice. 2021;16(1):1-6. doi:10.1186/s13722-021-00226-w
25. Monte R, Rabunal R, Casariego E, Lopez-Agreda H, Mateos A, Pertega S. Analysis of the factors determining survival of alcoholic withdrawal syn-drome patients in a general hospital. Alcohol Alcohol. 2010;45(2):151–8. 2. doi: 10.1093/alcalc/agp087
26. Fluyau D, Kailasam VK, Pierre CG. Beyond benzodiazepines: a meta-analysis and narrative synthesis of the efficacy and safety of alternative options for alcohol withdrawal syndrome management. Eur J Clin Pharmacol. 2023; 1-11. doi: 10.1007/s00228-023-03523-2
27. Rojo-Mira J, Pineda-Álvarez M, Zapata-Ospina JP. Efficacy and Safety of Anticonvulsants for the Inpatient Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. Alcohol Alcohol. 2022;57(2):155-164. doi: 10.1093/alcalc/agab057