



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER
EN PRATIQUE AVANCÉE
MENTION PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

Étude observationnelle du repérage et des modalités de prise en charge des complications de sevrage en alcool survenues en hospitalisation au Centre Hospitalier Universitaire de Lille en 2022

Présenté et soutenu publiquement le 01 juillet 2024 à 10h

par Mr **SIVERY Marc**

MEMBRES DU JURY :

Président :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Directeurs de mémoire :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Madame la Docteure Emma Veillon

Infirmière en pratique avancée :

Madame Marie-Cécile Samyn

Remerciements

En premier lieu je souhaite remercier ma femme Marie, qui est la première à avoir cru à mon projet, m'a accompagné à chaque étape de la formation, et m'a soutenu dans les soirées interminables vouées à la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier également le Professeur Puisieux et l'équipe pédagogique de l'Université de Lille qui nous ont accompagnés ces deux années en restant à notre écoute et ce, en toute bienveillance. Tout particulièrement à Mme Marie Eve Godeffroy qui a fait preuve de beaucoup d'empathie à notre égard.

Au Professeur Olivier Cottencin, son dévouement pour sa clinique, sa confiance qu'il m'accorde depuis plus de 10 ans et pour son regard concernant cette recherche.

Au Docteur Emma Veillon pour sa justesse, son professionnalisme, et les réajustements nécessaires concernant la rédaction de ce mémoire.

A Madame Marie-Cécile Samyn, pour ses axes d'amélioration et remarques constructives qui vont grandement contribuer à mon futur exercice professionnel.

À l'équipe du département d'information médicale (DIM), Professeur Ficheur, Dr Jusot, Dr Elices Diez pour leur accompagnement, leur travail et leur adaptabilité .

À l'ensemble de l'équipe de la F2RSM psychiatrie de Lille, notamment madame le docteur Vincent Camille, le psychologue Mr Duhem Stéphane et l'interne Mr Dufrenoy Florian.

A cette formidable promotion dont la solidarité a été une force durant ces deux années.

Je remercie mes collègues de l'équipe de liaison en addictologie du CHU de Lille qui m'ont toujours soutenu. Particulièrement Vincent, Arnaud et Kelly qu'il me tarde de retrouver, dont la gentillesse, le soutien et la sympathie ont été nécessaires tout au long de ces deux années.

Mes parents, mes amis qui m'ont soutenu et je les remercie de leur temps qu'il m'ont accordé afin de me relire et corriger ce travail.

Je ne peux pas terminer ces remerciements sans parler de Manon, Romane et Paul, mes enfants, dont les sourires et leurs remarques m'ont permis d'offrir des parenthèses nécessaires lors de ces deux années. Ils ont été mes premiers lecteurs, mes soutiens tout au long de cette aventure.

Résumé

Introduction

Malgré la diminution de la consommation d'alcool observée ces dernières années, la France reste l'un des pays d'Europe les plus consommateurs avec 11,7 litres d'alcool pur par an et par personne selon l'OCDE (rapport 2017). Selon le dernier rapport de l'OFDT, en 2021, la dépendance et le sevrage physique en alcool ont représenté plus de 110 000 prises en soin en France. L'objectif de notre travail est d'étudier la survenue des complications de sevrage en alcool lors des hospitalisations au sein du CHU de Lille.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique observationnelle rétrospective réalisée sur une année grâce à l'étude des dossiers des patients hospitalisés au CHU de Lille en 2022 ayant présenté des complications de sevrage en alcool au cours de leur hospitalisation.

Résultats

Nous dénombrons 59 complications graves de sevrage en alcool.

Discussion

Il existe un manque de standardisation dans le repérage des troubles de l'usage en alcool. Nous observons une latence et un manque d'homogénéité dans la prise en charge des sevrages. Enfin, l'orientation vers les services des soins spécialisés ou le médecin traitant au décours de la prise en charge est insuffisante.

Conclusion

59 complications graves de sevrage en alcool ont été dénombrées. Différents axes d'optimisation des soins du sevrage hospitalier en alcool comme la formation et l'information des soignants ou encore la diffusion d'outils et de protocoles nous permettront de réduire les complications de sevrage, les durées d'hospitalisation tout en facilitant l'orientation vers les dispositifs d'accompagnement en addictologie

Mots-Clefs

Dépendance à l'alcool, complication de sevrage, délirium tremens, syndrome de Gayet-Wernicke, crise convulsive, échelle de Cushman.

Sommaire

GLOSSAIRE

1-INTRODUCTION	1
1.1 GENERALITES	1
1.2 L'ADDICTION	3
1.3 PRINCIPALES COMPLICATIONS AIGÜES DU SEVRAGE	11
1.4 JUSTIFICATION DE L'ETUDE	20
2-MATERIELS ET METHODES	20
2.1 POPULATION	20
2.2 RECUEIL DES DONNEES	21
2.3 VARIABLES D'INTERET	23
2.4 ANALYSE STATISTIQUE	23
2.5 CONSIDERATIONS ETHIQUES :	23
3-RESULTATS	24
3.1 SURVENUE DE COMPLICATIONS DE SEVRAGE EN ALCOOL	24
3.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	26
3.3 PRISE EN SOINS DES COMPLICATIONS DE SEVRAGE	28
3.4 CONSEQUENCES DIRECTES DES SYNDROMES DE SEVRAGE	32
3.5 ORIENTATION VERS LES SERVICES D'ADDICTOLOGIE	32
4-DISCUSSION	33
4.1 LES COMPLICATIONS DES SYNDROMES DE SEVRAGE	33
4.2 POPULATION D'ETUDE ET MODALITES DE PRISES EN SOINS	34
4.3 LE REPERAGE DU TROUBLE DE L'USAGE	34
4.4 PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE SEVRAGE	36
4.5 CONSEQUENCES DES COMPLICATIONS DE SEVRAGE	39
4.6 FORCES ET LES LIMITES DE L'ETUDE	41
5-PERSPECTIVES	42
6-CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE :	1
ANNEXES :	8

GLOSSAIRE

AMM : Autorisation de mise sur le marché du médicament

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé

API : Alcoolisation ponctuelle importante.

ARS : Agence régionale de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPM : Battement cardiaque par minute

BZD : Benzodiazépine

CC : Crise convulsive

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CP : Comprimé

CSAPA : Centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSE : Comité scientifique et éthique

DIM : Département d'information médical

DPO : Délégué à la protection des données

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DT : Délirium tremens

EEG : Électroencéphalogramme

EGW : Encéphalopathie de Gayet Wernicke

ELSA : Équipe de liaison en addictologie

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel de la préparation à la défense

F2RSM : Fédération de recherche en santé mentale

GW : Gayet Wernicke

HAS : Haute autorité de santé

ICCA : IntelliSpace critical and anesthesia, logiciel métier utilisé en réanimation

IM : Intramusculaire

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmier en pratique avancée

IV : Intraveineux

MG : milligramme

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

OMS : Organisation mondiale de la santé

Per os : Par voie orale

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

ResUrgences : Logiciel d'urgence, offre une architecture facilitant la gestion des services d'urgence

RIPH : Recherche impliquant la personne humaine

RNIPH : Recherche n'impliquant pas la personne humaine

RPIB : Repérage précoce et intervention brève

Sillage : Dossier patient informatisé logiciel métier optimisant la prise en charge médicale et soignante du patient.

SFA : Société française d'alcoologie

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SNC : Système nerveux central

TUA : Trouble de l'usage en alcool

UF : Unité fonctionnelle

US : Unité standard

USI : Unités de soins intensifs

1-Introduction

1.1 Généralités

1.1.1 Usage, incidence et mortalité de l'alcool à l'échelle mondiale et nationale

À l'échelle mondiale, l'alcool est considéré comme le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac [1]. Il est la deuxième cause de mortalité évitable après le cancer [2]. En 2018, l'organisation mondiale de la santé (OMS) évalue le nombre de décès attribuable à l'alcool à 3,3 millions par an dans le monde [3]. L'Europe reste le continent possédant la consommation d'alcool [3] la plus élevée par nombre d'habitants et on y observe une espérance de vie diminuée de 20 ans [4] pour les personnes souffrant de dépendance à l'alcool. Bien qu'il soit noté une diminution des consommations depuis les années 1960, la France reste l'un des pays les plus consommateurs d'Europe. En 2017, l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) a révélé une moyenne de 11,7 litres d'alcool pur par an et par habitant. De plus cette étude montre que 87% des 18-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois dans l'année dont 26 % ont une consommation quotidienne [5]. Enfin les 10 % les plus consommateurs de cette population consomment 58 % de l'alcool total.

Au sein de la littérature, les principales complications des troubles de l'usage en alcool (TUA), sont les cirrhoses, les cancers des voies aéro-digestives supérieures et les maladies mentales. En France, le nombre de décès attribuables à l'alcool est estimé à 41000 par an en 2015, dont 30 000 hommes et 11 000 femmes, soit respectivement 11% et 4% des décès chez les 15 ans et plus [6]. Ceci inclut 16000 décès par cancer, près de 10000 décès par maladies cardiovasculaires, près de 7000 par maladies digestives, 5400 pour causes externes (accident, suicide...), 3000 pour une autre maladie (mentale, trouble du comportement) [7]. L'alcool est également l'une des premières causes de prise en charge hospitalière et représente 23 à 40% [8] des consultations totales aux urgences.

1.1.2 Usage, incidence mortalité de l'alcool dans les Hauts de France

Les études épidémiologiques montrent des disparités nationales concernant l'usage d'alcool. Ainsi la région des Hauts-de-France est la troisième région en termes de consommation d'alcool par nombre d'habitants derrière les régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie [9].

Le rapport de l'Institut national de la statistique et des études économiques rapporte que 11,5% des personnes âgées de 18 à 75 ans dans la région des Hauts de France ont une consommation quotidienne de boissons alcoolisées et 15 % des personnes consomment 6 verres ou plus en une seule occasion ou au moins une fois par mois. Par ailleurs, on note une disparité des consommations qui sont surreprésentées chez les hommes par rapport aux femmes. Soit 23,2% des adultes de 18 à 30 ans qui consomment de façon hebdomadaire et 6,7% qui ont des alcoolisations ponctuelles importantes (API) [9].

Il existe également un taux d'incidence et de mortalité des cancers associés à l'alcool (lèvres, bouches, pharynx, œsophage, larynx) plus important chez les hommes que chez les femmes, soit 77 décès contre 22,5 pour 100 000 habitants [10]. Il s'agit aussi du taux de décès le plus important au niveau national.

Chez les jeunes, l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de la journée d'Appel de la Préparation à la Défense (ESCAPAD) révèle que 83,7% des individus de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool, parmi eux, 14,3% consommaient 6 verres ou plus par occasion au moins 3 fois dans le mois. La consommation régulière concerne 7,8% de cette population ce qui correspond à la moyenne nationale [11].

1.1.3 Incidence des soins hospitaliers pour le trouble de l'usage d'alcool

Selon le rapport de l'observatoire des drogues et des tendances addictives (OFDT) en 2022 [12], les hospitalisations avec un diagnostic principal en lien avec l'alcool ont diminué de 7,6 % par rapport à 2019 soit 41,4 séjours pour 10000 habitants contre 44,8 en 2019. Les auteurs évoquent notamment une diminution des séjours en lien avec les intoxications aiguës et des maladies alcooliques du foie. L'intoxication aiguë d'alcool a entraîné près de 80000 séjours hospitaliers en 2012. La dépendance et le sevrage physique en alcool ont représenté quant à eux plus de 110 000 prises en soin en 2021. Au total, on note environ 231000 séjours hospitaliers par an attribuables à l'alcool en France. Des études avancent que 24% des patients admis en ambulance dans un service d'urgence le sont pour des pathologies induites par une alcoolisation [13], parmi ces patients 10 % étaient admis pour une demande de sevrage en alcool [14].

Dans 20% des cas, l'arrêt brutal des consommations d'alcool chez les personnes souffrantes d'alcoolisme dépendance peut entraîner l'apparition de complications aiguës liées à la dépendance physique (crises convulsives, delirium tremens). Une partie d'entre eux nécessitent une prise

en charge en unité de soins continus ou de réanimation, une étude rétrospective de 2004 à 2009 menée par N. Thiercelin sur le centre hospitalier de Dreux montre que 15% des patients ayant présenté des syndromes de délirium tremens (DT) ont dû bénéficier d'une prise en soins en réanimation [15]. L'entrée et le maintien en hospitalisation représentent des périodes à risque car ils exposent le patient consommateur chronique à un sevrage physique et psychique brutal. Au sein de la littérature, la prévalence d'un syndrome de sevrage concomitant à l'entrée en hospitalisation varie elle entre 8 à 40% et ce malgré la mise en place d'une prévention pharmacologique [16].

D'autres complications liées aux soins sont également objectivables pour les patients consommateurs chroniques d'alcool. En effet, une méta-analyse [17] de 55 études observationnelles et regroupant 1 234 923 participants révèle que la présence d'un TUA est associée à un risque accru de complications postopératoires (d'infection, de déhiscences de plaies, de syndromes de sevrage graves, voire de décès). À l'inverse, une méta-analyse de 3 essais randomisés indique pour sa part que l'abstention de toute consommation d'alcool réduit le risque de subir ces complications [18]. En dehors de toutes complications aiguës liées à la consommation, l'alcool vient donc grever le pronostic du patient.

Le nombre des séjours pour alcoolisation aiguë, des conséquences en lien avec l'usage et des complications lors des sevrages induits confirment l'intérêt de repérer et ce le plus précocement possible les TUA afin de limiter les complications qu'entraînent les TUA et leurs sevrages.

1.2 L'Addiction

1.2.1 Mécanismes de l'Addiction

Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), la dépendance à une substance est définie comme la consommation compulsive d'un produit, accompagnée d'une perte de contrôle et d'un phénomène de tolérance avec poursuite d'un usage continu malgré les problèmes physiques et psychologiques causés ou exacerbés par le comportement. Il s'agit d'un processus dynamique entre un sujet et une substance marqué par une impossibilité de contrôle et une répétition visant initialement à produire du plaisir ou écarter un sentiment de malaise [19]. En l'absence de consommation on observe un envahissement psychologique appelé craving. L'addiction n'est pas définie par le produit en lui-même mais par la processus psychopathologique sous-jacent. L'absence de la substance ou du comportement développe un tableau réactionnel spécifique à l'arrêt ou à la réduction des prises. Il s'agit du syndrome de

sevrage qui cause une souffrance physique et psychique cliniquement significative et dont l'évolution naturelle peut être fatale.

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 2014 [20], on estime que 8% de la population adulte présenterait un risque chronique d'addiction à l'alcool. L'addiction est représentée par le Dr Olievenstein comme la rencontre d'un individu, d'une substance et ce dans un contexte environnemental particulier. Elle est donc le résultat de l'interaction de ces trois ensembles de facteurs de risque (figure 1) [21].

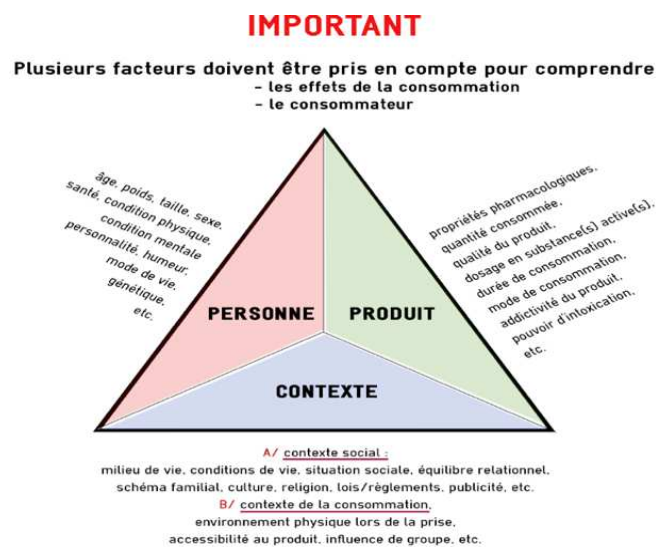


Figure 1: Triangle multifactoriel selon Dr Olievenstein[21].

1.2.2 Facteurs de risques et vulnérabilités de l'Addiction

1.2.2.1 Type d'usage

Il existe différentes modalités de consommation, et des conséquences variables en fonction de la fréquence, de la quantité et des motivations aux prises :

- Usages sociaux, récréatifs et modérés n'exposant pas le patient à un risque pour la santé
- Usage coping ou utilisation de l'alcool comme moyen de faire face au stress et/ou aux émotions difficiles, de soulager l'anxiété. Cette modalité de prise peut devenir problématique elle devient le mécanisme principal de la gestion du stress
- Usage dysfonctionnel où l'alcool est consommé de manière excessive, conduisant à des retentissements sur la santé physique, psychique et sociale.

Chaque substance possède une toxicité psychique et un potentiel addictogène qui lui sont propres (figure n°2). L'alcool présente une forte toxicité organique, un degré d'atteinte psychique modérée et un potentiel addictif important. Donc, malgré une installation plus graduelle, l'alcool fait partie des substances les plus à risque de basculement fréquent vers un usage problématique.

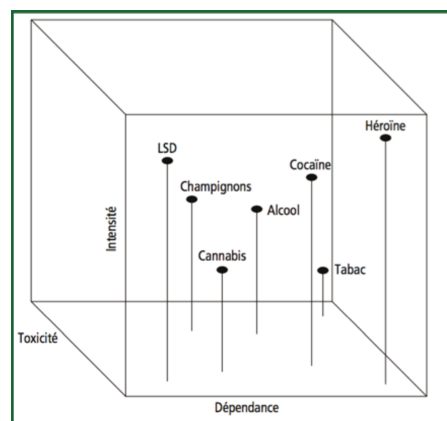


Figure 2: Le cube de la dangerosité pharmacologique des drogues [22]

1.2.2.2 Facteurs de risques

Selon Reynaud et al, 2016 [23], les facteurs de risques sont multiples et sont répartis en différents ensembles : facteurs génétiques, développementaux, comportementaux, neurobiologiques et enfin environnementaux (figure n°3).

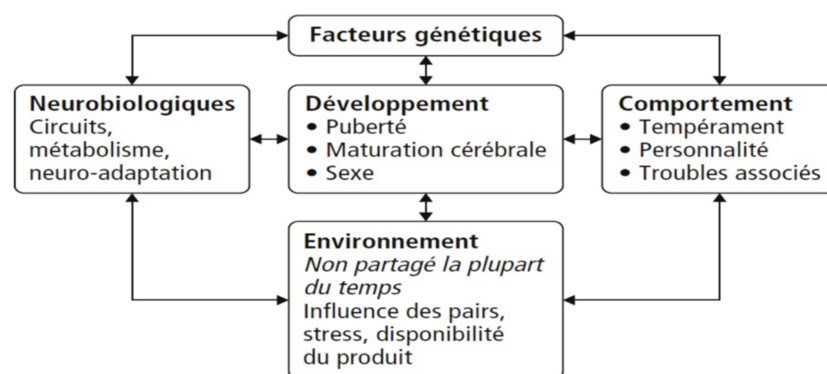


Figure 3 Facteurs de risque des addictions [24]

1.2.2.2.1 Facteurs neurobiologiques

Plusieurs structures cérébrales et systèmes de neurotransmetteurs sont impliqués dans le développement et la pérennisation d'une addiction.

A. Circuit de la récompense ou mésocorticolimbique

Le circuit de la récompense est le système cérébral le plus décrit concernant l'addiction. D'après les travaux d' Olds et Miner [25], il s'agit d'un circuit dopaminergique impliqué dans la motivation et concerne tous les comportements en lien avec les besoins fondamentaux (manger, boire...). Il comprend un ensemble de connexions neuronales reliant plusieurs structures : le noyau accumbens, le pallidum ventral et l'aire tegmentale ventrale jouent un rôle dans la prédiction de l'erreur et les sensations de plaisir. L'amygdale et l'hippocampe sont impliqués dans l'apprentissage, la mémoire et le conditionnement. Le cortex frontal régit la motivation et l'évaluation de l'intérêt de la consommation d'une substance. Enfin le cortex frontal ainsi que le gyrus cingulaire antérieur qui sont les freins du craving.

Dans le cadre d'une addiction, les rôles du cortex préfrontal et celui du gyrus cingulaire antérieur se retrouvent affaiblis. Il y a donc une motivation forte à la consommation associée à un contrôle moins important, ce qui expose le patient à avoir des consommations importantes et ce en dépit des conséquences néfastes (figure 4 [26])

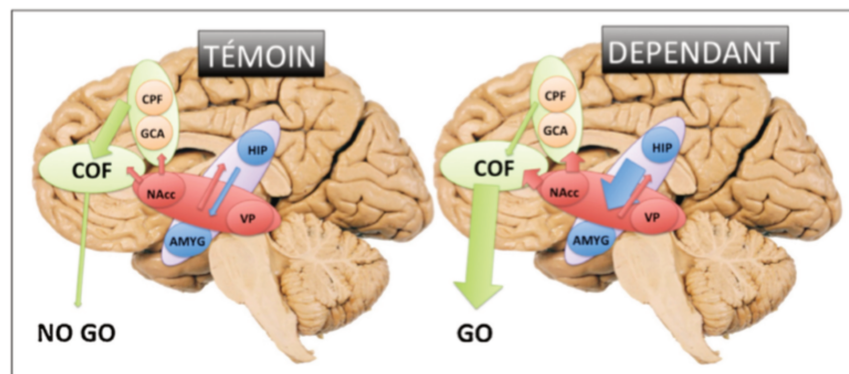


Figure 4 Circuit de la récompense[26]:

B. Systèmes GABAergique et glutamatergique

En parallèle, les systèmes GABAergique et glutamatergique sont modifiés par la consommation d'alcool. Ces neurotransmetteurs représentent respectivement les principaux systèmes inhibiteurs et excitateurs du système nerveux central (SNC). Chez un individu sain, ils sont à l'état d'équilibre et maintiennent ainsi une homéostasie. L'alcool consommé de façon chronique vient perturber cette stabilité par une surstimulation du système GABAergique ce qui va entraîner une surstimulation en miroir du glutamate afin de compenser ce déséquilibre

(figure 5 [27]). Lorsque le sujet souffrant de dépendance à l'alcool diminue voire arrête son usage, le circuit glutamatergique reste à l'état d'hyperstimulation malgré la décroissance de l'activité GABAergique. L'excès de réponse compensatrice qui en découle est responsable des principaux symptômes de sevrage en alcool comme les tremblements, les sueurs, la tachycardie, l'hypertension, les nausées [28].

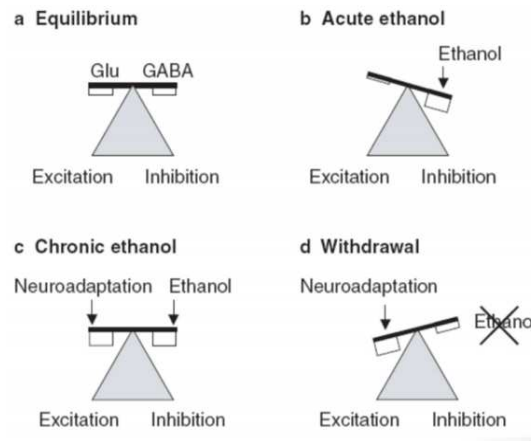


Figure 9 : Equilibre entre le neurotransmetteur inhibiteur (GABA) et le neurotransmetteur excitateur (Glutamate) (20)

Figure 5: Système GABAergique et glutamatergique [27]

C. Système de la régulation émotionnelle, de l'humeur et du stress

Pour finir, certains auteurs ont décrit des modifications du système de la régulation émotionnelle, de l'humeur et du stress qui est en lien avec les systèmes GABAergique et glutamate. La « tension reduction theory » de Conger, 1956 [29] expose que les personnes souffrant de dépendance tentent de réguler leurs afflux émotionnels par des stratégies d'évitement. La consommation crée alors une solution rapide et efficace aux problèmes et devient une stratégie privilégiée de régulation émotionnelle. Le stress et l'activation de l'axe corticotrope peuvent rendre le processus plus susceptible à la consommation d'alcool. Il existe des variations individuelles de sensibilité à ce stress, en l'absence de contrôle, dans certaines situations données, le sujet peut alors souffrir d'une addiction [30].

D. Circuit de la sérotonine

La plupart des drogues comme l'alcool augmentent la concentration de sérotonine dans la fente synaptique cela participe à la sensation de bien-être, au plaisir ressenti lors de l'usage. L'augmentation est due principalement à l'inhibition de sa recapture par les neurones pré-synaptiques du fait du blocage de la pompe SERT. Avec la répétition des usages, l'organisme

développe une tolérance. En effet, il s'adapte en augmentant le nombre de récepteurs de recapture, atténuant la concentration de sérotonine intra synaptique et ce malgré une synthèse plus importante de sérotonine.

Au niveau cérébral, l'addiction entraîne donc des modifications des circuits mésocorticolimbique, GABAergique, sérotoninergique et entraîne des phénomènes de neuroadaptation [31].

1.2.2.2 Facteurs génétiques

Les facteurs génétiques peuvent s'exprimer de façon différente d'un individu à l'autre, et s'exprimer différemment durant la vie de l'individu et constituer une vulnérabilité ou développer un TUA. Plusieurs systèmes ont été décrits comme ceux responsables de la motivation ou intervenant dans le système de la récompense (gène DRD2 et ANKKI) mais aussi les gènes récepteurs GABAergique et des enzymes alcool déshydrogénase et acétaldéhyde déshydrogénase [32]. Selon cette dernière revue de la presse médicale de juin 2018, les facteurs génétiques prédisposent à l'alcool-dépendance avec une héritabilité d'environ 0,5. Avoir un parent ou les deux souffrant de TUA majorent réciproquement de 1,44 à 2,29 fois le risque de survenue d'un TUA chez l'enfant [87].

1.2.2.3 Facteurs développementaux

Des études montrent que la précocité d'expérimentation et de consommation régulière accroît le risque de dépendance mais aussi les dommages associés. En effet le cerveau est en maturation jusqu'à l'âge de 25 ans, ainsi, les comportements appris pendant cette période de l'adolescence s'ancrent et se chronicisent plus aisément qu'ils soient bénéfiques ou délétères. Les consommations d'alcool dans les premières années de l'adolescence permettent de prédire à l'âge adulte l'usage ou les troubles de l'usage en alcool [33]. En d'autres termes plus une substance psychoactive est consommée tôt, plus elle engendre un risque de développer une pathologie addictive [34].

1.2.2.2.4 Facteurs psychologiques et comportementaux

Certains traits de personnalité comme la désinhibition, l'impulsivité, l'intolérance à la frustration et la recherche d'apaisement peuvent être des facteurs à risques de la survenue d'une addiction [35] tout comme un niveau élevé de recherche de sensations, un faible évitement du danger, un faible niveau de sociabilité qui entre aussi dans l'équation de la prédisposition à un TUA [24]. L'usage d'alcool à visée de recherche de sensations fortes est un facteur de vulnérabilité au développement d'un TUA ultérieur. Dans un rapport de l'Inserm de 2003 [36], cette recherche de sensations explique la majorité des premières alcoolisations.

1.2.2.3 Facteurs environnementaux

D'après certains auteurs, plus la consommation de substances psychoactives débute tôt et devient fréquente, plus la personne s'expose aux complications liées à cet usage. La répétition de ces comportements révèle l'établissement d'une conduite addictive [37].

La place du produit alcool dans une société donnée modifie également le risque de développer une addiction. Ainsi on observe que la légalité, la disponibilité, la publicité, la facilité d'obtention, le prix, mais aussi la perception du produit au sein de la famille, des amis, des médias, les politiques en la matière, des rituels émancipateurs et religieux sont autant de facteurs influençant le processus des TUA.

Les pairs ont un rôle important dans les rituels émancipateurs à l'adolescence et au début de l'âge adulte [38] tout comme le fonctionnement de la famille, le style d'éducation qui participent ou préviennent la survenue des TUA. Enfin la perte des repères sociaux durant les périodes de chômage, les séparations, les deuils, la précarité sont tant de situations adverses qui rendent l'individu vulnérable à la survenue d'un TUA [24].

1.2.3 Diagnostic du trouble de l'usage d'alcool

La classification internationale des maladies (CIM 11) (cf. annexe [A]), classe l'usage en alcool en plusieurs catégories : l'abstinence ou non usage, l'usage simple qui respecte les normes de l'OMS soit une consommation inférieure ou égale à 2 unités standards (US) ou 20g d'alcool pur par jour avec deux jours minimum d'abstinence par semaine et un maximum de 100 g d'alcool pur par semaine soit 10 US [84]. L'usage à risque qui est supérieur aux normes

OMS et expose donc à des complications psychologiques et ou physiologiques, l'usage nocif qui marque l'apparition de répercussions des consommations dans au moins un domaine de la vie du patient (social, physique, psychique, familial, professionnel, judiciaire) et enfin l'usage avec dépendance définie par un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques et marqué par un désinvestissement progressif de la vie quotidienne.

Le DSM 5 décrit quant à lui 11 critères relatifs aux TUA (cf. annexe [B]). Au cours des 12 derniers mois, le trouble de l'usage est léger si l'on retrouve 2 à 3 critères sur 11, modéré s'il se situe entre 4 et 5 critères, sévère si il compte au moins 6 critères. Il est donc moins pertinent en ce qui concerne le repérage du patient souffrant de dépendance physique à l'alcool.

1.2.4 Outils et méthodes de repérage et d'évaluation clinique

Plusieurs outils existent afin d'évaluer les troubles de l'usage en alcool. Ces tests peuvent être utilisés en pratique clinique, lors de l'entrée en hospitalisation programmée ou dans le cadre de l'urgence. L'auto-questionnaire AUDIT (cf. annexe [N]) (Alcohol Use Disorders Identification Test) est le plus utilisé et a été développé par l'OMS afin d'identifier les personnes ayant une consommation d'alcool à risque, nocive ou une dépendance. Il comprend 10 items. Le score est en faveur d'un trouble de l'usage à partir de 7 pour les femmes et 8 pour les hommes, et d'une dépendance à partir de 11 chez la femme et 12 chez l'homme.

1.2.5 Outils pour l'évaluation de la gravité du sevrage en boissons alcoolisées

L'arrêt d'une consommation chronique d'alcool peut provoquer un syndrome de sevrage potentiellement létal du fait de la modulation du système glutamate et GABA par la consommation éthylique chronique.

L'évaluation du sevrage nécessite au préalable une évaluation de l'usage comme vu précédemment. En cas de dépendance établie ou de suspicion clinique, il sera pertinent de réaliser des échelles évaluant la sévérité des signes de sevrage et ainsi prévenir les complications associées en adaptant les modalités des prises en soins et les thérapeutiques. L'échelle la plus fréquemment utilisée en pratique clinique est l'échelle de Cushman (cf. annexe [O]). Elle évalue les signes objectifs de sevrage tel que les sueurs, les tremblements, la tension artérielle, la fréquence cardiaque mais aussi le signe subjectif d'agitation. Le score est compris entre 0 et 20, la pression artérielle est scorée en corrélation avec l'âge du patient. Un résultat inférieur à 7 signe un état clinique dit « contrôlé »; entre 7 et 14 un état clinique modéré enfin

un score supérieur à 14 indique un sevrage sévère. Une réévaluation est nécessaire toutes les 4 à 6 heures. Depuis la mise en place à l'institut Debré, la grille a permis de diminuer la durée du traitement de l'ordre de 3 jours en moyenne, de diviser la posologie de benzodiazépines par deux sans qu'aucun accident de sevrage ne soit constaté [39].

Le référentiel de bonnes pratiques de la société française d'alcoologie et la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2006 et 2013[40][41] confirment le score de Cushman comme échelle de référence dans le domaine.

1.3 Principales complications aiguës du sevrage

Selon le DSM-5 le diagnostic du syndrome de sevrage repose sur la présence d'au moins 2 des signes tels que l'hyperactivité du système nerveux autonome, augmentation du tremblement des mains, insomnie, nausées ou vomissements, hallucinations visuelles, tactiles ou auditives, agitation psychomotrice, anxiété, crise convulsive généralisée. Ce syndrome survient dans les heures ou jours suivants l'arrêt de la consommation d'alcool ou des benzodiazépines et ne doit pas être lié à une pathologie médicale ou psychiatrique.

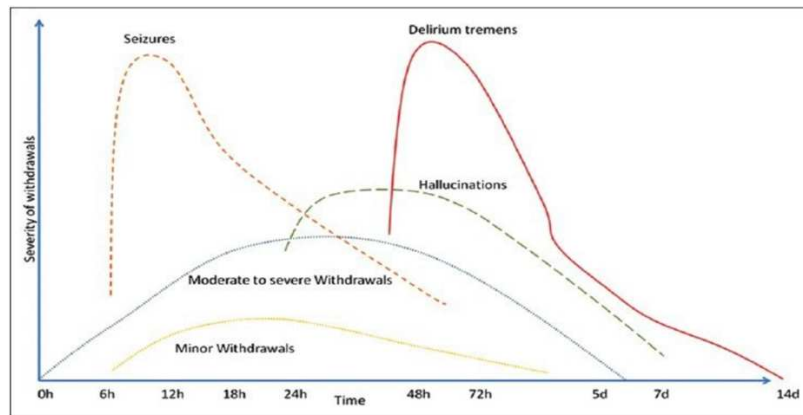
La symptomatologie du sevrage en alcool varie selon les individus [77]. Certains symptômes dits légers comme les tremblements, l'irritabilité, les céphalées débutent généralement entre 6 h et 24 h après l'arrêt des consommations des boissons alcoolisées et atteignent leur apogée en l'espace d'1 à 2 jours [42] (cf graphique n°1 [43]). Sans traitement, près de 3% des patients développeront un delirium tremens (DT) c'est-à-dire une instabilité du système nerveux autonome associé à un état confusionnel. D'autres syndromes graves peuvent survenir comme des crises convulsives de sevrage ou le syndrome de Gayet Wernicke.

Les patients à risque élevé requièrent une surveillance médicale à l'hôpital associée à une prophylaxie ou un traitement par benzodiazépines.

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addiction, la prise en charge hospitalière du sevrage non compliqué comprend [44]:

- Un arrêt des consommations d'alcool
- De façon non systématique la prescription de benzodiazépines à durée de demi-vie longue et à dose progressivement décroissante.
- Une hydratation orale adaptée (2 à 3 L par 24 H)
- Une supplémentation orale systématique en vitamine B1

- Une correction d'éventuels troubles hydroélectrolytiques
- Une surveillance des signes du sevrage



Graph depicting the time course of alcohol withdrawal symptoms (based on clinical information gathered in Table 2; adaptation from Haber et al.[7])

Graphique n°1 : Évolution du syndrome de sevrage[43]

1.3.1 Delirium tremens

1.3.1.1 Épidémiologie

Deux études menées en Allemagne et en Finlande ont montré que la prévalence du DT chez les personnes dépendantes à l'alcool était respectivement de 0,7 % et de 0,2 % [45] [46]. Une étude menée parmi les vétérans des États-Unis a rapporté une prévalence de DT de 0,7 % [47] parmi les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool. Dans les années 1900 la mortalité du DT était comprise entre 10 et 50% selon les auteurs [48]. Actuellement, grâce à un diagnostic plus précoce et à un traitement adapté cette mortalité représente seulement 1 à 4 % des patients ayant eu un DT admis en réanimation [49].

1.3.1.2 Facteurs de risque de Délirium Tremens

Certains auteurs retrouvent que la consommation retrouvée des sujets ayant déclaré un DT est supérieure à 80 g par jour sur un an [50]. La prévalence du DT est donc corrélée au degré de dépendance à l'alcool et à la présence d'un traitement au long cours par benzodiazépines (BZD). En effet les BZD renforcent la dépendance à l'alcool en potentialisant ses effets sédatifs, créant ainsi une interaction synergétique. Cette combinaison contribue à une dépendance accrue et donc à un sevrage plus sévère.

Le délirium tremens augmente indépendamment le risque de mortalité et la durée du séjour à l'hôpital. Selon Thiercelin & al., en 2012 [51], le risque de développer un DT est majoré par les différents facteurs suivants : antécédent de convulsions ou de DT, de comorbidités associées notamment infectieuses, la présence de syndrome de sevrage précoce et une prédisposition génétique.

Le tableau ci-après précise les facteurs de risque de DT selon la société française de médecine d'urgence en 2015 [52] (cf tableau n°1).

Facteurs de risque du délirium tremens	
Facteurs sociodémographiques	
Âge > 40 ans ou > 60 ans	Antécédents personnels de DT
Afro-américain	Crise convulsive de sevrage
Blessure par brûlure	Nombre de sevrages antérieurs importants
SDF	
Génétiques	
Gènes impliqués dans la transmission de la dopamine	
Mode de consommation	Facteurs biologiques
Âge plus tardif d'une consommation excessive	Thrombopénie
Abus de benzodiazépines ou de barbituriques	Hypokaliémie
Délai entre le dernier verre et l'hospitalisation	Hypoalbuminémie
Nombre maximum de verres consommés en 24h	ALAT augmenté
Arrêt brutal d'une consommation importante	Gamma-GT augmenté
Quantité d'alcool consommée par jour	Hypochlorémie
Tolérance et dépendance élevées (échelle SADQ)	Urémie augmentée
	Créatininémie augmentée
	Anémie
	BDNF diminué
Facteurs cliniques	
Pression artérielle systolique > 150 mmHg ou hypotension artérielle	
Température axillaire > 38 °C	
Fréquence respiratoire augmentée	
Fréquence cardiaque > 120/min	
Survenue au cours du sevrage d'une crise convulsive	
Symptômes de sevrage associés à une alcoolémie > 1 g/l	
Apparition des symptômes de sevrage dès l'arrêt de la consommation d'alcool	
Infection en cours	
Présence une comorbidité physique aiguë	
Présence d'une ataxie ou d'une polyneuropathie	

Tableau n°1: Facteur de risque du délirium tremens [52]

1.3.1.3 Expression clinique

Le DT correspond à l'association d'un syndrome neuropsychiatrique (hallucinations, agitation et confusion) et d'un syndrome neurovégétatif (tachycardie, hyperthermie et hypertension). L'intensité du tableau peut facilement être évaluée grâce à des outils tel que l'échelle de Cushman. En l'absence de traitement, le tableau clinique du délirium tremens évolue vers un syndrome confuso-onirique avec des propos incohérents, une agitation, des hallucinations multiples surtout visuelles avec zoopsies ou des scènes d'agression. Le DT peut être une des causes d'agressivité et de réactions de frayeur. Sur le plan physique, le syndrome associe fièvre, sueurs, tachycardie, troubles du rythme, trémulations, signes de déshydratation, modifications

de la pression artérielle enfin, rarement des crises d'épilepsie, voire un état de mal, peuvent survenir [53].

La gravité des tableaux cliniques et des perturbations biologiques associées suggère que les sevrages non médicalisés peuvent être plus neurotoxiques que la consommation chronique d'alcool et qu'ils contribuent à la dégradation cognitive des patients alcoolodépendants [8]. Cela s'appelle le phénomène de « *Kindling* ».

Durant l'évaluation clinique et paraclinique, les diagnostics différentiels doivent être éliminés. Nous citerons :

- Le traumatisme crânien (avec hématome sous-dural)
- Les infections aiguës (méningites, encéphalites ou chez les sujets âgés : infection pulmonaire, urinaire...)
- L'encéphalopathie de Gayet Wernicke, hépatique, hypoglycémique
- Les autres troubles métaboliques, endocriniens ou toxiques.

1.3.1.4 Complications, évolution et mortalité

Sans prise en charge le délirium tremens est létal jusqu'à 20 % [8] des cas. Le DT est l'expression clinique la plus sévère du sevrage alcoolique qui, bien que présente chez une minorité de personnes dépendantes de l'alcool, peut potentiellement entraîner la mort s'il n'est pas pris en charge rapidement et de manière adéquate. La mortalité dans le DT résulte principalement des comorbidités associées : des troubles hydroélectrolytiques, des arythmies, des collapsus cardiovasculaires mais aussi des chutes, des pneumopathies et enfin des arrêts respiratoires.

1.3.1.5 Prise en charge et traitement

Les benzodiazépines restent la base du traitement cependant, les essais contrôlés randomisés bien conçus sont rares et la plupart des preuves sont basées sur des études observationnelles non contrôlées. Les données sont encore plus rares pour le DT réfractaire aux benzodiazépines.

Le traitement préventif de cette neurotoxicité a fait l'objet d'une conférence de consensus publiée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé [54]. Les

benzodiazépines (BZD) à longue durée d'action sont préférés aux BZD à courte durée d'action en raison de leur potentiel d'auto-réduction (présence prolongée de métabolites actifs maintenant les effets thérapeutiques plus longtemps) et de leur niveau sérique constant (contrairement aux changements fréquents des niveaux de pic et de creux des BZD à courte durée d'action), ce qui permet de soulager les symptômes de sevrage de manière continue. Il existe trois schémas thérapeutiques pour la prise en charge du DT, la dose fixe, la dose déclenchée par les symptômes et le régime d'attaque. Les données suggèrent la supériorité du régime d'attaque [49] [55] [56].

Dans le régime d'attaque, l'objectif est d'atteindre la sédation (bien que le patient doive être éveillé), il nécessite donc une dose initiale élevée de benzodiazépines à longue durée d'action [57]. Chez les patients soupçonnés d'avoir subi un traumatisme crânien et un dysfonctionnement hépatique, la charge importante de benzodiazépine n'est pas recommandée. Dans ces dernières circonstances, une mise en place de traitement "déclenchée par les symptômes" peut être envisagée, la dose et le moment de l'administration de la benzodiazépine dépendent de la sévérité des symptômes de sevrage évalués selon une échelle de sevrage standard [58]. L'objectif de cette modalité de traitement « déclenché par les symptômes » est de traiter les symptômes de sevrage de manière adéquate cependant, un professionnel de santé doit être présent pour surveiller les symptômes de sevrage 24 heures sur 24.

La benzodiazépine à privilégier est le DIAZEPAM, « *La posologie moyenne pourrait être par exemple diazépam 10 mg 4 fois par jour, puis 5 mg 4 fois par jour pendant 2 jours puis réduction progressive en 4 à 7 jours* » [59]. Dans les situations d'insuffisance hépatocellulaire, l'OXAZEPAM est préférable, car il contourne le métabolisme hépatique. La voie d'abord peut être per os ou intraveineuse car l'absorption intramusculaire du diazépam est quant à elle très irrégulière [58] donc non recommandée. Dans une grande majorité, les patients répondent à des posologies habituelles, parfois l'admission en réanimation ou en unité de soins continus s'avère nécessaire, en cause l'utilisation de doses importantes de benzodiazépines, de syndromes sévères voir la mise en jeu du pronostic vital. La surveillance de base des symptômes de sevrage doit être effectuée à l'aide d'échelles spécifiques.

1.3.2 Crises convulsives

1.3.2.1 Épidémiologie

La consommation excessive d'alcool ou son sevrage sont les premiers facteurs de risques de crises convulsives, ces dernières représentent 18 à 25 % [60] des cas de crises convulsives. La crise convulsive est une pathologie couramment rencontrée aux urgences et représente 0,3 à 1,2 % des admissions [61].

Les convulsions liées au sevrage surviennent entre 6 et 48 heures après la réduction ou l'arrêt de l'usage dans 90 % des cas [62]. C'est la dérégulation du système gabaergique qui est mise en cause dans les crises de sevrage. L'arrêt brusque de médicaments antiépileptiques ou de benzodiazépines provoque le même tableau. Elles touchent des sujets à risque (utilisation de psychotropes, antécédent de crises convulsives ou de traumatisme crânien). L'évolution vers l'état de grand mal épileptique reste rare [52].

1.3.2.2 Facteurs de risques

Le sevrage en alcool est identifié comme le principal déclencheur de crises convulsives aux urgences, et constitue également le facteur de risques le plus élevé de crises convulsives chez l'adulte [49]. L'expression ou la présence d'une dépendance à l'alcool ne doit pas empêcher l'exploration des autres hypothèses diagnostics ou co-morbides. Les autres étiologies devant être recherchées lors d'une crise convulsive [63] sont :

- L'hypoglycémie
- L'hyponatrémie
- Le traumatisme crânien
- L'infection cérébro-méningée
- L'accident vasculaire cérébral
- L'intoxication médicamenteuse
- L'épilepsie alcoolique (ivresse convulsivante)

1.3.2.3 Expression clinique

Les crises généralisées de type tonico-clonique, surviennent de manière unique ou, plus fréquemment, en salves. Elles sont souvent courtes, répétitives de façon rapprochée dans les 12h et non associées à des anomalies électroencéphalographiques. Elles s'accompagnent d'autres symptômes évoquant un sevrage alcoolique et peuvent inaugurer un DT.

1.3.2.4 Complications, évolution et mortalité

Les crises survenant dans le cadre d'un sevrage en alcool sont d'évolution favorable sous traitement, cependant elles peuvent occasionner des chutes, des accidents, des fausses routes, des pneumopathies d'inhalation, un état de mal épileptique voire une mort subite.

1.3.2.5 Prise en charge et traitement [40]

La Haute Autorité de Santé en 2023 [64], expose les 15 recommandations devant toute crise comitiale (cf. annexe [P]). En résumé, les crises convulsives en lien avec un trouble de l'usage en alcool ne nécessitent pas de traitement anti comitial au long court. Le traitement par benzodiazépines en intraveineux est considéré comme le gold standard en France. Un relais per os des BZD est possible après reprise de la conscience en l'absence de trouble de déglutition.

1.3.3 Encéphalopathie de Gayet-Wernicke

1.3.3.1 Épidémiologie

L'encéphalopathie de Gayet Wernicke (EGW) est décrite par Dr Carl Wernicke en 1881 pour la première fois. Il s'agit d'une complication neurologique aigüe liée à un déficit de thiamine. Dans les études cliniques, la prévalence de EGW de 0,04 à 0,13% [65] en population générale, l'âge moyen est de 50 ans. Son expression constitue une urgence médicale. On observe souvent des pathologies associées comme le béribéri, et les polyneuropathies éthylo-carentielles.

1.3.3.2 Facteurs de risques

L'EGW peut avoir une origine non alcoolique, en effet dans les pays en voie de développement, on retrouve l'expression privilégiée chez les personnes souffrant de dénutrition. En revanche, dans les pays occidentaux, elle vient plutôt compliquer l'éthylisme chronique mais on retrouve aussi d'autres étiologies comme un apport nutritionnel inapproprié (anorexie, boulimie) et une diminution de l'absorption digestive de thiamine, comme lors des vomissements, les cancers ou encore la chirurgie bariatrique.

On retrouve un taux abaissé en thiamine entre 30 à 80 % [66] chez les personnes présentant un TUA. Chez ces derniers, l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke arrivent principalement au décours du sevrage car c'est à ce moment-là, d'augmentation du métabolisme, que se majorent les besoins en thiamine notamment. L'EGW peut être déclenchée par l'administration d'un soluté glucosé chez les patients carencés, en effet le glucose peut précipiter l'utilisation des dernières réserves de thiamine.

1.3.3.3 Diagnostic

Le diagnostic est avant tout clinique. Le syndrome de Gayet Wernicke est révélé par trois signes cliniques, il reste néanmoins difficile car le tableau est rarement complet (15 à 29% des cas [67]). La triade symptomatique est représentée par :

- Un syndrome confusionnel
- Des troubles oculomoteurs (nystagmus ou ophtalmoplégie)
- Des troubles de l'équilibre

Ils sont l'expression d'un syndrome vestibulaire et cérébelleux. Au niveau paraclinique, l'électroencéphalogramme (EEG) permet d'exclure un état de mal convulsivant, la ponction lombaire n'est à réaliser qu'en cas de présence de fièvre, de signes méningés ou d'une clinique atypique. Les examens comme le bilan sanguin permettent de confirmer la carence en thiamine.

1.3.3.4 Complications, évolution et mortalité

Non traitée, la mortalité est de 17 à 20% [68] du fait des complications septiques, pulmonaires ou la décompensation de pathologies associées. Sous traitement, les signes oculaires diminuent en quelques jours, l'encéphalopathie et l'ataxie en quelques semaines. Selon le manuel MSD 80 % des patients [69] survivant au syndrome de Gayet Wernicke sans traitement développent un syndrome de Korsakoff, les troubles neurologiques présents au-delà de 4 mois sont aussi considérés définitifs et signent ce même syndrome [70]. Il se manifeste par une amnésie, une fabulation, une désorientation temporo-spatiale et de fausses reconnaissances.

1.3.3.5 Prise en charge

La supplémentation doit débuter le plus précocement possible car elle représente une urgence médicale. Une revue systématique de la littérature des 15 dernières années des

recommandations internationales concernant le traitement par thiamine prophylactique et curatif de l'EGW [71] préconise :

- Pour les patients considérés à risque élevé : La voie intraveineuse (IV) à une posologie de 250 mg/j pour 3 à 5 jours.
- Si le syndrome est suspecté : Le traitement curatif s'impose, par voie IV à haute dose soit 500 mg et ce 3 fois par jour pendant 3 à 5 jours. En cas de réponse initiale, 250 mg IV par jour pendant encore 3 à 5 jours.

La voie intramusculaire (IM) est à privilégier dans le contexte ambulatoire, la voie intraveineuse (IV) pour le milieu hospitalier.

Dans le cadre d'un sevrage en alcool, les solutions intraveineuses à base de glucose ne doivent jamais être utilisées avant l'administration initiale de thiamine car l'arrivée massive de glucose peut précipiter un syndrome de Gayet Wernicke ou une cardiomyopathie [72]. En effet la carence en vitamine B1 peut être à l'origine d'une insuffisance cardiaque grave potentiellement réversible par une substitution de cette vitamine.

Enfin, il convient d'être vigilant au risque de surcharge liquidienne, en particulier pour les personnes souffrant de pathologies rénales, hépatiques, cardiaques ou de dénutrition sévère.

1.3.4 Prise en charge commune aux trois complications [52]

1.3.4.1 Les apports hydroélectrolytiques

Le sevrage en alcool peut être responsable d'une déshydratation voire d'un trouble hydroélectrolytique. Il est nécessaire de surveiller les apports hydriques et ioniques. La voie per os doit être privilégiée en l'absence de trouble de la vigilance ou de trouble de la conscience.

1.3.4.2 Environnement

Dans un contexte de sevrage simple ou compliqué, le patient doit être installé dans un environnement calme, éclairé, avec un passage régulier de soignants. Les troubles du comportement, la confusion et la potentielle mise en danger peuvent justifier le recours à la contention physique voire mécanique sur de courtes durées. Une surveillance des constantes, de l'hydratation et du bilan biologique doit être réalisée. Les soignants doivent également être vigilants aux troubles de la conscience, aux troubles du comportement et aux risques de pneumopathie d'inhalation du fait du sevrage et des effets secondaires des traitements.

1.4 Justification de l'étude

Les parties précédentes ont mis en lumière l'impact délétère de la dépendance à l'alcool et de ses complications potentiellement létales. Les données ont également montré des disparités régionales sur le territoire, faisant des Hauts de France, une région particulièrement touchée par cette problématique. A notre connaissance il n'existe pas de données détaillées portant sur les complications des sevrages en alcool au sein du CHU de Lille et les complications de sevrage sont sous diagnostiquées. Notre étude observationnelle vise à analyser la prise en charge des complications de sevrage en alcool au CHU. Notre travail s'attachera donc à étudier la survenue du nombre de patients ayant présenté des complications de sevrage au décours d'une hospitalisation sur l'année 2022. Puis dans un second temps, nous détaillerons les différentes caractéristiques d'intérêt des complications retrouvées ainsi que les modalités de leurs prises en charge.

2-Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique et rétrospective effectuée sur l'année 2022. Elle est réalisée à partir des dossiers médicaux de patients ayant présenté des complications de sevrage en alcool au cours de leur hospitalisation programmée ou non au CHU de Lille.

2.1 Population

2.1.1 Critères d'inclusion

La population de notre étude est constituée des patients majeurs ayant bénéficié d'une hospitalisation (au moins une nuit) entre le 01 janvier 2022 et le 31 décembre 2022 au CHU de Lille ayant présenté une complication de sevrage (pré-délirium tremens, délirium tremens, encéphalopathie de Gayet Wernicke ou crise convulsive) pendant celle-ci. L'hospitalisation était programmée ou non, sans distinction de service. Les soins pouvaient être libres ou sans consentement.

2.1.2 Critères de non-inclusion

Les patients suivants n'ont pas été inclus dans l'étude en raison de :

- La présence d'une complication de sevrage en alcool ou en benzodiazépines (crise convulsive, Gayet Wernicke, DT, pré-DT) au moment de l'admission.

- La présence d'une alcoolémie positive et/ou et une conséquence directe d'intoxication aigüe d'alcool au moment de l'admission.
- La présence de signes de sevrage légers durant l'hospitalisation ne remplissant pas les critères diagnostic des complications de sevrage en alcool.
- L'entrée en hospitalisation est réalisée avant le 1^{er} janvier 2022 ou après le 31 décembre 2022.
- Le patient est mineur au moment de l'admission.

2.2 Recueil des données

Une première sélection de dossiers est réalisée grâce à trois méthodes distinctes :

- Une analyse des données sémantiques. Un algorithme a ainsi été créé avec le DIM (cf. annexe [C]) permettant d'extraire les dossiers qui contiennent les termes référencés au sein des transmissions médicales et paramédicales dans les logiciels métier.
- Une analyse simple par codes PMSI (d'après codes diagnostics CIM 11) pour extraction des dossiers avec les codes F10.3 à F10.7 se rapportant troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation de l'alcool (cf. annexe [F]).
- Une analyse croisée par association de codes PMSI (d'après codes diagnostics CIM 11). Les associations (F10.2 +R 568) , (F10.2 + G409) et (F10.2+G328) se rapportent respectivement aux troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation de l'alcool et aux complications de la dépendance à l'alcool afin de permettre d'extraire les dossiers les contenant.

Chaque dossier retenu a bénéficié d'une analyse afin de retenir uniquement ceux respectant nos critères d'inclusion et d'exclusion. Toutes les informations recueillies ont ensuite été anonymisées et les différentes variables d'intérêt ont ensuite été extraites.

2.2.1 Recherche avec l'algorithme du DIM

Avec l'aide de l'équipe du DIM du CHU de Lille nous avons créé un algorithme de recherche (cf. annexe [C]) permettant d'extraire les dossiers comportant des transmissions avec certains termes d'intérêt. Afin d'être exhaustif, les termes ont volontairement été abrégés, avec et sans faute d'orthographe et la recherche a été effectuée dans tous les dossiers médicaux informatisés des différents logiciels métier du CHU (Sillage, ICCA et Résurgence).

Les mots-clés utilisés pour la recherche sont :

- « Sevrage alcool » et/ou « sevrage en benzodiazépines », seuls ou associés à d'autres mots-clés peu spécifiques tels que « delirium tremens », « agitation », « tremblement », « crise convulsive ».
- Recherche individuelle d'expressions « delirium tremens », « Korsakoff ».

Chaque dossier retenu grâce à l'analyse sémantique a ensuite bénéficié d'une analyse approfondie à l'aide des logiciels métier (sillage, ICCA et Résurgence) afin de respecter nos critères d'inclusion, de non-inclusion et d'ôter les faux positifs (symptomatologie d'intérêt se rapportant à d'autres pathologies que celles liées à la consommation d'alcool). Aucune unité fonctionnelle (UF) n'a été exclue hormis les services de pédiatrie (critère d'exclusion).

2.2.2 Méthodes de recherche par code CIM (simple et association)

Pour cette étude, nous avons ciblé certains des codes F10 correspondant aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Les codes retenus pertinents sont les codes F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7 codant respectivement pour les syndromes de sevrage, les syndromes de sevrage avec DT, les troubles psychotiques, les syndromes amnésiques et les troubles résiduels ou psychotiques de survenues tardives.

Les dossiers F10.2 seuls codant pour syndromes de dépendance étant jugés non spécifiques et peu sensibles n'ont pas été extraits, en effet la valeur prédictive positive (VPP) était de 26/4893 soit 0,5%, autrement dit, il aurait fallu explorer 1000 dossiers pour en inclure 5 à notre étude. A des fins d'exhaustivité, nous avons pris parti d'utiliser une dernière méthode comportant un croisement du code F10.2 et du code G328 codant pour l'encéphalopathie de Gayet Wernicke ; puis un croisement des codes F10.2 et les codes G409 qui codent pour crises convulsives et enfin une association des codes F10.2 et les codes R568 codant pour les convulsions.

Les codes CIM F10.0 et F10.1 codant réciproquement pour intoxication aiguë et utilisation nocive d'alcool pour la santé ne sont pas retenus par défaut de pertinence dans notre étude.

Chaque dossier retenu grâce à cette modalité de recherche a bénéficié d'une analyse à l'aide des logiciels métier afin de respecter nos critères d'inclusion et de non-inclusion et d'ôter les faux positifs. Aucune unité fonctionnelle (UF) n'a été exclue hormis les services de pédiatrie (critère d'exclusion).

2.3 Variables d'intérêt

Pour chaque patient inclus, les variables d'intérêt extraites sont :

- Âge
- Sexe
- Situation professionnelle
- Spécialité du service
- Hospitalisation programmée ou non
- Motif d'hospitalisation et durée d'hospitalisation
- Date de prise en soins
- Nombre d'unités standards d'alcool par jour rapporté avant l'entrée
- Délai du repérage du trouble de l'usage
- Délai d'apparition des premiers symptômes de sevrage
- Délai de prescription, posologie et mode d'administration des benzodiazépines
- Délai de prescription, posologie et mode d'administration de la vitaminothérapie
- Présence d'une co-dépendance aux benzodiazépines
- Outils, échelles utilisées pour le repérage du trouble de l'usage
- Outils, échelles utilisées pour la surveillance des signes de sevrage et les traitements
- Prescription d'échelles cliniques de surveillance du sevrage
- Expression clinique du sevrage et de leurs conséquences (violence, fugue, mise en danger grave, signes de sevrage graves, trouble du comportement, nystagmus, hallucination, confusion, contention, décès)
- Orientation vers les dispositifs de soins en addictologie

2.4 Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée par la F2RSM psy à l'aide d'analyses univariées. Les variables quantitatives sont décrites à l'aide de moyennes et d'écart-types et les variables qualitatives le sont au moyen d'effectifs et de pourcentages. Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.3.1.

2.5 Considérations éthiques :

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, elle est catégorisée comme hors recherche impliquant la personne humaine (RNIPH). Traitant des données médicales, cette recherche est sous couvert de la MR-004 qui encadre le traitement des données à caractère

personnel à des fins d'étude, d'évaluation ou de recherche n'impliquant pas la personne humaine. Il s'agit d'une étude portant sur la réutilisation de données qui présente un caractère d'intérêt public. Nous nous engageons à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche (Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018).

L'exploitation des données des dossiers médicaux a été réalisée après accord du département d'information médicale (DIM) du CHU de Lille. Ce dernier a une autorisation délivrée par la CNIL depuis 2019 concernant l'utilisation des données de santé. L'obtention de celui-ci (<https://www.legifrance.gouv.fr/cnil/id/CNILTEXT000039292712>), N°1754053, nous permet d'assurer la confidentialité de ces données de cette recherche. Un enregistrement auprès du délégué à la protection des données (DPO) (annexe [T] réf. DECA24-117) effectué le 28 mai 2024 afin de figurer dans le registre des traitements garantit la mise en œuvre de la conformité au règlement européen sur la protection des données. Cette recherche détient par ailleurs le certificat du comité scientifique et éthique (CSE) du CHU de Lille délivré le 21 septembre 2023. L'entrepôt des données extraites des logiciels métiers (Sillage, ResUrgences, ICCA) ont été anonymisées et stockées sur l'EDS INCLUDE partagé par le DIM qui garantit la confidentialité des données de santé. Une charte d'utilisation des données a été signée (cf. annexe[D]). Enfin une lettre d'information (cf annexe [S]) a été transmise à chaque participant de l'étude permettant ainsi la possibilité à ces derniers de s'opposer à l'utilisation de leurs données médicales.

3-Résultats

3.1 Survenue de complications de sevrage en alcool

3.1.1 Résultats de l'analyse sémantique

Sur la période de 2022, notre recherche a compilé 639 documents correspondant à 573 séjours différents.

L'analyse des 573 dossiers a exclu :

- 320 dossiers pour absence de notion de consommation d'alcool ou de benzodiazépine ou présence de symptômes non explicites, non significatifs, résolutifs sans traitement
- 93 dossiers correspondant à des sevrages légers ou modérés (critère d'exclusion)
- 60 dossiers faisant uniquement mention d'antécédent ou d'accident de sevrage
- 39 dossiers retrouvant une étiologie organique (neurologique, ionique, métabolique, septique) aux symptômes présentés
- 2 dossiers retrouvant une étiologie psychiatrique aux symptômes présentés

- 15 dossiers comportant un motif d'entrée en lien avec une intoxication aiguë en alcool ou ses conséquences directes (critères d'exclusion)

Soit 529 dossiers exclus et une sous-population d'étude de 44 patients ayant présenté une complication de sevrage avec :

- 33 délirium tremens dont (2 avec crises convulsives)
- 10 pré-délirium Tremens
- 1 syndrome de Gayet Wernicke

3.1.2 Résultats de l'analyse par codage CIM

Cette méthode nous permet de retrouver 228 séjours différents. L'analyse des dossiers a ensuite permis d'exclure :

- 31 dossiers correspondant à des sevrages légers ou modérés (critère d'exclusion)
- 43 dossiers n'ayant pas été intégrés du fait du motif d'entrée (critère d'exclusion)
- 103 dossiers faisant uniquement mention d'antécédent ou d'accident de sevrage
- 9 dossiers pour absence de notion de consommation d'alcool ou de benzodiazépine ou présence de symptômes non explicites, non significatifs, résolutifs sans traitement.
- 12 dossiers retrouvant une étiologie organique (neurologique, ionique, métabolique, septique) pouvant expliquer les symptômes du patient.
- 3 dossiers retrouvant une étiologie psychiatrique aux symptômes.

Soit au total 201 dossiers exclus et une sous-population finale de 27 patients ayant présenté une complication de sevrage avec :

- 25 délirium tremens
- 2 épisodes de crises convulsives

3.1.3 Résultats finaux (cf. Figure 8 & annexe [G])

Notre échantillon final comporte 59 patients dont 12 (20%) sont retrouvés à la fois par l'analyse sémantique et l'analyse par code CIM et sont donc comptabilisés une seule fois. Nous retrouvons donc :

- 46 delirium tremens (78%)
- 10 pré-délirium tremens (17%)
- 4 crises convulsives (7%)

- 1 syndrome de Gayet Wernicke (1%)

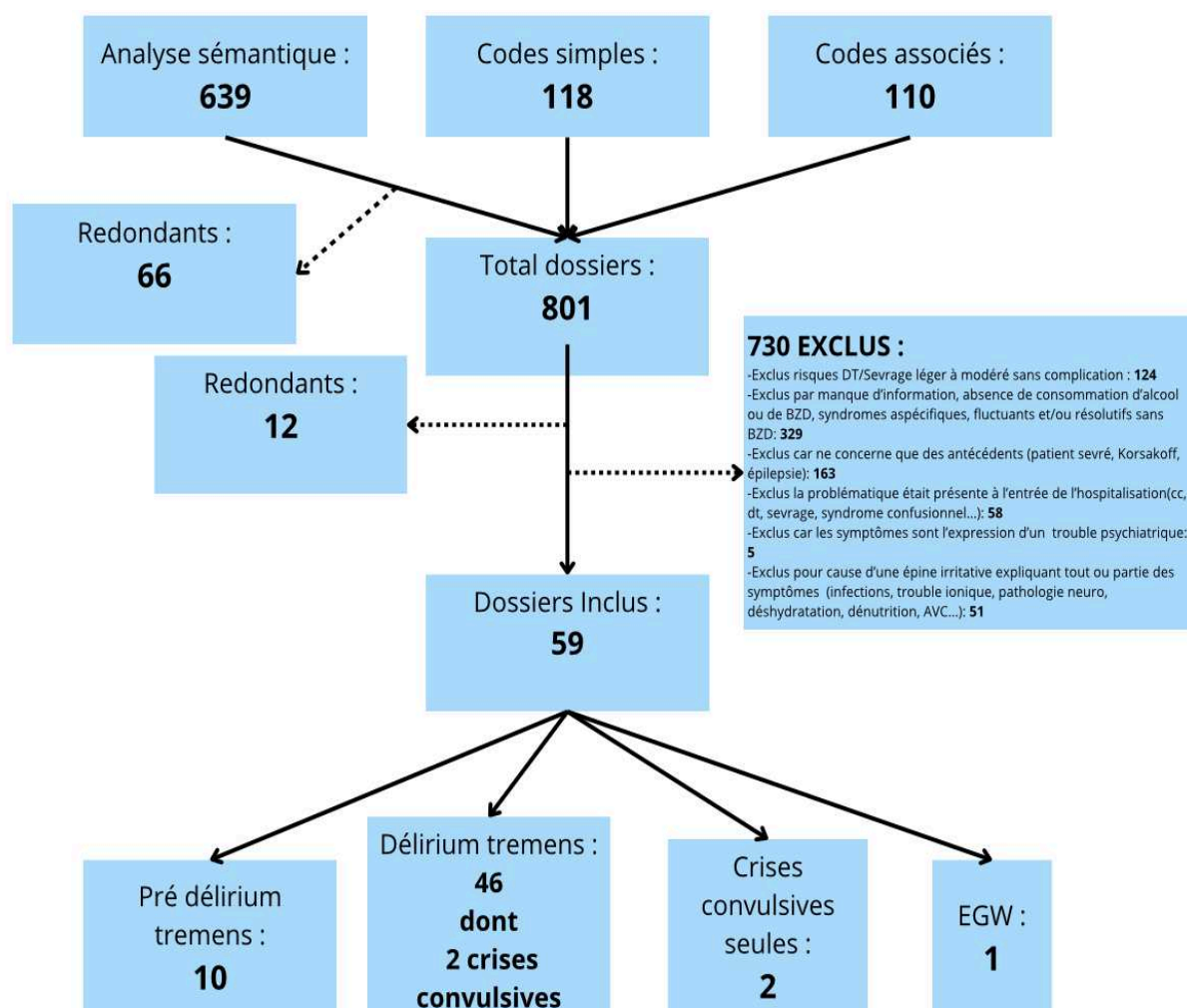


Figure n°8 : Composition de la population d'étude

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

3.2.1 Caractéristiques démographiques (cf tableau n°9)

Au sein de notre population, nous retrouvons 11 femmes pour 48 hommes soit un sexe ratio masculin plus important (81%). L'âge moyen est de 64 ans avec un écart type de 13 ans.

Sexe	Effectifs	Pourcentages
Homme	48	81,4%
Femme	11	18,6%
Age (années)		
Moyenne	64	
Médiane	63	
Situation professionnelle	Effectifs	Pourcentages
Retraité/sans emploi	55	93 %
En activité	1	1,7 %
En arrêt de travail	3	5 %

Tableau n°9 : Données démographiques de la population d'étude

3.2.2 Spécialités des services et modalités d'admissions

3.2.2.1 Spécialités des services (cf tableau n°10)

Les services de médecine représentent la part la plus importante soit 36 des 59 dossiers (61%).

Les services de chirurgie représentent quant à eux 23 dossiers soit 39 %.

Spécialités	Effectifs
Urgences et urgences chirurgicales	12 (20,3%)
Neurologie	9 (15,2%)
Gastroentérologie	7 (11,9%)
Cardiologie	7 (11,9%)
Ophtalmologie-ORL-Dermatologie	6 (10,2%)
Traumatologie	6 (10,2%)
Gériatrie	2 (3,4%)
Pneumologie	2 (3,4%)
Maladie infectieuse	2 (3,4%)
Médecine polyvalente	1 (1,7%)
Urologie	1 (1,7%)
Endocrinologie	1 (1,7%)
Médecine physique et réadaptation	1 (1,7%)
Réanimation	1 (1,7%)
Chirurgie plastique	1 (1,7%)
TOTAL	59 (100%)

Tableau n°10: Spécialité des services

3.2.2.2 Modalités d'admission (cf tableau n°11)

Nous retrouvons une majorité de prises en soins non programmées 46 pour 13 qui le sont.

Modalités d'admissions	Hospitalisations programmées
Hospitalisations non programmées	46 (78%)
Hospitalisations programmées	13 (22%)
TOTAL	59 (100%)

Tableau n°11: Modalité d'admission

3.2.2.3 Motifs d'admission (cf tableau n°12)

Nous retrouvons une proportion significativement plus importante d'hospitalisations dans un contexte traumatologique, (33,9%), des prises en soins programmées pour des actes de chirurgie (18,6%), d'affections cardiaques (11,9%) ou de pathologies gastriques (13,6%).

Motifs d'admission	Effectif
Traumatismes (plaies, fractures, chutes avec ou sans TC)	20 (33,9%)
Opérations programmées	11 (18,6%)
Syndrome digestif (hémorragie, pancréatite, occlusion)	8 (13,6%)
Syndrome ischémique, choc cardiogénique, décompensation cardiaque, dissection aortique	7 (11,9%)
Symptôme neurologique (avc, déficit hémicorps...)	5 (8,5%)
Altération de l'état général, malaise, lipothymie	3 (5%)
Autre, dermatologique ou inconnu	3 (5%)
Infection	2 (3,4%)
TOTAL	59 (100%)

Tableau n°12 : Motifs d'entrée

3.2.3 Comorbidité et antécédents spécifiques (Tableau n°13)

Une comorbidité par un traitement au long court par benzodiazépines est retrouvée chez 9 patients soit dans 15,2% des dossiers retrouvés.

13,6% des patients présentaient des antécédents de crises convulsives connues à l'entrée.

1 patient avait déjà présenté un épisode de délirium tremens avant la prise en soins.

Nous n'avons pas retrouvé d'antécédent d'encéphalopathie de Gayet Wernicke.

	N=59	Redondance
Association avec traitement par benzodiazépines	9 (15,2%)	1 (1,7%)
Antécédent de crises convulsives	8 (13,6%)	1 (1,7%)
Antécédent de delirium tremens	1 (1,7%)	0 (0%)
Antécédent d'encéphalopathie de GW	0 (0%)	0 (0%)
Total – dossier redondant	17 (29%)	NA

Tableau n°13: Comorbidités et antécédents spécifiques.

3.3 Prise en soins des complications de sevrage

3.3.1 Sévérité du TUA et ses modalités de dépistage (cf. tableau n°14)

La consommation moyenne retrouvée à l'entrée est de 10,06 unités standards (Us) par jour.

Dans 88,1% des cas, le trouble de l'usage est dépisté dès le premier jour d'hospitalisation.

Dans 22 dossiers soit 37 % des dossiers, nous retrouvons une notion de minimisation des consommations par les patients. Devant la symptomatologie, il y a eu 13 réévaluations.

On retrouve un patient déclarant un mésusage en benzodiazépine isolé.

Consommation d'alcool	Unité standards	Délai du repérage des consommations (en Jour)
Max	40	3
Min	0	1
Moyenne	10,6	1,17
Écart type	8,18	0,49

Tableau 14 : Sévérité TUA

3.3.2 Modalités de dépistage (cf tableau n°15)

L'anamnèse est utilisée dans 95% des dossiers pour retracer la quantité ou la sévérité du trouble de l'usage en alcool. 5% des dossiers ont bénéficié d'une évaluation par l'outil AUDIT.

	Nombre de dossiers
Évaluation par anamnèse	56 (95%)
Évaluation par outils standardisé (Audit)	3 (5%)

Tableau n°15 : Modalités de dépistage

3.3.3 Prévention des crises convulsives et de délirium tremens (cf tableau n°16)

Dans 18,6% des dossiers, les prescriptions de benzodiazépines (BZD) étaient déjà présentes avant les premiers symptômes retranscrits par les soignants et pour 40,5% des patients les BZD sont prescrites le jour de l'apparition des premiers symptômes de sevrage. Pour 41% des dossiers la prescription est réalisée plus de 24 heures après les premiers signes de sevrage.

Initiation des benzodiazépines	Nombre de dossiers N=59
Avant l'expression des premiers symptômes	11 (19%)
Le jour de l'expression des premiers symptômes	24 (40%)
J2 après l'expression des premiers symptômes	17 (29%)
J3 et + de l'expression des premiers symptômes	7 (12%)

Tableau n°16 : Prescription de benzodiazépines

Les molécules le Diazépam et l'Oxazépam représentant respectivement 32 et 39% des prescriptions.

La voie préférentielle retrouvée est la voie orale (per os) (94%). Enfin en se fondant sur les recommandations de la société française d'alcoologie, les prescriptions de BZD de J1 à J3 suivant les premiers signes de sevrage représentent en moyenne 29 % de ces recommandations (cf. tableau n°17). 8 patients ne bénéficient pas de prescriptions de BZD au cours des 3 premières journées d'hospitalisation.

BZD prescrits Au cours des 72 premières heures	Effectif	Posologie moyenne des prescriptions par rapport aux recommandations (SFA) dans les 72 premières heures	Nombre de dossiers ayant respecté la posologie (SFA) durant les 72 premières heures	Voie d’abord Per OS	Voie d’abord IV
Oxazépam	23 (39%)	51 (29%)	0 (0%)	48 (94%)	3 (6%)
Diazepam	19 (32%)				
Autre	9 (15%)				
Absence	8 (13%)	NA	NA	NA	
Effectif total		N=59 (100%)			

Tableau n°17 : Comparaison des pratiques aux recommandations SFA

3.3.4 Prévention du syndrome de Gayet Wernicke (cf tableau n°18 et 19)

Dans 58 dossiers (98%), les patients bénéficient d'une vitaminothérapie par thiamine. La posologie moyenne est de 762,71mg par jour. Dans 2 dossiers, nous retrouvons une prescription de vitamines précédant le repérage du trouble de l'usage en alcool. Dans 25 dossiers, la prescription a lieu le jour de repérage du trouble de l'usage Dans plus de la moitié des situations soit 31 des 58 dossiers, la prescription de vitamine B1 est réalisée plus de 24 h après le repérage du trouble de l'usage.

Initiation de la vitaminothérapie	Nombre de dossiers
Avant le repérage du TUA	2 (3,4%)
Le jour du repérage du TUA	25 (42,4%)
Plus de 24 h après le repérage du TUA	31 (52,5%)
Absence de prescription	1 (1,7%)
Répartition des voies d'administration (N=58)	IV 29 (50%) / Pos 29 (50%)
Total	59 (100%)

Tableau n° 18: Vitaminothérapie

Initiation de la vitaminothérapie	Nombre de dossiers
Absence de prescription	1 (1,7%)
En dessous des recommandations de la SFA	27 (45,8%)
Adaptée aux recommandations de le SFA	31 (52,5%)
Plus de 24 h après le repérage du TUA	31 (52,5%)

Tableau n°19: Vitaminothérapie par rapport aux recommandation SFA

3.3.5 Surveillance après les premiers signes cliniques (cf tableau n°20)

En moyenne l'apparition des premiers symptômes rapportés dans les dossiers est retrouvée au bout de 43 heures. L'échelle de Cushman est utilisée dans 9 dossiers sur 59 soit 15% des situations. Le score initial moyen retrouvé est de 7,2 /21. La prescription d'une échelle spécifique de surveillance du sevrage en alcool représente 15,2% des patients.

Outils surveillance des signes de sevrage	Nombre de patients	Délai moyen Mise en place après le repérage du TUA	Fréquence moyenne de la surveillance en heure	En accord avec la SFA	Durée moyenne de la surveillance	Score moyen retrouvé initialement
Échelle Cushman	9 (15,2%)	56 heures	2,89 fois /jour Min =1x/jour Max= 5x/jour	28 (48%)	2 jours et 18h	7,2/21
Cibles créées sur outils métier par paramédicaux	13 (22%)	29 Heures	1,77x/jour Min=1x/jour Max=8x/jour	49 (29%)	1 jour et 13h	NA
Absence d'outils ou de surveillance spécifique	37 (62,7%)	NA	NA	NA	NA	NA
Total	59 (100%)	NA	NA	NA	NA	NA

Tableau n°20 : Échelles et outils d'évaluation de la sévérité du trouble

3.4 Conséquences directes des syndromes de sevrage

Les conséquences sont rapportées dans la majorité des cas dans les transmissions infirmières sur les outils métiers (Sillage, ICCA, Résurgence) (cf tableau n°21).

Complications en lien avec l'expression du sevrage en alcool		
	Nombre de patients	Pourcentages
Troubles du comportement	50	85%
Confusion	46	78%
Mise en danger grave (ôte perfusion, drains...)	26	44%
Hallucinations	25	42%
Violences envers les soignants	Physiques = 11	24%
	Verbales = 3	
Contentions	18	30%
Chutes	3	5%
Fugues	3	5%
Décès dans les 7 jours	2	3,4%
Décès au cours des 60 jours	4	6,7%

Tableau n°21 : Complications directes du syndrome de sevrage

3.5 Orientation vers les services d'addictologie

23% des patients ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de liaison en addictologie au cours de l'hospitalisation. Deux patients décédés ne sont pas inclus dans les pourcentages.

Tous les patients ayant bénéficié d'une évaluation par l'équipe de liaison en addictologie sont orientés vers les structures ambulatoire ou spécialistes (cf tableau n°22).

Orientation vers une prise en charge addictologique	N = 57	Total
Appel de l'ELSA	13 (23%)	13 (23%)
Orientation à la sortie par l'ELSA	13 (23%)	
Orientation à la sortie par le service	0 (0%)	0 (0%)
Courrier au médecin traitant relatant l'orientation addictologique post-hospitalière par l'ELSA	13 (23%)	37 (64%)
Courrier au médecin traitant relatant les complications de sevrage ou du TUA	38 (67%)	
Absence d'information transmise au médecin traitant	20 (26%)	

Tableau n°22 : Orientation vers les centres d'addictologie, information au médecin traitant

4-Discussion

4.1 Les complications des syndromes de sevrage

L'objectif principal de ce mémoire est d'étudier les conditions des prises en charge des complications de sevrage en alcool survenues en hospitalisation au sein du CHU de Lille en 2022. La consommation d'alcool a un impact significatif sur le système hospitalier français ainsi 572 027 séjours liés à l'alcool ont été recensés. [88]. Les complications de sevrage y sont aussi surreprésentées :

- Le délirium tremens représente entre 0,2 et 0,7% des prises en charge [45] [46].
- Le syndrome de Gayet Wernicke représente 0,4% [73]
- Les crises convulsives représentent entre 0,3 à 1,2% des admissions à l'hôpital [61]. Les crises convulsives rapportées à la problématique alcool est de l'ordre de 18 à 25 % [61].

Ces complications sont donc fréquemment rencontrées, par leurs potentielles conséquences parfois mortelles, il est important de savoir les repérer, les prévenir et les traiter. Notre recherche compile 59 cas de complications que nous analyserons dans cette discussion. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées quant au faible nombre de cas de complications retrouvé dans cette recherche.

- L'hypothèse principale provient de la méthodologie choisie pour notre étude, qui répond à une volonté de s'intéresser uniquement à des situations hospitalières précises et contient donc des critères d'inclusion spécifiques participant à l'exclusion de cas avérés de complications de sevrage.
- Un sous diagnostic médical.
- La non-informatisation de certains dossiers.
- L'absence de formation en addictologie participe à une méconnaissance et à une mauvaise prise en charge des problématiques liées à l'usage de substances. Ce qui tendrait à minimiser nos chiffres par une absence d'identification des TUA.
- Une crainte de potentielles retombées médico-légales concernant les transmissions soignantes pourrait également participer à diminuer nos données.
- Enfin au sein du CHU de Lille, l'ELSA est présente dans les différents services médicochirurgicaux et aux urgences depuis 2020. Plusieurs rapports de bilan des différentes ELSA [74] ont montré que la mise en place d'ELSA au sein des centres hospitaliers participait à une prise en soins plus rapide, l'élaboration d'outils favorisant le repérage des troubles de l'usage, favoriserait le développement de partenariats [75]

et préviendrait ainsi les complications lors des sevrages contraints par le cadre hospitalier. La présence de cette équipe pourrait donc participer à la diminution des cas au sein du CHU.

4.2 Population d'étude et modalités de prises en soins

Au sein de notre étude, on s'aperçoit d'une nette prévalence masculine (81,4%), l'âge moyen est retrouvé à 64 ans, ce qui constitue un facteur de risque de délirium tremens [52] (âge > 60 ans). Dans la quasi-totalité des cas soit 55 patients ne détenaient pas d'emploi ou étaient retraités. Concernant les modalités d'hospitalisation, elles étaient programmées dans 18,6% des cas, ces 11 patients ont donc bénéficié d'une évaluation clinique qui aurait dû prévenir une potentielle complication de sevrage. Appuyant notre propos, deux essais cliniques danois ont retrouvé une diminution importante des complications de sevrage post opératoire sur des gestes programmés lorsqu'était mis en place un programme de consultations et de suivi téléphonique pré opératoire [76].

L'hospitalisation en elle-même contraint le patient à un arrêt de l'usage en alcool, le rapport de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en 2015 [52] émet lui un lien de corrélation entre la présence d'une pathologie aigüe comorbide à un TUA et la survenue d'une complication de sevrage en alcool. Les motifs d'admission principaux rencontrés dans notre étude sont les traumatismes (33,9%), l'expression d'une pathologie digestive (13,6%) ou cardiaque (11,9%). Au sein de la littérature, ces complications font partie des conséquences les plus fréquentes des troubles de l'usage en alcool [16], ce que semble également souligner notre étude.

L'ELSA pourrait favoriser l'application des recommandations de bonnes pratiques en évaluant ou orientant des patients en cas de dépistage de TUA en amont d'une hospitalisation. A défaut, l'équipe de liaison pourrait former les équipes à l'utilisation du protocole de sevrage mis en place au CHU de Lille par le professeur Cottencin afin de limiter les complications de sevrage en alcool. Nous constatons donc qu'une marge de progression est possible concernant les prises en soins programmées ou non des patients dépendants à l'alcool.

4.3 Le repérage du trouble de l'usage

4.3.1 Le délai de repérage

Dans une très grande majorité des cas (88,1%), les soignants évaluent la quantité d'alcool ingérée par jour dès le premier jour d'entrée en hospitalisation. Pour rappel, en cas de dépendance physique à l'alcool, les symptômes de sevrage surviennent en moyenne entre 2 et

6 heures après l'arrêt des boissons alcoolisées [16]. D'après le référentiel des bonnes pratiques de l'HAS en 2022 [78], il est recommandé d'évaluer les consommations d'alcool le plus précocement chez les patients afin de renforcer la lutte contre les complications liées à l'alcool. Bien qu'ils ne soient pas systématiques, nos résultats respectent donc en majorité avec les recommandations officielles ce qui pourrait témoigner d'une connaissance de ces dernières par les soignants des services médicochirurgicaux.

4.3.2 Les outils utilisés

Les modalités de repérage de l'usage d'alcool sont l'anamnèse dans 95% des cas de notre étude, dans 5% des dossiers le score AUDIT a été utilisé. La SFA recommande l'utilisation de l'AUDIT, on suspectera un mésusage d'alcool pour une femme à partir d'un score égal ou supérieur à 4 et à 5 pour un homme [80]. L'hétérogénéité des modalités de repérage, la faible utilisation d'outils standardisés ainsi que les mécanismes de défense tel que le déni nous invitent à la réflexion sur la formation des équipes et à la création et ou l'utilisation d'un outil fiable, simple, rapide, objectif et systématique dès l'accueil du patient. Ce repérage fait partie de l'évaluation clinique, il est primordial car au-delà de prévenir les risques de complications de sevrage, il initie l'entrée dans un processus de prise en soins addictologiques.

4.3.3 Les quantités révélées

A l'entrée en hospitalisation, la moyenne d'alcool consommé est d'environ 10 US par jour qui est en faveur d'un TUA sévère, c'est-à-dire d'un usage nocif ou d'une dépendance et aurait dû alerter les soignants car elle dépasse de beaucoup les recommandations [83]. Bien qu'il existe une corrélation entre le nombre d'US/jour et la sévérité du TUA et donc le risque de dépendance physique en alcool, le diagnostic du TUA nécessite une évaluation clinique complète se référant aux critères diagnostics CIM10, l'évaluation isolée de ce paramètre ne permet pas de diagnostiquer une dépendance physique et donc de prédire une complication de sevrage en l'alcool. Qui plus est, de manière fréquente (37%), nous nous apercevons que le patient minimise la consommation initialement rapportée. Certains auteurs évoque le « déni » du consommateur comme un mécanisme qui permet « à travers ce silence de dissimuler une souffrance qui lui est impossible de dissimuler », et ainsi le protégerait du rejet de l'autre. Néanmoins ce mécanisme de défense pourrait favoriser la survenue des complications de sevrage en alcool [79]. C'est le devoir des professionnels de santé, par le biais de leur formation,

accompagnés par l'ELSA qui permettra demain, nous l'espérons, une meilleure évaluation des TUA et ainsi observer une diminution des complications de sevrage contraints non traités.

4.3.4 Les antécédents des patients

Notre recherche retrouve environ 15% de patients présentant des antécédents de crises convulsives ou de délirium tremens. Selon la revue de littérature de Thiercelin & al. en 2012 [85] ces antécédents sont les plus prédictifs de survenues de complications de sevrage. Chez 15% des patients, nous observons la présence d'une prescription de benzodiazépines (BZB) au long court sans que l'usage soit décrit. L'arrêt d'un traitement par benzodiazépine, associé à celui de l'alcool majorant le risque de survenue de complications de sevrage [52].

Soit au total, ce sont 17 patients différents ou 29% de notre population dont la présence de ces antécédents et de la prescription de BZD auraient pu avoir pour conséquences une surveillance rapprochée ainsi que la mise en place de traitements empêchant la survenue des complications de sevrage. L'évaluation clinique doit permettre une prise en charge holistique du patient en tenant compte de ses antécédents et de ses facteurs de risques.

4.4 Prévention et prise en charge des complications de sevrage

4.4.1. La prévention du delirium tremens et des crises convulsives

Cette recherche observationnelle met en lumière 4 crises convulsives, 46 délirium tremens et 10 près délirium tremens or selon le collège des enseignants en neurologie en 2023 [53], ce syndrome regroupe plusieurs symptômes comme l'anxiété, l'inversion du rythme nyctéméral, les cauchemars, l'irritabilité, les sueurs, les tremblements postural des mains. Après étude approfondie des dossiers, la symptomatologie de ces 10 dossiers se rapportait au délirium tremens. Les auteurs précisent que le terme pré délirium est obsolète ne devant plus être utilisé afin de réduire les catégorisations erronées et améliorer les prises en charge [53]. Cette sous catégorisation participerait donc au sous diagnostic du délirium tremens.

4.4.1.1 Mise en place des benzodiazépines

19% de notre population totale ont reçu des benzodiazépines avant les premiers symptômes de sevrage retranscrits. Pour le tiers d'entre eux il s'agit d'une reconduction d'un traitement antérieur. Pour environ deux tiers restant, il s'agit une prescription débutée durant l'hospitalisation sans que nous puissions savoir s'il s'agit d'une prémédication, d'une

anxiolyse, d'une prévention du syndrome de sevrage. L'absence d'information concernant ces prescriptions ne nous permet pas de les interpréter.

Pour 40,5% des patients, les benzodiazépines sont prescrites le jour de l'apparition des premiers symptômes de sevrage et pour 41% des patients, la prescription est réalisée plus de 24 heures après l'expression des premiers symptômes. Devant l'expression d'un sevrage modéré ou sévère ou la présence d'antécédents de crises convulsives, de délirium tremens, une dose initiale doit être administrée au plus vite au patient. Ici, nous constatons donc une latence ou une absence de la mise en place de traitement par benzodiazépine qui pourrait être liée à plusieurs causes :

- Un refus ou un déni [79] de la part des patients de la thérapeutique dû à une méconnaissance des signes ou de la gravité des syndromes de sevrage en alcool.
- La crainte de potentielles retombées médico-légales concernant les conséquences d'un surdosage en benzodiazépine (dépression respiratoire, sédation..).
- La présence d'une comorbidité limitant la mise en place des benzodiazépines [86].
- L'absence de repérage du TUA liée au manque de formation [86] en addictologie et d'outils permettant une évaluation objective tel que l'AUDIT [44].
- Le manque de connaissance concernant les outils de surveillance des complications de sevrage [80].

Cette latence a joué un rôle dans la survenue des complications de sevrage de notre population.

Les molécules les plus utilisées sont le diazépam et l'oxazépam, ils représentent respectivement 32 et 39 % des prescriptions des benzodiazépines. Les recommandations de la SFA en 2023 [80] concernant l'usage des benzodiazépines dans le cadre des sevrages en alcool stipulent une prescription quotidienne de 10 mg x 4 de DIAZEPAM ou de 25 mg x 4 d'OXAZEPAM. Au sein de notre travail, en moyenne 29% de ces posologies sont atteintes entre J1 et J3 après l'apparition des premiers signes de sevrage. Aucune situation clinique n'a respecté les recommandations établies par la SFA dans les 72 premières heures d'hospitalisation (cf. tableau n°17). Ces résultats montrent une faible conformité aux recommandations établies en vigueur qui ont favorisé l'apparition de complications de sevrage en alcool. Notre hypothèse principale est la méconnaissance des recommandations addictologiques par l'ensemble du corps soignant et appui sur la nécessité de la poursuite du travail de formation de l'ELSA au sein de l'institution. Par ailleurs, une seconde explication résiderait dans la présence d'un terrain particulier chez les patients (âge, polymédication

initiale, altération de la fonction rénale ou hépatique) qui viendrait limiter la prescription de benzodiazépines.

Deux services ont eu recours à l'utilisation de bières à des fins de prévention des signes de sevrage et d'apaisement d'agitation psychomotrice en lien avec le sevrage. A ce jour, les hôpitaux peuvent toujours prescrire de l'alcool aux patients (per os ou IV), mais l'index thérapeutique de l'alcool est étroit [16] avec des risques de complications liées à l'imprégnation éthylique. De plus, cette prescription est contre indiquée pour les patients souffrant d'une affection hépatique aigüe concomitante, d'une épilepsie, d'une insuffisance rénale sévère, d'un diabète mais aussi en cas de grossesse et chez les femmes en âge de procréer en l'absence de moyen de contraception efficace. L'autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'éthanol par voie IV contient la mention « traitement d'appoint au cours du sevrage ». D'après notre étude cette prescription reste minoritaire mais, au-delà des limitations inhérentes au produit, elle questionne d'un point de vue éthique.

4.4.1.2 Échelles de surveillance utilisées

La société française d'alcoologie recommande une évaluation clinique rigoureuse et l'utilisation de l'échelle CIWA-AR (cf. annexe [Q]) ou du score de Cushman afin d'évaluer les signes de sevrage et déclencher le traitement [80]. Au sein de cette étude aucun patient n'a bénéficié d'une surveillance clinique préventive par la réalisation de ces échelles. La majorité des patients de notre population n'a pas bénéficié de surveillance clinique de sevrage dès l'apparition des premiers signes, seuls 37 % des patients bénéficient d'une surveillance clinique. 15,2% des patients se sont vu prescrire une échelle de Cushman et 22,1% des dossiers montrent une cible infirmière (IDE) afin de surveiller les signes. Lorsqu'une échelle était utilisée bien que son utilisation soit inférieure aux recommandations, on s'aperçoit d'une fréquente et d'une durée d'utilisation deux fois plus importantes.

Notre recherche permet donc d'identifier un manque de systématisation, d'harmonisation et un défaut d'utilisation des modalités de surveillance des signes de sevrage. Or une harmonisation des pratiques par diffusion d'un protocole simple, adapté, disponible et prescriptible par l'ensemble des professionnels et sur l'ensemble des logiciels métier favoriserait l'évaluation précoce, la surveillance standardisée et régulière des signes de sevrage en alcool et diminuerait ainsi le nombre de complications. Les IDE, souvent en première ligne devraient être formées et capables de repérer ainsi que de prescrire les éléments de surveillance.

4.4.2 La prévention du syndrome de Gayet Wernicke

Cette recherche a retrouvé un épisode de syndrome de Gayet Wernicke. Dans 52,5% des situations, la posologie de thiamine correspond aux recommandations de la SFA en 2023 [80], à savoir 1000g de thiamine par 24 h dans le cadre d'un sevrage aigue en alcool. En ce qui concerne le délai d'administration, dans 3,4 % des cas, les patients bénéficient du traitement en amont du repérage des TUA, sans que nous puissions établir l'indication retenue. 42,4% des patients ont bénéficié de la vitaminothérapie par thiamine le jour du repérage du TUA, soit dans plus de la moitié des situations ces prescriptions sont réalisées plus de 24 heures après le dépistage du TUA. Un patient de notre étude n'a pas bénéficié de vitaminothérapie.

Concernant la voie d'administration, la voie intra veineuse a représenté la moitié des patients, cette voie d'administration est pourtant recommandée dans le cadre des complications de sevrage [80] du fait d'une faible absorption intestinale soutenue par le risque d'inobservance.

Notre étude montre la nécessité de mise en place et de diffusion d'un protocole de prise en charge et les perspectives d'amélioration concernant l'application des recommandations de la SFA dans le traitement préventif du syndrome de GW. L'ELSA aura alors comme tâche de favoriser le partage de connaissances auprès des équipes de soins, de favoriser la mise en place rapide de la vitaminothérapie en cas de sevrage en alcool par la création d'un protocole.

4.5 Conséquences des complications de sevrage

4.5.1 Surmortalité et conséquences des sevrages en alcool

En ce qui concerne les conséquences des sevrages aigus en alcool, les troubles du comportement et les confusions sont les complications les plus fréquentes, elles représentent respectivement 85% et 78% des dossiers. Elles ont occasionné des mises en danger graves (ôte les perfusions, retrait de drains thoraciques, sondes vésicales...) représentent plus de 44 % des situations, et des violences envers les soignants dans près d'un quart des dossiers.

Chez près d'un tiers des patients, des mesures de contentions physiques et mécaniques ont été utilisées. Ce chiffre est élevé au regard des recommandations des bonnes pratiques de l'HAS qui dans une recommandation de bonne pratique en 2017 [82] reconnaît une indication de la contention mécanique *« comme une mesure d'exception...représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique...nécessitant accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance...»*.

Enfin nous rappelons que deux patients sont décédés au cours de leur hospitalisation, la littérature antérieure montre aussi une surmortalité liée au délirium tremens de l'ordre de 5 à 15 % [81]. Nos résultats semblent s'approcher de ceux des études antérieures, la différence constatée pourrait tenir à l'effectif réduit de notre population.

Ces complications graves et mortelles signent l'intérêt de cette étude et confèrent à l'équipe ELSA et à la psychiatrie de liaison la nécessité d'œuvrer afin de faire respecter le droit des patients en prévenant les risques de complication de sevrage en alcool et en favorisant la diffusion des règles de bonnes pratiques.

4.5.2 Orientation addictologique post-hospitalisation

Cette étude montre que seulement 23% soit 13 patients ont été évalués par l'ELSA puis ont bénéficié d'une orientation vers un CSAPA. La HAS et différents auteurs [83] recommandent d'établir un premier contact avec un référent en alcoologie avant la sortie du patient [63] et la réalisation d'un entretien motivationnel pour tous les patients souffrant d'un TUA et se présentant à l'hôpital. Nos hypothèses de ces faibles résultats sont:

- La méconnaissance de l'addictologie et du service ELSA par les services de soins.
- La méconnaissance des recommandations de l'OMS concernant la sévérité des TUA et les risques de leur sevrage.
- Certains patients ont pu refuser de bénéficier d'une évaluation par l'ELSA.
- Une partie des soignants peut être confrontée à des biais de jugement (minimisation ou banalisation des consommations), de familiarité, d'inertie (réticences à changer les pratiques), de confiance (confiance excessive en leur capacité à gérer un entretien favorisant le changement de comportement).
- Enfin peut être par manque de temps ou par crainte de devoir « garder » un patient plus longtemps en hospitalisation afin qu'il bénéficie d'une telle évaluation.

Les conséquences sont que 20 patients, soit 26% des médecins traitants des patients concernés par des complications de sevrage n'ont pas été informés de l'épisode de sevrage aigu présenté par leur patient. Au-delà de l'aspect déontologique et légal, ces résultats nous font émettre plusieurs hypothèses, les craintes de représailles et de judiciarisation ou une opposition du patient que la problématique addictive soit notifiée dans son dossier médical.

4.6 Forces et les limites de l'étude

4.6.1 Forces de l'étude

Il s'agit d'une recherche rétrospective observationnelle, ce type d'étude est particulièrement appropriée pour analyser la survenue des événements rares ou des maladies à faible prévalence. Notre méthodologie utilise à la fois les critères sémantiques et les codages CIM, elle permet une analyse exhaustive des complications de sevrage et de leurs conséquences. En premier lieu, la recherche sémantique a retrouvé un nombre plus important de dossiers que l'analyse par code CIM, ce qui prouve que les complications sont sous cotées, en effet 75% ont été identifiés grâce à cette méthodologie. Ce type de recherche devrait être plus fréquemment utilisé car il permet d'analyser l'ensemble des données paramédicales et médicales des services qui sont informatisés et de croiser les données à des fins d'exhaustivité. Selon le docteur Jusot J.F (DIM de Lille), son utilisation est plus pertinente et efficace pour les pathologies les moins fréquentes. Par cette modalité de recherche, nous avons pu observer différentes expressions cliniques des complications de sevrage.

Par ailleurs les codes CIM sont des outils fiables, permettant la standardisation des données et une catégorisation claire des maladies. Cette modalité permet de constituer de grandes bases de données. En effet dans notre étude, 4893 dossiers ont été repérés par cette méthodologie au cours de l'année 2022.

Cette recherche permet donc de faire une observation critique des complications de sevrage au sein du CHU de Lille et de suggérer un ensemble de résultats préliminaires qui pourront servir de base de futurs travaux. Ce travail a permis un examen de certaines pratiques médicales et paramédicales entourant la prise en charge des sevrages en alcool. Ainsi nous pouvons élaborer de potentiels axes d'amélioration des pratiques cliniques. L'étude met en avant la diversité des services exposés aux complications et conséquences des sevrage en alcool et prouve ainsi la nécessité de formation et d'intervention de la part des professionnels du champ de l'addiction dans l'ensemble des services du CHU de Lille. Une attention particulière doit être portée aux services fréquemment confrontés aux TUA et à de potentiels sevrages contraints. C'est à l'ELSA de partager les connaissances en addictologie, du repérage jusqu'à l'accompagnement des patients en passant par la surveillance des signes de sevrage.

4.6.2 Limites de l'étude

La nature rétrospective de l'étude, les critères stricts ont limité les données de l'étude et participé à un biais de recueils.

Les concepts recherchés tel que « DT », « sevrage », « délirium », etc... ne sont pas spécifiques des sevrages en alcool et peuvent être retrouvés fortuitement dans les dossiers de soins. Seule l'analyse des transmissions médicales et paramédicales des dossiers permet de repérer ou non les complications de sevrage avérées. Elle constitue donc une analyse chronophage et une spécificité moindre. De surcroît, certains services au CHU de Lille en 2022 ne sont pas ou partiellement informatisés ce qui est un frein capital à cette modalité de recherche et a pu participer à limiter le nombre de données d'intérêt.

L'analyse par code CIM s'avère également être d'une faible spécificité. Elle est néanmoins la seule utilisable dans les services non informatisés.

5-Perspectives

Depuis juin 2020, l'équipe de liaison en addictologie est présente aux urgences du lundi au vendredi de 9h à 18 h dans le cadre du protocole (RPIB) mis en place pour le repérage précoce des TUA chez les jeunes patients de 15 à 25 ans grâce à un financement de l'Agence Régionale de Santé (ARS) obtenu par le Professeur Olivier Cottencin (PUPH du service d'addictologie du CHU de Lille). Il est probable que la présence de l'équipe de liaison en addictologie, la rencontre, les échanges avec les professionnels de santé dans les différentes unités aient facilité l'évaluation, la mise en place d'une surveillance et d'un traitement adapté afin de prévenir les potentiels risques de complications de sevrage et ce dès les urgences et aient participé au faible nombre des complications retrouvées dans ce travail. Afin de vérifier cette hypothèse, il nous faudrait comparer les résultats avec ceux des années précédentes.

Néanmoins, au sein des parties précédentes nous avons observé qu'une minorité des patients (23%) ont été orientée vers les soins addictologiques. Les questionnements actuels à propos de ces chiffres portent sur le repérage des facteurs limitant l'orientation des patients mais aussi sur les médias de communication potentiels afin de maximiser les évaluations des patients présentant des TUA et soutenir des soins adéquats.

Au vu de la faible utilisation des outils de repérage standardisés, l'ELSA pourrait soutenir par la formation initiale et continue les équipes à l'utilisation d'un questionnaire unique comme

AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test Court). Ce qui permet d'obtenir un score sur la base de 3 questions et différencie le non-usage, l'usage simple et le trouble de l'usage [44]. La formation des équipes à l'utilisation de l'échelle de Cushman et la diffusion de ce dernier sur les logiciels permettrait de surveiller et de prévenir les conséquences des sevrage aigus en alcool. L'ELSA devrait aussi œuvrer en participant à la formation initiale et continue des équipes et poursuivre dans la clinique médicale notamment aux urgences.

Par ailleurs nous avons aussi constaté un manque d'harmonisation en ce qui concerne les thérapeutiques utilisées (vitamines, benzodiazépines) à la fois en termes de délai de mise en place, de posologie, de choix des molécules et de durée de traitement. Il nous paraît aujourd'hui nécessaire de poursuivre la formation et la diffusion de protocoles visant à une prise en charge adaptée et actualisée. Le centre hospitalier de Lille étant universitaire, une attention est vouée à la diffusion du savoir. L'ELSA pourrait alors proposer aux services concernés par les complications de sevrage en alcool des temps d'échange et de partage de leur expertise permettant ainsi de :

- Lutter contre la stigmatisation des patients présentant un TUA.
- Créer une culture d'apprentissage encourageant les soignants à apprendre d'eux.
- Renforcer les liens entre les soins somatiques et la psychiatrie et l'addictologie
- Créer des réponses autonomes adaptées de la part des soignants et faire preuve de réactivité lors de la survenue de telles complications.
- Diffuser les bonnes pratiques, les recommandations par la diffusion et la formation aux outils standardisés facilitant le repérage des TUA, et aux protocoles de sevrage et de prévention.
- Créer une fiche d'informations accessible à tous les soignants sur les logiciels et outils métier permettant une orientation des patients n'ayant pas pu ou n'ayant pas souhaité être rencontrés par l'équipe de liaison en addictologie.
- Former les professionnels paramédicaux et médicaux des services au repérage du TUA à la prescription ainsi qu'à la surveillance des complications de sevrage grâce à l'échelle de Cushman.

En outre, les actions de l'ELSA favoriseraient, nous l'espérons, l'orientation des patients ayant un trouble de l'usage en alcool vers les services de soins (CSAPA ou autre) grâce à la sensibilisation des différents acteurs du CHU. En effet, l'évaluation initie le parcours

addictologique et participe à la continuité des soins, préconisée par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et la HAS.

6-Conclusion

La population souffrant d'alcoolodépendance représente une part importante des hospitalisations programmées ou non en France. La prise en charge hospitalière expose ces patients à un sevrage aigu en boissons alcoolisées ainsi qu'à de potentielles complications. Notre recherche a permis de caractériser 59 épisodes de complications de sevrage au cours de l'année 2022 sur le CHU de Lille. Ces épisodes présents au cours d'une hospitalisation sont liés à un défaut de repérage, de prescription adéquate ou de surveillance adaptée. Cette recherche a également permis de dégager différents axes d'optimisation des soins du sevrage hospitalier en alcool passant par la formation, l'information, la diffusion d'outils et de protocoles.

Enfin, notre travail pourra servir de base à des études ultérieures réalisées au sein des services d'intérêt afin d'évaluer les freins et les facteurs favorisant le repérage et la prévention des risques d'un sevrage brutal en alcool ou de l'orientation des patients vers des soins addictologiques ultérieurs.

Bibliographie :

1. Santé.gouv. (2023, 08 24). *L'addiction à l'alcool*. Récupéré sur Sante.gouv.fr: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
2. INSERM. (2021, 10 25). *Alcool & santé Lutter contre le fardeau à multiples visages*. Récupéré sur : [https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/#:~:text=de%20l%27alcool%20et%20cancer,cancer%20\(CIRC\)%20depuis%201988](https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/#:~:text=de%20l%27alcool%20et%20cancer,cancer%20(CIRC)%20depuis%201988).
3. Sauvage, H. (2021). *Trouble de l'usage d'alcool: prise en charge thérapeutique du sevrage, du maintien de l'abstinence et de la réduction des consommations* (Doctoral dissertation).
4. Reynaud, M. (2016). *Comprendre les addictions : l'état de l'art*. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie*(pp. 1-28). Cachan: Lavoisier.
5. Besson D. (2004). *Boissons alcoolisées: 40 ans de baisse de consommation*. Récupéré sur : <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/309/1/ip966.pdf>
6. OFDT. (2022, décembre). *La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2022* ; Marc-Antoine Doucet. Récupéré sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2021.pdf>
7. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. (2019). *La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017*. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6) :89-97. Récupéré sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
8. Dematteis, M., Pennel, L. & Mallaret, M. (2016). 64. *Complications neurologiques des conduites d'alcoolisation*. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie* (pp. 476-483). Cachan : Lavoisier.
9. Santé publique France. (2020). *Consommation d'alcool en France où en sont les Français*. Récupéré sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>.
10. Bulletin de santé publique dans les Hauts-de-France, (2020, 01). Récupéré sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique>.
11. OFDT. (2017). *Les drogues à 17 ans : analyse régionales*. Récupéré sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssy9.pdf>.
12. OFDT. (2022). *La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2022*. Récupéré sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2022.pdf>.
13. Stehman, C. R., & Mycyk, M. B. (2013). A rational approach to the treatment of alcohol withdrawal in the ED. *The American journal of emergency medicine*, 31(4), 734–742. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.12.029>
14. Menecier, P., Girard, A., Badila, P., Rotheval, L., Lefranc, D., & Menecier-Ossia, L. (2009). L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. Etude prospective sur un an en hôpital général [Acute alcoholic intoxication at the hospital: a clinical stake. A prospective study of one year in a general hospital]. *La Revue de medecine interne*, 30(4), 316–321. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2008.12.010>
15. N. Thiercelin, B. Andrianirina, A. Plat. (2013). Delirium tremens : étude rétrospective de 39 observations, *La Revue de Médecine Interne*, Volume 34, Issue 2, 2013, Pages 73-77, ISSN 0248-8663. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.08.003>. que-alcool-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2020

16. Charbit, B. (2017). Prise en charge du patient alcoolique Bény CHARBIT, Service d'anesthésie-réanimation. Université Champagne-Ardenne, Hôpital Robert Debré. *Le congrès Conférences d'Essentiel*. <https://sfar.org/wp-content/uploads/2017/10/Charbit-Prise-en-charge-du-patient-alcoolique.pdf>
17. Eliassen, M., Grønkjær, M., Skov-Ettrup, L. S., Mikkelsen, S. S., Becker, U., Tolstrup, J. S., & Flensburg-Madsen, T. (2013). Preoperative alcohol consumption and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Annals of surgery*, 258(6), 930–942. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182988d59>
18. Egholm, J. W., Pedersen, B., Møller, A. M., Adami, J., Juhl, C. B., & Tønnesen, H. (2018). Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD008343. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008343.pub3>
19. Rozaire, C., Guillo Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B. & Vénisse, J. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ?. *Archives de politique criminelle*, 31, 9-23. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>
20. INSERM. (2020, 09) « *Addiction du plaisir à la dépendance* ». Récupéré sur : [https://www.inserm.fr/dossier/addictions/#:~:text=Prises%20globalement%2C%20ces%20addictions%20concernent,au%20tabac%20\(données%202019\).](https://www.inserm.fr/dossier/addictions/#:~:text=Prises%20globalement%2C%20ces%20addictions%20concernent,au%20tabac%20(données%202019).)
21. Infor Drogues & Addictions. (s,d). *Triangle multifactoriel de Claude Olievenstein*. Récupéré sur : <https://infordrogues.be/informations/produits/tabac/>
22. Cube de la dangerosité pharmacologique des drogues. (2016, 01 28). *Facteurs de risques liés aux produits*. Récupéré sur <https://www.addictaide.fr/facteurs-de-risque-lies-au-produit/>
23. Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H. & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie*. Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01>
24. Karila, L. & Reynaud, M. (2016). 7. Facteurs de risque et de vulnérabilité. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie*(pp. 84-86). Cachan: Lavoisier.
25. Barbara, J. G. (2019). Olds et Milner: la découverte des circuits du plaisir. *Cerveau & psycho. L'essentiel*.
26. Durazzo, T. C., Stephens, L. H., & Meyerhoff, D. J. (2024). Regional cortical thickness recovery with extended abstinence after treatment in those with alcohol use disorder. *Alcohol*, 114, 51-60.
27. De Witte, P., Littleton, J., Parot, P., & Koob, G. (2005). Neuroprotective and abstinence-promoting effects of acamprosate: elucidating the mechanism of action. *CNS drugs*, 19, 517-537.
28. Schuckit, M. A. (2014). Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *New England Journal of Medicine*, 371(22), 2109-2113.
29. Conger, J. J. (1956). II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 17(2), 296-305.
30. Cami, J., & Farré, M. (2003). Drug addiction. *New England Journal of Medicine*, 349(10), 975-986.
31. Karila, L., Zarmndini, R., Petit, A., Lafaye, G., Lowenstein, W., & Reynaud, M. (2013). Cocaine addiction: current data for the clinician. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 43(1), 9-17.
32. Ramoz, N., & Gorwood, P. (2018). Aspects génétiques de l'alcool-dépendance. *La Presse Médicale*, 47(6), 547-553.
33. Holligan, S. D., Battista, K., de Groh, M., Jiang, Y., & Leatherdale, S. T. (2019, 11). Recherche quantitative originale–Utiliser l'âge de la première consommation d'alcool pour prédire la consommation d'alcool, la consommation excessive d'alcool et le mélange d'alcool et de boissons énergisantes chez les élèves de 12 e année en Ontario dans le cadre

- du projet COMPASS. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*.
34. Karila, L., Legleye, S., Donnadieu, S., Beck, F., Corruble, E., & Reynaud, M. (2004). Consommations nocives de produits psychoactifs à l'adolescence. Résultats préliminaires de l'étude Adotecno. *Alcoologie et addictologie*, 26(2), 99-109.
 35. Chakroun, N., Doron, J., & Swendsen, J. (2004). Substance use, affective problems and personality traits: test of two association models. *L'encephale*, 30(6), 564-569.
 36. De Witte, P. (2013). Alcoolodépendance: facteurs de vulnérabilité. *Revue de neuropsychologie*, (3), 157-158
 37. Morel, A., Reynaud, M., (2002). les modalités de consommations à risques, *rapport du directeur de la santé sur l'usage nocif de substances psychoactives en 2002*, chapitre n°2; page 37.
 38. Richard Jessor, P. D. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *JOURNAL, OF ADOLESCENT HEALTH*, 12, 597-605.
 39. Robert P, (s,d) Utilisation de la grille de Cushman dans le sevrage simple d'alcool.
 40. Haute Autorité de Santé. (2006) Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant - *Société Française d'Alcoologie*.
 41. HAS. (2013). Sevrage du patient alcoolodépendant - *Recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*. Communiqué de presse.
 42. Wagner, E., Babaei, M., British Columbia Centre on Substance Use, & Columbia, B. (2019). *Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder*. British Columbia Centre on Substance Use
 43. Shivanand K. (2013, 07). Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. *Industrial Psychiatry journal*. Récupéré sur :https://www.researchgate.net/figure/Graph-depicting-the-time-course-of-alcohol-withdrawal-symptoms-based-on-clinical_fig2_263860038
 44. CUNEA. (2021). *Référentiel de psychiatrie et addictologie* . Presses universitaires François Rabelais. Récupéré sur : https://www.cunea.fr/sites/default/files/ref_psy_add_def_2021.pdf (page 343)
 45. Soyka M. (2008). Prevalence of delirium tremens. *The American journal on addictions*, 17(5), 452. Récupéré sur : <https://doi.org/10.1080/10550490802268868>
 46. Perälä, J., Kuoppasalmi, K., Pirkola, S., Härkänen, T., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., Viertiö, S., Latvala, A., Koskinen, S., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2010). Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 197(3), 200–206. Récupéré sur : <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070797>
 47. Moore, D. T., Fuehrlein, B. S., & Rosenheck, R. A. (2017). Delirium tremens and alcohol withdrawal nationally in the Veterans Health Administration. *The American journal on addictions*, 26(7), 722–730. Récupéré sur : <https://doi.org/10.1111/ajad.12603>
 48. Ferrey, G., & Sicot, C. (1982). Les syndromes de sevrage alcoolique et le delirium tremens [Alcohol withdrawal syndromes and delirium tremens]. *La Revue du praticien*, 32(25), 1687–1696.
 49. Schuckit M. A. (2014). Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *The New England journal of medicine*, 371(22), 2109–2113.
 50. Deffond, D., & Clavelou, P. (1999). Alcoolisme: syndrome de sevrage. Diagnostic, traitement [Alcoholism: withdrawal syndrome. Diagnosis, treatment]. *La Revue du praticien*, 49(12), 1337–1339.
 51. Thiercelin, N., Lechevallier, Z. R., Rusch, E., & Plat, A. (2012). Facteurs de risque du delirium tremens: revue de la littérature. *La Revue de médecine interne*, 33(1), 18-22.

52. Pic, D. (2015) Syndrome de sevrage alcoolique et délirium trémens, *SFMU*, urgences 2015. Récupéré sur : https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/053.pdf
53. CEN (collège des enseignants de neurologie). (2023). Addictction à l'alcool – complications neurologiques de l'alcoolisme. Récupéré sur : <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/addiction-lalcool-complications-neurologiques-lalcoolisme>
54. ANAES Conférence de consensus. (1999). Objectifs, indication et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant *Alcoologie*, 1999, 21, (Suppl. au n°2), 220 p., tabl
55. Mayo-Smith M. F. (1997). Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA*, 278(2), 144–151. Récupéré sur : <https://doi.org/10.1001/jama.278.2.144>
56. Mayo-Smith, M. F., Beecher, L. H., Fischer, T. L., Gorelick, D. A., Guillaume, J. L., Hill, A., ... & Melbourne, J. (2004). Management of alcohol withdrawal delirium: an evidence-based practice guideline. *Archives of internal medicine*, 164(13), 1405-1412
57. Schmidt, K. J., Doshi, M. R., Holzhausen, J. M., Natavio, A., Cadiz, M., & Winegardner, J. E. (2016). Treatment of Severe Alcohol Withdrawal. *The Annals of pharmacotherapy*, 50(5), 389–401. Récupéré sur : <https://doi.org/10.1177/1060028016629161>
58. Perry E. C. (2014). Inpatient management of acute alcohol withdrawal syndrome. *CNS drugs*, 28(5), 401–410. Récupéré sur : <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0163-5>
59. Prise en charge de la maladie du foie lié à l'alcool. (2021, 01). Recommandation de l'association française pour l'étude du foie et de la société française d'Alcoologie. Récupéré sur : https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/AFEF_Prise-en-charge-de-la-maladie-du-foie-liee-a-lalcool.pdf
60. Trinh-Duc, A., Fougeras, O., Philippe, J. M., Charpentier, S., Raphaele, V., Perrier, C., ... & Le Gall, C. (2007). Les crises convulsives de l'adulte au service d'Accueil et d'Urgence: 1ère conférence de consensus en Médecine d'Urgence, Genève, avril 1991, actualisé en 2001: deuxième actualisation 2006. Récupéré sur : https://www.sfm.org/upload/consensus/actualisation_cc_2006VF.pdf,
61. Huff, J. S., Morris, D. L., Kothari, R. U., Gibbs, M. A., & Emergency Medicine Seizure Study Group (2001). Emergency department management of patients with seizures: a multicenter study. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 8(6), 622–628. Récupéré sur : <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2001.tb00175.x>
62. Messing, R. O. (2014). Alcohol and the nervous system. In *Aminoff's neurology and general medicine* (pp. 713-724). Academic Press
63. Conférence de consensus de l'HAS. (2006, 01 19). Modalité de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. *Recommandation de bonne pratique*. Récupéré sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_271905/fr/modalites-de-l-accompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage
64. Recommandation des bonnes pratiques. (2023, 03 02). Épilepsie de l'adulte . Récupéré sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/fiche_epilepsie_de_ladulte_15_messages-cles_pour_ameliorer_votre_pratique.pdf Anne-Sophie Wiet. Repérage et traitement de l'encéphalopathie de Gayet Wernicke : que faire en pratique clinique : revue narrative de la littérature . *Médecine humaine et pathologie*. 2016. {dumas-01389585}

65. Nasri, S., Aichouni, N., Ettayeb, M., Mebrouk, Y., & Kamaoui, I. (2020). Wernicke's encephalopathy: a rare complication of hyperemesis gravidarum. *The Pan African Medical Journal*, 36, 267-267.
66. Pitel, A. L., Zahr, N. M., Jackson, K., Sassoon, S. A., Rosenbloom, M. J., Pfefferbaum, A., & Sullivan, E. V. (2011). Signs of preclinical Wernicke's encephalopathy and thiamine levels as predictors of neuropsychological deficits in alcoholism without Korsakoff's syndrome. *Neuropsychopharmacology*, 36(3), 580-588
67. Bouchal, S., Bougtoub, N., Alami, B., Chtaou, N., Maaroufi, M., & Belahsen, F. (2020). L'encéphalopathie de Gayet Wernicke: aspects cliniques et anomalies radiologiques. *Pan African Medical Journal*, 36(1)
68. Sechi, G., & Serra, A. (2007). Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *The Lancet Neurology*, 6(5), 442-455
69. O'Malley G F & O'Malley Rika. (2022, 12). Psychose de korsakoff. *Le manuel MSD*. Récupéré sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-spéciaux/drogues-illicites-et-substances-intoxicantes/psychose-de-korsakoff>
70. Berhoumi, A. E., Laoudiyi, D., Doumiri, M., Lhajoui, H., Labied, M., Chbani, K., ... & Ouzidane, L. (2021). Encéphalopathie de Gayet-Wernicke avec taux de thiamine normale: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*, 38.
71. Boulanger, A. S., Paquette, I., Létourneau, G., & Richard-Devantoy, S. (2017). Thiamine et encéphalopathie de Gayet-Wernicke: quelles règles de prescription?. *L'Encéphale*, 43(3), 259-267.
72. Marinella M. A. (1997). Pharmacologic treatment of alcohol withdrawal. *JAMA*, 278(16), 1317–1318. Récupéré sur : <https://doi.org/10.1001/jama.278.16.1317b>
73. Harper, C., Fornes, P., Duyckaerts, C., Lecomte, D., & Hauw, J. J. (1995). An international perspective on the prevalence of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Metabolic brain disease*, 10, 17-24.
74. Bilan ELSA .(2021). Évolution des pratiques en ELSA, en intra et en extrahospitalier. Pdf. Récupéré sur : <https://www.corse.ars.sante.fr/index.php/media/76916/download>
75. ARS (2018), Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en occitanie. Panorama du dispositif. PDF. Récupéré sur : https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=28810
76. Oppedal, K., Møller, A. M., Pedersen, B., & Tønnesen, H. (2012). Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
77. Brothers, T. D., Kaulbach, J., & Tran, A. (2021). Consommation malsaine d'alcool chez un homme de 65 ans en attente d'une chirurgie. *CMAJ*, 193(40), E1575-E1577.
78. Haute Autorité de Santé, Fiche points clés. (2022, 02 16). Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ?. Récupéré sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/note_de_cadrage_fiche_points_cles_alcool.pdf
79. Phan, T., Yana, J., Fabre, J., Yana, L., Renard, V., & Ferrat, E. (2020). Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes: enquête auprès de patients en soins premiers. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(4), 215-225.
80. Guide des recommandations de bonnes pratique de la société française d'alcoologie. (2023, 05 05). Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Récupéré sur : <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2.pdf>
81. Salottolo, K., McGuire, E., Mains, C. W., van Doorn, E. C., & Bar-Or D. (2017). Occurrence, Predictors, and Prognosis of Alcohol Withdrawal Syndrome and Delirium Tremens Following Traumatic Injury. *Critical care medicine*, 45(5), 867–874. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002371>

82. Recommandation de bonne pratique de l'HAS (2017, 02) « Isolement et contention en psychiatrie générale ». *méthode recommandations pour la pratique clinique*. Texte de recommandation. Pdf. Récupéré sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf
83. Brousse, G., Geneste-Saelens, J., Cabe, J., & Cottencin, O. (2018). Alcool et urgences [Alcohol and emergencies]. *Presse medicale (Paris, France : 1983)*, 47(7-8 Pt 1), 667–676. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.06.001>.
84. MILDECA .(2022). Santé publique France présente les nouvelles recommandations sur l'alimentation, y compris l'alcool, l'activité physique et la sédentarité. *Article*. Récupéré sur : <https://www.drogues.gouv.fr/sante-publique-france-presente-les-nouvelles-recommandations-sur-lalimentation-y-compris-lalcool>.
85. Thiercelin, N., Lechevallier, Z. R., Rusch, E., & Plat, A. (2012). Facteurs de risque du delirium tremens: revue de la littérature. *La Revue de médecine interne*, 33(1), 18-22.
86. Darbelley K. (2017). La prévention infirmière du syndrome de sevrage alcoolique et de l'état confusionnel aigu : revue de la littérature. *Mémoire de bachelor*.
87. Mellentin, A. I., Brink, M., Andersen, L., Erlangsen, A., Stenager, E., Bjerregaard, L. B., & Christiansen, E. (2016). The risk of offspring developing substance use disorders when exposed to one versus two parent(s) with alcohol use disorder: A nationwide, register-based cohort study. *Journal of psychiatric research*, 80, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.001>
88. J. Roux, N. Marguerite, M. Faisant, N. Atiki, L. Simac, R. Andler, G. Quatremère, M. Vernay, F. Paille, V. Nguyen-Thanh, L. Meurice, (2024). Estimation du nombre d'hospitalisations pour alcoolisation aiguë et complications en France, 2012-2022, *Journal of Epidemiology and Population Health* Volume 72, Supplement 1, 2024, 202335, ISSN 2950-4333, <https://doi.org/10.1016/j.jeph.2024.202335>.

Sommaire

GLOSSAIRE

1-INTRODUCTION	1
1.1 GENERALITES	1
1.1.1 Usage, incidence et mortalité de l'alcool à l'échelle mondiale et nationale	1
1.1.2 Usage, incidence mortalité de l'alcool dans les Hauts de France	1
1.1.3 Incidence des soins hospitaliers pour le trouble de l'usage d'alcool	2
1.2 L'ADDICTION	3
1.2.1 Mécanismes de l'Addiction	3
1.2.2 Facteurs de risques et vulnérabilités de l'Addiction	4
1.2.2.1 Type d'usage	4
1.2.2.2 Facteurs de risques	5
1.2.2.2.1 Facteurs neurobiologiques	5
A. Circuit de la récompense ou mésocorticolimbique	6
B. Systèmes GABAergique et glutamatergique	6
C. Système de la régulation émotionnelle, de l'humeur et du stress	7
D. Circuit de la sérotonine	7
1.2.2.2.2 Facteurs génétiques	8
1.2.2.2.3 Facteurs développementaux	8
1.2.2.2.4 Facteurs psychologiques et comportementaux	9
1.2.2.3 Facteurs environnementaux	9
1.2.3 Diagnostic du trouble de l'usage d'alcool	9
1.2.4 Outils et méthodes de repérage et d'évaluation clinique	10
1.2.5 Outils pour l'évaluation de la gravité du sevrage en boissons alcoolisées	10
1.3 PRINCIPALES COMPLICATIONS AIGÜES DU SEVRAGE	11
1.3.1 Delirium tremens	12
1.3.1.1 Épidémiologie	12
1.3.1.2 Facteurs de risque de Délirium Tremens	12
1.3.1.3 Expression clinique	13
1.3.1.4 Complications, évolution et mortalité	14
1.3.1.5 Prise en charge et traitement	14
1.3.2 Crises convulsives	16
1.3.2.1 Épidémiologie	16
1.3.2.2 Facteurs de risques	16
1.3.2.3 Expression clinique	16
1.3.2.4 Complications, évolution et mortalité	17
1.3.2.5 Prise en charge et traitement [40]	17
1.3.3 Encéphalopathie de Gayet-Wernicke	17
1.3.3.1 Épidémiologie	17
1.3.3.2 Facteurs de risques	17
1.3.3.3 Diagnostic	18
1.3.3.4 Complications, évolution et mortalité	18
1.3.3.5 Prise en charge	18
1.3.4 Prise en charge commune aux trois complications [52]	19
1.3.4.1 Les apports hydroélectrolytiques	19
1.3.4.2 Environnement	19
1.4 JUSTIFICATION DE L'ETUDE	20
2-MATERIELS ET METHODES	20
2.1 POPULATION	20
2.1.1 Critères d'inclusion	20
2.1.2 Critères de non-inclusion	20
2.2 RECUEIL DES DONNEES	21
2.2.1 Recherche avec l'algorithme du DIM	21
2.2.2 Méthodes de recherche par code CIM (simple et association)	22
2.3 VARIABLES D'INTERET	23
2.4 ANALYSE STATISTIQUE	23
2.5 CONSIDERATIONS ETHIQUES :	23

3-RESULTATS.....	24
3.1 SURVENUE DE COMPLICATIONS DE SEVRAGE EN ALCOOL.....	24
3.1.1 <i>Résultats de l'analyse sémantique</i>	24
3.1.2 <i>Résultats de l'analyse par codage CIM</i>	25
3.1.3 <i>Résultats finaux (cf. Figure 8 & annexe [G])</i>	25
3.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	26
3.2.1 <i>Caractéristiques démographiques (cf tableau n°9)</i>	26
3.2.2 <i>Spécialités des services et modalités d'admissions</i>	27
3.2.2.1 <i>Spécialités des services (cf tableau n°10)</i>	27
3.2.2.2 <i>Modalités d'admission (cf tableau n°11)</i>	27
3.2.2.3 <i>Motifs d'admission (cf tableau n°12)</i>	27
3.2.3 <i>Comorbidité et antécédents spécifiques (Tableau n°13)</i>	28
3.3 PRISE EN SOINS DES COMPLICATIONS DE SEVRAGE	28
3.3.1 <i>Sévérité du TUA et ses modalités de dépistage (cf. tableau n°14)</i>	28
3.3.2 <i>Modalités de dépistage (cf tableau n°15)</i>	29
3.3.3 <i>Prévention des crises convulsives et de délirium tremens (cf tableau n°16)</i>	29
3.3.4 <i>Prévention du syndrome de Gayet Wernicke (cf tableau n°18 et 19)</i>	30
3.3.5 <i>Surveillance après les premiers signes cliniques (cf tableau n°20)</i>	31
3.4 CONSEQUENCES DIRECTES DES SYNDROMES DE SEVRAGE	32
3.5 ORIENTATION VERS LES SERVICES D'ADDICTOLOGIE	32
4-DISCUSSION	33
4.1 LES COMPLICATIONS DES SYNDROMES DE SEVRAGE	33
4.2 POPULATION D'ETUDE ET MODALITES DE PRISES EN SOINS	34
4.3 LE REPERAGE DU TROUBLE DE L'USAGE	34
4.3.1 <i>Le délai de repérage</i>	34
4.3.2 <i>Les outils utilisés</i>	35
4.3.3 <i>Les quantités révélées</i>	35
4.3.4 <i>Les antécédents des patients</i>	36
4.4 PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE SEVRAGE	36
4.4.1 <i>La prévention du delirium tremens et des crises convulsives</i>	36
4.4.1.1 <i>Mise en place des benzodiazépines</i>	36
4.4.1.2 <i>Échelles de surveillance utilisées</i>	38
4.4.2 <i>La prévention du syndrome de Gayet Wernicke</i>	39
4.5 CONSEQUENCES DES COMPLICATIONS DE SEVRAGE	39
4.5.1 <i>Surmortalité et conséquences des sevrages en alcool</i>	39
4.5.2 <i>Orientation addictologique post-hospitalisation</i>	40
4.6 FORCES ET LES LIMITES DE L'ETUDE	41
4.6.1 <i>Forces de l'étude</i>	41
4.6.2 <i>Limites de l'étude</i>	42
5-PERSPECTIVES.....	42
6-CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE :	1
ANNEXES :	8

Annexes :

- A. Classification Internationale des maladies 11
- B. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatrique DSM-5
- C. Algorithme de recherche sémantique
- D. Charte d'utilisation Include

- E. Convention d'engagements réciproques Aide méthodologique de la F2RSM Psy
- F. Fiche d'aide au codage récupéré sur : <https://www.aideaucodage.fr/cim-fl0>
- G. Exclusions de dossiers issus recherche sémantique et CIM
- H. Répartition des diagnostics alcool en structure
- I. Tableau doses et traitement pour prévenir le délirium tremens. Récupéré sur : https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/053.pdf
- J. Prévalences régionales standardisées de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements d'outre-mer en 2014. Récupéré sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>.
- K. Haute Autorité de Santé. Récupéré sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf
- L. Questionnaire Face. Récupéré sur : <https://www.ch4v.fr/addictologie-et-alcoologie/ou-en-etes-vous-avec-vos-consommations/>
- M. Questionnaire PAWSS. Récupéré sur : https://www.researchgate.net/figure/Prediction-of-Alcohol-Withdrawal-Severity-Scale-PAWSS-tool_fig1_277080645
- N. Questionnaire AUDIT. Récupéré sur : <https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2013/traitement-medicamentaux-dependance-alcoolique.pdf>
- O. Échelle de Cushman. Récupéré sur <https://npem.fr/score-de-cushman/>
- P. Recommandation de bonnes pratiques. Épilepsies : prise en charge des enfants et des adultes. Récupéré sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202306/fiche_epilepsie_de_ladulte_15_messages-cles_pour_ameliorer_votre_pratique.pdf
- Q. Échelle CIWA-Ar. Récupéré sur : https://www.researchgate.net/figure/Alcohol-withdrawal-assessment-scoring-guidelines-CIWA-Ar-Mild-CIWA-Ar10-moderate_fig1_370122012
- R. Assurance maladie (2024, 01 23). L'alcool : définition et repères de consommation ; Récupéré sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/alcool-sante/definition-reperes-consommation>
- S. Lettre d'information délivrée aux patients concernant la possibilité d'opposition à l'utilisation des données de santé dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine.
- T. Attestation de déclaration informatique des données de santé (Réf. DECA24-117)

Classification CIM-11 [A]:

Usage selon la classification internationale des maladies (11 rev ou CIM 11)

1.L'abstinence ou le non-usage :

Il peut être primaire, quand il n'y a jamais eu de consommation en alcool et secondaire s'il y a eu un usage simple ou un trouble de l'usage auparavant.

2. L'usage simple :

L'usage simple correspond en France en 2024 à une consommation d'alcool respectant les normes de l'OMS (organisation mondiale de la santé) à savoir 2 unités standard (US) par jour en ayant des jours d'abstinence dans la semaine et sans excéder les 10 US par semaine. Ces recommandations sont valables pour la femme et pour l'homme en excluant les personnes mineures, les personnes ayant un problème de santé en lien avec l'usage de l'alcool, les patients présentant des pathologies où la consommation d'alcool expose le patient à des risques de complication (ex : patient épileptique).

3.L'usage à risque :

Ce critère n'est pas défini par la CIM 11 pour les drogues, en effet seul l'usage nocif et la dépendance sont inclus dans les troubles liés à l'usage de substances. L'usage à risque correspond à des consommations qui exposent à des complications psychologiques et ou physiologiques. Il peut être situationnel (ex : alcool et conduite automobile) ou quantitatif (ex : dépasse le nombre d'unités standards/jour).

On considère que la consommation est à risque lorsqu'elle dépasse les recommandations vues au-dessus. Ces recommandations sont valables pour les hommes et pour les femmes. (13)

Il est important de noter que cet usage à risque ne comporte pas de complications par définition mais est un facteur de risque à l'entrée dans un usage nocif ou une dépendance.

4.L'usage nocif :

L'usage nocif pour la santé, selon la classification, correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Le diagnostic de l'usage nocif repose sur les répercussions dans au moins un domaine de la vie du patient (sociale, physique, psychique, familial, professionnelle, judiciaire...). La désapprobation sociale, de l'environnement culturel ne suffisent pas à faire le diagnostic. Il se distingue de l'usage avec dépendance par l'absence de signe dépendance.

5.L'usage avec dépendance :

Le syndrome de dépendance, selon la CIM 11, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités.

La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (parfois compulsif) de boire de l'alcool. Au cours des rechutes, après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement. Pour le diagnostic il faudra au moins 3 critères durant la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif de boisson alcoolisée
2. Difficulté à contrôler l'utilisation de la substance

3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation
4. Tolérance aux effets de l'alcool, besoin d'une quantité plus importante afin d'obtenir l'effet désiré
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de l'alcool, et augmentation du temps passé à se procurer, consommer ou récupérer ses effets.
6. Poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Le Manuel Diagnostic et Statistiques des Troubles Mentaux (5^{ème} version) n'emploie plus le terme de dépendance. On retrouve soit un usage de la substance ou un trouble de l'usage révélé sur la période des 12 derniers mois. Les abus, les dépendances sont regroupées en une catégorie « trouble lié à une substance ». Ces modifications permettent de diminuer la stigmatisation des patients à travers des termes de dépendance ou d'abus, et de faciliter le suivi selon l'évolution des critères de sévérité du trouble de l'usage.

Classification DSM-5 [B] :

Les 11 critères diagnostiques du DSM-5 de l'American Psychiatric Association

1. L'alcool est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
 2. Désir persistant de diminuer ou de contrôler l'usage de l'alcool ou efforts infructueux.
 3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir et utiliser l'alcool ou récupérer de ses effets.
 4. Envie, fort désir ou besoin de consommer de l'alcool.
 5. L'usage récurrent de l'alcool résulte en un manquement à des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
 6. Poursuite de l'utilisation de l'alcool malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
 8. Usage récurrent de l'alcool dans des situations où il est physiquement dangereux.
 9. Usage de l'alcool poursuivi bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
 10. Tolérance, telle que définie par l'un des éléments suivants :
 - Un besoin de quantités notablement plus grandes d'alcool pour atteindre l'effet désiré.
 - Un effet notablement diminué avec l'utilisation continue de la même quantité d'alcool.
 11. Sevrage, tel que manifesté par l'un des éléments suivants :
 - Le syndrome de sevrage de l'alcool caractéristique.
 - L'alcool (ou une substance très proche, comme un médicament benzodiazépine tel que le Xanax) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Le trouble de l'usage est léger : (2-3 critères/11)
 - Le trouble de l'usage est modéré : (4-5 critères/11)
 - Le trouble de l'usage est sévère : (au-delà de 6 critères)

Algorithme de recherche sémantique [C]:

Expression	Concept	RECURENCES
Délirium	Dt	292
Délirium tremens	Dt	283
DT	Sevr_oh_bzd_plus	173
Agitation	Sevr_oh_bzd_plus	142
Tremblements	Sevr_oh_bzd_plus	131
CC	Sevr_oh_bzd_plus	115
Agite	Sevr_oh_bzd_plus	114
Sevrage OH	Sevr_oh_bzd_plus	92
Hallucinations	Sevr_oh_bzd_plus	75
Sevrage alcoolique	Sevr_oh_bzd_plus	69
Korsakoff	Gw_ksk	66
Gayet	Gw_ksk	60
Gayet Wernicke	Gw_ksk	55
Tremblement	Sevr_oh_bzd_plus	50
Crise convulsive	Sevr_oh_bzd_plus	45
Agitee	Sevr_oh_bzd_plus	31
Hallucination	Sevr_oh_bzd_plus	26
Tremulations	Sevr_oh_bzd_plus	26
Sevrage ethylique	Sevr_oh_bzd_plus	21
Sevrage alcool	Sevr_oh_bzd_plus	20
Tremulation	Sevr_oh_bzd_plus	17
Crises convulsives	Sevr_oh_bzd_plus	15
Tremulant	Sevr_oh_bzd_plus	14
Sevrage en alcool	Sevr_oh_bzd_plus	13
Tremulent	Sevr_oh_bzd_plus	11
Sevrage en oh	Sevr_oh_bzd_plus	10
Hallucine	Sevr_oh_bzd_plus	8
Tremble	Sevr_oh_bzd_plus	8
Korsakof	Gw_ksk	7
Sevrage tabagique et alcoolique	Sevr_oh_bzd_plus	7
Delerium	Dt	6
Delirum	DT	5
Sevrage thérapeutique en alcool	Sevr_oh_bzd_plus	5
Sevrage d'alcool	Sevr_oh_bzd_plus	4
Gayet Vernicke	Gw_kzk	3
Sevrage benzo	Sevr_oh_bzd_plus	3
Sevrage en benzo	Sevr_oh_bzd_plus	3
Crise comitiale	Sevr_oh_bzd_plus	2
Crises convulsive	Sevr_oh_bzd_plus	2

Gw	Sevr_oh_bzd_plus	2
Hallucinatoire	Sevr_oh_bzd_plus	2
Korsakov	Gw_kzk	2
Sevrage alccol	Sevr_oh_bzd_plus	2
Sevrage alcoolo	Sevr_oh_bzd_plus	2
Sevrage brutal en oh	Sevr_oh_bzd_plus	2
Sevrage d'alcool	Sevr_oh_bzd_plus	2
Sevrage en bzd	Sevr_oh_bzd_plus	2
Sevrage en cocaine cannabis bzd	Sevr_oh_bzd_plus	2
Sevrage oh et benzodiazepines	Sevr_oh_bzd_plus	2
Sevrage ou d'intoxication ethylique	Sevr_oh_bzd_plus	2
Tremblant	Sevr_oh_bzd_plus	2
Trembler	Sevr_oh_bzd_plus	1
Agitations	Sevr_oh_bzd_plus	1
Agitation	Sevr_oh_bzd_plus	1
Agitees	Sevr_oh_bzd_plus	1
Agitement	Sevr_oh_bzd_plus	1
Agitements	Sevr_oh_bzd_plus	1
Delerium tremens	Dt	1
Delirium tremuns	Dt	1
Delirium trimens	Dt	1
Delirium trmeens	Dt	1
Delirum tremuns	Dt	1
Delirum trimens	Dt	1
Gayet werniecke	Gw_kzk	1
Hallucinationsretrouvees	Sevr_oh_bzd_plus	1
Hallucinatio	Sevr_oh_bzd_plus	1
Hallucinatoire	Sevr_oh_bzd_plus	1
Halluciner	Sevr_oh_bzd_plus	1
Hallucinee	Sevr_oh_bzd_plus	1
Korsak	Gw_kzk	1
Korsaffsous	Gw_kzk	1
Korsakorff	Gw_kzk	1
Sevrage 1 conclusion hepatite alcoolique	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage 2cig j oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage a 22pa alcool	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage e l'alcool	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage alcoolemique	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage alccolique	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage alcolique	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage alcooldepuis	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage alcoolemeie	Sevr_oh_bzd_plus	1

Sevrage alccolique	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage au bzd	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage brutal en bzd	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage brutal en alcool	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage conso oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage d alcoolemie	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage d'oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage definitif en 1996 oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage avant oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage en boisson alcoolisées	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage en cours d'alcool	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage intoxication ethylique	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage observation médicales, consommation ethylique	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage oh cannabis benzo	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage oh oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage pancréatite aiguë oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage partiel bzd	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage recent alocolo	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage tabac alcoolique	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage tabac du jour oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage tabac et alcool	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage tabagique et alcool	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage tabagique voire oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage therapeutique alcool	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage ethylique depuis	Sevr_oh_bzd_plus	1
Sevrage oh	Sevr_oh_bzd_plus	1
Trémblement	Sevr_oh_bzd_plus	1
Tremblait	Sevr_oh_bzd_plus	1
Tremblante	Sevr_oh_bzd_plus	1
Tremblantes	Sevr_oh_bzd_plus	1
Tremblets	Sevr_oh_bzd_plus	1
Tremblements	Sevr_oh_bzd_plus	1
Tremblment	Sevr_oh_bzd_plus	1
Tremblments	Sevr_oh_bzd_plus	1
Tremulante	Sevr_oh_bzd_plus	1
Tremule	Sevr_oh_bzd_plus	1

Charte utilisation INCLUDE [D] :

	Charte d'utilisation de l'EDS INCLUDE CHU de Lille	Date : 11/02/22 Page 1 sur 1
---	---	---

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a, le 5 septembre 2019, autorisé le CHU de Lille à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité un entrepôt de données de santé (EDS), intitulé « INCLUDE ».

Le CHU de Lille garantit la protection et de la confidentialité des données traitées dans le cadre de la recherche en santé enjoint les utilisateurs des données à la plus grande vigilance quant à la sécurité physique ou logique de ces données.

La présente charte d'utilisation des données de l'EDS INCLUDE s'applique à tous les utilisateurs, chercheur ou expert, qui sont préalablement habilités par le Comité Scientifique et Ethique (CSE) du CHU de Lille à accéder à tout ou partie des données de santé soit en raison de leur fonction ou en raison d'une autorisation temporaire.

Conformément au protocole de recherche validé en CSE, un ou plusieurs jeux de données chiffrées vous seront transmis. Les données ne pourront être utilisées qu'à cet usage exclusif. Aucun détournement ne sera autorisé. Tout usage non-prévu nécessitera un avenant soumis au CSE.

En signant cette charte, le demandeur s'engage en particulier à :

- N'utiliser ces données que dans le cadre des finalités de l'étude préalablement autorisée par le CSE ;
- Ne pas utiliser les données auxquelles il peut accéder à des fins autres que celles prévues par ses attributions ;
- Prendre toutes les mesures conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de ses attributions afin d'éviter l'utilisation détournée ou frauduleuse de ces données ;
- Ne traiter ces données que sur un ordinateur fixe connecté au serveur sécurisé du CHU de Lille ;
- N'accéder aux données qu'en utilisant les informations de connexion nominatives fournies, informations dont le demandeur assurera la non divulgation.
- S'assurer, dans la limite de ses attributions, que seuls les moyens de communication sécurisés seront utilisés pour transférer ces données ;
- Ne pas sortir ces données en dehors du CHU de Lille ;
- Prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art pour préserver la sécurité physique ou logique de ces données ;
- Ne communiquer ces données par des moyens sécurisés validés par le Responsable de la Sécurité du Systèmes d'Information qu'aux signataires de la présente charte et dûment autorisés par le CSE ;
- Ne divulguer ces données qu'aux personnes dûment autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication, qu'il s'agisse de personnes privées, publiques, physiques ou morales ;
- Assurer l'intégrité et la confidentialité des données pendant et après l'exercice de ses fonctions.
- Ne faire aucune copie de ces données sauf à ce que cela soit nécessaire à l'exécution de ses fonctions ;
- Ne pas utiliser de support amovible comme base de stockage ;
- En cas de cessation de ses fonctions, supprimer l'intégralité des données, fichiers informatiques et tout support d'information relatif à ces données.
- En cas de doute sur la sécurisation des données, de l'environnement de travail ou du traitement, en référer à la Sécurité Opérationnelle SI du CHU ou au Responsable de la Sécurité du Systèmes d'Information

Cet engagement de confidentialité, en vigueur pendant toute la durée de mes fonctions, demeurera effectif, sans limitation de durée après la cessation de mes fonctions, quelle qu'en soit la cause, dès lors que cet engagement concerne l'utilisation et la communication de données à caractère personnel.

Je déclare être informé(e) que toute violation du présent engagement m'expose à des sanctions disciplinaires et pénales conformément à la réglementation en vigueur, notamment au regard des articles 226-13 et suivants du Code pénal.

NOM, Prénom(s) de l'investigateur principal : STEVENS NARG
exerçant les fonctions de : INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE (étudiant)
au sein de la société/établissement : CHU de Lille
Le cas échéant, indiquer le(s) co-demandeur(s) habilité(s) par le CSE :

étant à ce titre amené(e.s) à accéder à des données à caractère personnel, déclare(nt) reconnaître les impératifs liés à la sécurité, à l'intégrité et à la confidentialité desdites données.

Fait à Lille, le 25.10.23

Signature de l'investigateur principal :

Signature(s) du(es) co-demandeur(s) :





Convention d'engagements réciproques

Aide méthodologique de la F2RSM Psy [E]

La convention est passée entre les soussignés : Marc Sivery étudiant Infirmier en pratique avancée, Madame le Docteur Veillon Emma, Docteur en psychiatrie et le groupement d'intérêt public Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy), déclarée à l'INSEE, dont l'identifiant SIRET est 502 830 144 00023, dont le siège social est 211 rue du Général Leclerc – 59 350 Saint-André-lez-Lille Représentée par son Directeur, le Dr Maxime Bubrovsky d'autre part, Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 – La consultation d'aide méthodologique

La consultation d'aide méthodologique s'adresse à l'ensemble des personnels des établissements adhérents qui souhaitent formaliser et mettre en œuvre un projet de recherche. Dans ce cadre, elle permet une aide méthodologique à la réalisation de projets, recherches, études, travaux, etc. en psychiatrie et en santé mentale.

Le porteur du projet de recherche répondra aux points suivants afin de détailler la demande :

- Si le porteur du projet de recherche est un étudiant, son directeur de recherche doit agréer aux demandes formulées par l'étudiant auprès de la F2RSM-psy
- La nature de l'aide souhaitée doit être explicitement formulée. On peut citer sans caractère limitatif : structuration et rédaction du protocole, élaboration des outils nécessaires à l'étude, conseil statistique préalable à la mise en œuvre, traitement des données qualitatives ou quantitatives, aide biostatistique pour le choix de la méthode et/ou pour le traitement des données d'aide à l'obtention des autorisations réglementaires (CPP, CNIL, etc...) et le cas échéant promotion de l'étude.
- Le titre du projet : **Étude observationnelle des prises en charge des complications de sevrage en alcool survenues en hospitalisation au Centre Hospitalier Universitaire de Lille en 2022.**
- Le calendrier du projet : Remise du mémoire le 1^{er} juin 2024, soutenance le 01 juillet 2024
- Le financement du projet : Aucun

Article 2 - Les compétences et engagements réciproques

La F2RSM Psy s'engage à apporter une aide méthodologique à la réalisation du projet. Une séance de travail est possible chaque jeudi et nécessite de prendre un rendez-vous au préalable. Les consultations pluridisciplinaires associant les compétences requises à chaque étape du projet (conduite de projet, méthodologie générale, statistiques, recueil et traitement des données qualitatives).

Le porteur du projet bénéficiaire de l'aide méthodologique s'engage :

1. À solliciter la présence du directeur de la recherche lors de la première consultation

2. À assister en présentiel ou en distanciel aux consultations programmées ou le cas échéant à annuler le plus en amont possible et en tout état de cause au moins 48 heures à l'avance
3. À fournir un compte-rendu de consultation d'aide méthodologique sous la forme d'un relevé de décision dactylographié après chaque réunion
4. À valoriser les résultats de la recherche : par une communication orale ou affichée dans un congrès et/ou par une publication dans une revue professionnelle ou scientifique. Pour cela il pourra bénéficier d'un accompagnement rédactionnel par l'équipe d'aide méthodologique
5. À citer la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy) lors de la publication du travail
6. À placer parmi les auteurs, après concertation avec eux, les membres de la CAM ayant contribué de façon substantielle (à savoir, nécessitant un travail en dehors de la consultation : statistiques, rédaction ou relecture, etc.)
7. À avertir la F2RSM Psy de la présentation du travail et de lui en faire parvenir un exemplaire du travail.

Article 3 – Durée de l'engagement

La proposition de publication et de communication devra être soumise dans l'année suivant l'obtention du résultat du travail.

Article 4 – Stockage des données

D'une manière générale, le bénéficiaire s'engage au respect de la réglementation en vigueur concernant le stockage et la protection des données à caractère spécifique.

En vue de se conformer au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), la F2RSM Psy s'est dotée d'un espace sécurisé pour le stockage des données de santé qu'elle est amenée à traiter (fichiers nominaux ou pseudonymisés). En signant cette convention, le porteur du projet s'engage à stocker les fichiers relatifs à la recherche qu'il aura menée avec la F2RSM Psy ou qu'il aura obtenus (extractions de bases médico-économiques, d'activités ...) pour les besoins de l'étude menée avec l'aide de la F2RSM Psy, sur cet espace sécurisé créé sur la plateforme NextCloud, à l'exclusion de tout support ou espace personnel (ordinateur, clé, disque dur externe, cloud ...)

Le porteur du projet recevra les codes et tutoriels nécessaires à la gestion de cet espace sécurisé, qui fait l'objet d'une sauvegarde quotidienne.

Accès <https://f2rsmpsy.francecentral.cloudapp.azure.com/>

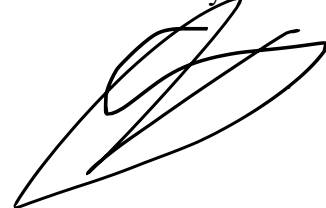
Fait à Saint-André-lez-Lille, 21 décembre 2023
le

Pour la F2RSM Psy
Dr Maxime Bubrovsky
Directeur

Dr Claire-Lise Charrel
Responsable pôle « aide
méthodologique »

Le porteur du projet

Mr Sivery Marc



CODE CIM-11 [F] :

G409 Épilepsie, sans précision 1 oui oui

G40 Épilepsie 1 oui non

Thésaurus de diagnostics synonymes pour G409

Proposer un nom alternatif pour G409

- o AIT épileptogène
- o Anoxie post-critique
- o Cicatrice épileptogène
- o Comitialité
- o Comitialité active
- o Comitialité ancienne
- o Comitialité chronique
- o Comitialité cicatricielle
- o Comitialité congénitale
- o Comitialité enfance

- o Comitialité essentielle
- o Comitialité hémicorps droit
- o Comitialité idiopathique
- o Comitialité néo-natale
- o Comitialité séquellaire
- o Comitialité tardive
- o Convulsions épileptiques
- o Crise comitiale
- o Crise comitiale inaugurale
- o Crise épilepsie
- o Crise épilepsie chronique

Diag **Intitulé CIM10** **Sév. Actif DP**

R568 Convulsions, autres et non précisées 2 oui oui

R56 Convulsions, non classées ailleurs 1 oui non

Thésaurus de diagnostics synonymes pour R568

Proposer un nom alternatif pour R568

- o Accès convulsif
- o Antécédent convulsif
- o Antécédent convulsion
- o Attaque (voir aussi Apoplexie) convulsive (voir aussi Convulsions)
- o Coma convulsif
- o Coma convulsif prolongé
- o Coma post critique
- o Coma post-convulsif
- o Coma post-convulsion
- o Coma post-critique

- o Convulsif
- o Convulsion
- o Convulsion cérébrale
- o Convulsions
- o Convulsions (idiopathiques) généralisées
- o Convulsions (idiopathiques) spasmodiques
- o Convulsions chroniques
- o Convulsions généralisées
- o Convulsions itératives
- o Convulsions répétition
- o Convulsions répétitives

Diag **Intitulé CIM10** **Sév. Actif DP**

G328 Autres affections dégénératives précisées du système nerveux au cours de maladies classées ailleurs 2 oui oui

G32 Autres affections dégénératives du système nerveux au cours d'affections classées ailleurs 1 oui non

Thésaurus de diagnostics synonymes pour G328

Proposer un nom alternatif pour G328

- o Alzheimer) G30.9 moelle épinière postérieure (syphilitique) A52.1
- o B) E51.2
- o Bériberri (sec) avec encéphalopathie de Wernicke E51.2
- o Dégénérescence cerveau (corticale) (diffuse) (parenchymateuse) (progressive) au cours de bériberri E51.1
- o Dégénérescence cerveau (corticale) (diffuse) (parenchymateuse) (progressive) au cours de carence en vitamine B12 E53.8
- o Dégénérescence cerveau (corticale) (diffuse) (parenchymateuse) (progressive) au cours de lipodose (généralisée) E75.6 cérébrale E75.4
- o Dégénérescence cerveau (corticale) (diffuse) (parenchymateuse) (progressive) au

- o cours de maladie ou syndrome de Fabry E75.2
- o Dégénérescence cerveau (corticale) (diffuse) (parenchymateuse) (progressive) au cours de maladie ou syndrome de Gaucher E75.2
- o Dégénérescence cerveau (corticale) (diffuse) (parenchymateuse) (progressive) au cours de maladie ou syndrome de Hunter E76.1
- o Dégénérescence cerveau (corticale) (diffuse) (parenchymateuse) (progressive) au cours de maladie ou syndrome de Hurler E76.0
- o Dégénérescence cerveau (corticale) (diffuse) (parenchymateuse) (progressive) au cours de maladie ou syndrome de Niemann-Pick E75.2
- o Dégénérescence cerveau (corticale) (diffuse) (parenchymateuse) (progressive) au cours de mucopolysaccharidose E76.3

votre contribution (mer

Envoyer

Diag	Intitulé CIM10	Sév.	Actif	DP
F102	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance	1	oui	oui
1020	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente	1	oui	oui
10200	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente en rémission récente	1	oui	oui
10201	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente en rémission partielle	1	oui	oui
10202	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente en rémission complète	1	oui	oui
1021	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente mais dans un environnement protégé	1	oui	oui
1022	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale	1	oui	oui
1023	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente, mais prenant des médicaments aversifs ou bloquants	1	oui	oui
1024	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle	1	oui	oui
10240	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle, sans symptôme physique	1	oui	oui
10241	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle, avec symptômes physiques	1	oui	oui
1025	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue	1	oui	oui
1026	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique	1	oui	oui
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1	oui	non
Thésaurus de diagnostics synonymes pour F102		Proposer un nom alternatif pour F102 votre contribution (merci) Envoyer		
- o Absinthisme - o Addiction alcool - o Addiction alcoolique - o Addiction éthanol - o Addiction éthylique - o Addiction oenologique - o Addiction OH - o Alcool - o Alcool chronique - o Alcoolique		- o Alcoolique chronique - o Alcoolique notoire - o Alcoolisation - o Alcoolisation chronique - o Alcoolisation chronique sévère - o Alcoolisation majeure - o Alcoolisation permanente - o Alcoolisations itératives - o Alcoolisme - o Alcoolisme ancien - o Alcoolisme chronique		

Diag	Intitulé CIM10	Sév.	Actif	DP
F103	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage	2	oui	oui
1030	Syndrome de sevrage de l'alcool, sans complication	2	oui	oui
1031	Syndrome de sevrage de l'alcool, avec convulsions	2	oui	oui
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1	oui	non
Thésaurus de diagnostics synonymes pour F103		Proposer un nom alternatif pour F103 votre contribution (merci) Envoyer		
- o Alcool sevré - o Désintoxication alcoolique - o Désintoxication éthylique - o état manque éthylique - o Hallucinoïse alcoolique - o Intoxication alcoolique sevrée - o Sevrage (toxicologie) - o Sevrage alcool - o Sevrage alcoolique - o Sevrage alcoolique brutal		- o Sevrage alcoolisme chronique - o Sevrage éthylique - o Sevrage éthylique chronique - o Sevrage exogénose - o Sevrage OH - o Syndrome - voir aussi Maladie sevrage alcoolique - o Syndrome manque alcool - o Syndrome sevrage alcoolique - o Syndrome sevrage éthylique - o Syndrome sevrage OH		

Diag	Intitulé CIM10	Sév.	Actif	DP
F104	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage avec delirium	3	oui	oui
1040	Syndrome de sevrage de l'alcool avec délirium, sans convulsion	3	oui	oui
1041	Syndrome de sevrage de l'alcool avec délirium, avec convulsions	2	oui	oui
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1	oui	non
Thésaurus de diagnostics synonymes pour F104		Proposer un nom alternatif pour F104 votre contribution (merci) Envoyer		
- o Alcoolisme (chronique) (avec) delirium (tremens) - o Alcoolisme (chronique) (avec) syndrome de sevrage avec delirium - o Crise delirium tremens - o Crise pré-délirium tremens - o D T - o Delirium (non dû à alcool ou drogue) tremens (alcoolique) - o Délirium éthylique - o Delirium tremens - o DT - o DT sevrage volontaire		- o Etat délirant (et hallucinatoire) alcoolique (voir aussi Délire, alcoolique) - o Ethylisme chronique + délirium - o Intoxication (aiguë) - voir aussi Empoisonnement alcool (aiguë) avec syndrome de sevrage avec delirium - o Pré DT - o Pré-délirium - o Pré-délirium tremens - o Psychose alcoolique (avec hallucinations, idées délirantes) avec delirium tremens		

Diag	Intitulé CIM10	Sév.	Actif	DP
F105	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble psychotique	2	oui	oui
F1050	Trouble psychotique d'allure schizophrénique, dû à l'alcool	2	oui	oui
F1051	Trouble psychotique avec idées délirantes au premier plan, dû à l'alcool	2	oui	oui
F1052	Trouble psychotique avec hallucinations au premier plan, dû à l'alcool	2	oui	oui
F1053	Trouble psychotique avec symptômes polymorphes au premier plan, dû à l'alcool	2	oui	oui
F1054	Trouble psychotique avec symptômes dépressifs au premier plan, dû à l'alcool	2	oui	oui
F1055	Trouble psychotique avec symptômes maniaques au premier plan, dû à l'alcool	2	oui	oui
F1056	Trouble psychotique mixte, dû à l'alcool	2	oui	oui
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1	oui	non

Thésaurus de diagnostics synonymes pour F105		Proposer un nom alternatif pour F105	your contribution (me	Envoyer
- Alcoolisme (chronique) (avec) délire de jalousie - Alcoolisme (chronique) (avec) hallucination - Complication névrotique alcoolique - Complication névrotique éthylique - Complication névrotique OH - Complications neuropsychiatriques alcooliques - Crise agitation éthylique - Délire alcoolique (aigu) jalousie - Délire hallucinatoire alcoolique - Délire jalousie (voir aussi Trouble, délirant) alcoolique		- Dépression alcoolique - Détérioration alcoolique cognitive - Dipsomanie (alcoolique) avec psychose - Etat hallucinatoire dû à alcoolisme (chronique) - Ethylisme (chronique) (avec) psychose - Hallucino - Hallucino (des) alcoolique - Hallucino (des) buveurs - Jalousie alcoolique - Manie (monopolaire) alcoolique - Paranoïa alcoolique		
<u>A l'exclusion de :</u> - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive				

Diag	Intitulé CIM10	Sév.	Actif	DP
Investissement				

F106	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome amnésique	3	oui	oui
-------------	---	---	-----	-----

F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1	oui	non
------------	---	---	-----	-----

Thésaurus de diagnostics synonymes pour F106		Proposer un nom alternatif pour F106	your contribution (me	Envoyer
- Alcoolisme (chronique) (avec) psychose Korsakoff - Délire alcoolique (aigu) chronique - Démence alcoolique Korsakoff - Démence carentielle type Korsakoff - Démence éthylique type Korsakoff - Démence Korsakoff - Démence type Korsakoff - Encéphalopathie alcoolique type Korsakoff - Encéphalopathie Korsakoff - Encéphalopathie Korsakov		- Encéphalopathie Korsakovienne - Korsakoff - Korsakoff alcoolique - Korsakoff post-éthylique - Korsakov - Maladie Korsakoff - Maladie Korsakov - Psychose alcoolique (avec hallucinations, idées délirantes) amnésique avec fabulation - Psychose alcoolique (avec hallucinations, idées délirantes) Korsakoff (Korsakov) (Korsakov) - Psychose alcoolique Korsakoff		

<u>A l'exclusion de :</u> Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives F04				
Diag	Intitulé CIM10	Sév.	Actif	DP

F107	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive	3	oui	oui
-------------	--	---	-----	-----

F1070	Flashbacks, dus à l'alcool	3	oui	oui
F1071	Trouble de la personnalité ou du comportement, résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool	3	oui	oui
F1072	Trouble thymique résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool	3	oui	oui
F1073	Démence, due à l'alcool	3	oui	oui
F1074	Autre déficit cognitif persistant ou de survenue tardive, dû à l'alcool	3	oui	oui
F1075	Trouble psychotique à début tardif, dû à l'alcool	3	oui	oui
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1	oui	non

Thésaurus de diagnostics synonymes pour F107		Proposer un nom alternatif pour F107	your contribution (me	Envoyer
- Alcoolisme (chronique) (avec) démence - Alcoolisme (chronique) (avec) trouble psychotique (immédiat) tardif - Démence alcoolique - Démence alcoolique décompensée - Démence associée à alcoolisme - Démence éthylique - Démence exogène - Démence oenologique - Démence origine alcoolique - Démence post-coma éthylique		- Démence post-éthylique - Démence post-éthylisme - Détérioration mentale éthylique - état démentiel alcoolique - état démentiel post-alcoolique - Ethylisme (chronique) (avec) trouble psychotique (immédiat) tardif - Prédelirium - Psychose alcoolique (avec hallucinations, idées délirantes) avec démence - Séquelles alcoolisme - Séquelles alcoolisme chronique - Séquelles coma éthylique		

Exclusions de dossiers issus de la recherche sémantique et CIM [G]:

	Nombre de dossiers en 2022 (Sémantique)	Nombre de dossiers en 2022 (PMSI) F103-F104-F105-F106-F107	Nombre de dossiers en 2022 F102 + G328	Nombre de dossiers en 2022 F102 + R568	Nombre De Dossiers en 2022 F102 + G409	TOTAL
Nombre de fichiers	639	118	9	9	92	867
Récurrence	66	0	0	0	0	66
Nombre de patients différents	573	118	9	9	92	801
Exclus risques de DT/Sevrage léger à modéré sans complication	93	26	0	0	5	124
Exclus par manque d'information, absence de consommation d'alcool ou de BZD, syndromes aspécifiques, fluctuants et/ou résolutifs sans BZD	320	9	0	0	0	329
Exclus car ne concerne que des antécédents (patient sevré, Korsakoff, épilepsie)	60	26	1	3	73	163
Exclus la problématique était présente à l'entrée de l'hospitalisation(cc, dt, sevrage, syndrome confusionnel...)	15	27	1	2	13	58
Exclus car les symptômes sont l'expression d'un trouble psychiatrique	2	3	0	0	0	5
Exclus pour cause d'une épine irritative expliquant tout ou partie des symptômes (infections, troubles ioniques importants, pathologies neurologiques, déshydratations sévères, dénutritions, AVC...)	39	2	7	2	1	51
Total séjours exclus	529	93	9	7	92	730
Patients inclus/ Total de séjours	44	25	0	2	0	71
Redondance CIM/sémantique	12	12	0	0	0	NA
Indépendant Sémantique /CIM	32	13	0	2	0	NA
Nombre total de dossiers différents inclus	59					

Répartition des diagnostics alcool en structure [H] :

Tableau 4. Répartition des diagnostics alcool en structure hospitalière (2019-2021)

Catégories de diagnostics	Sous-catégories de diagnostics (et code CIM10)	Nombre de séjours en médecine chirurgie et obstétrique		
		2019	2020	2021
Intoxication aiguë	Intoxication aiguë sans complications (F100, F1000)	70 784	62 241	58 928
	Intoxication aiguë avec complications (F1001-1007)	18 421	16 591	17 131
	Intoxication aiguë, autres (F101, F109, R780, T510)	3 324	2 651	3 206
Dépendance et sevrage	Syndromes de dépendance (F102-1026)	33 151	54 294	34 327
	Syndromes de sevrage (F103-1031, F104-1041)	12 627	11 962	11 741
	Sevrage, sauf très courte durée (Z502 - sauf GHM 20Z04T)	30 811	23 895	23 671
	Sevrage, très courte durée (Z502 - GHM 20Z04T)	31 681	28 441	40 995
Effet à long terme de l'alcoolisation	Maladies alcooliques du foie (K700-704, 709)	19 603	18 950	18 343
	Pancréatite d'origine alcoolique (K852, K860)	11 550	10 768	10 566
	Maladies mentales liées à l'alcool (F105-108)	4 374	3 255	3 290
	Maladies du système nerveux (G312, G621, G721)	1 466	1 359	1 405
	Autres (E244, I426, K292)*	596	568	519
Autres	Conseil et surveillance alcoolisme (Z714)	8 177	6 082	6 799
	Syndrome d'alcoolisation fœtale et troubles assimilés (O354, P043, Q860)	42	43	51

Source : données de l'Agence technique pour l'information hospitalière, exploitation OFDT à partir du code CIM10.

*E244 : pseudosyndrome de Cushing dû à l'alcool ; I426 : myocardiopathie alcoolique ; K292 : gastrite alcoolique.

Tableau 5. Nombre de séjours hospitaliers selon les catégories de diagnostics alcool principaux (2019-2021)

Catégorie de diagnostics	2019	2020	2021
Intoxication aiguë	92 529	81 483	79 265
Dépendance et sevrage	108 270	118 592	110 734
Effets à long terme de l'alcoolisation	37 589	34 900	34 123
Autres	8 219	6 125	6 850
Total	246 607	240 607	230 972

Source : données de l'Agence technique pour l'information hospitalière, exploitation OFDT.

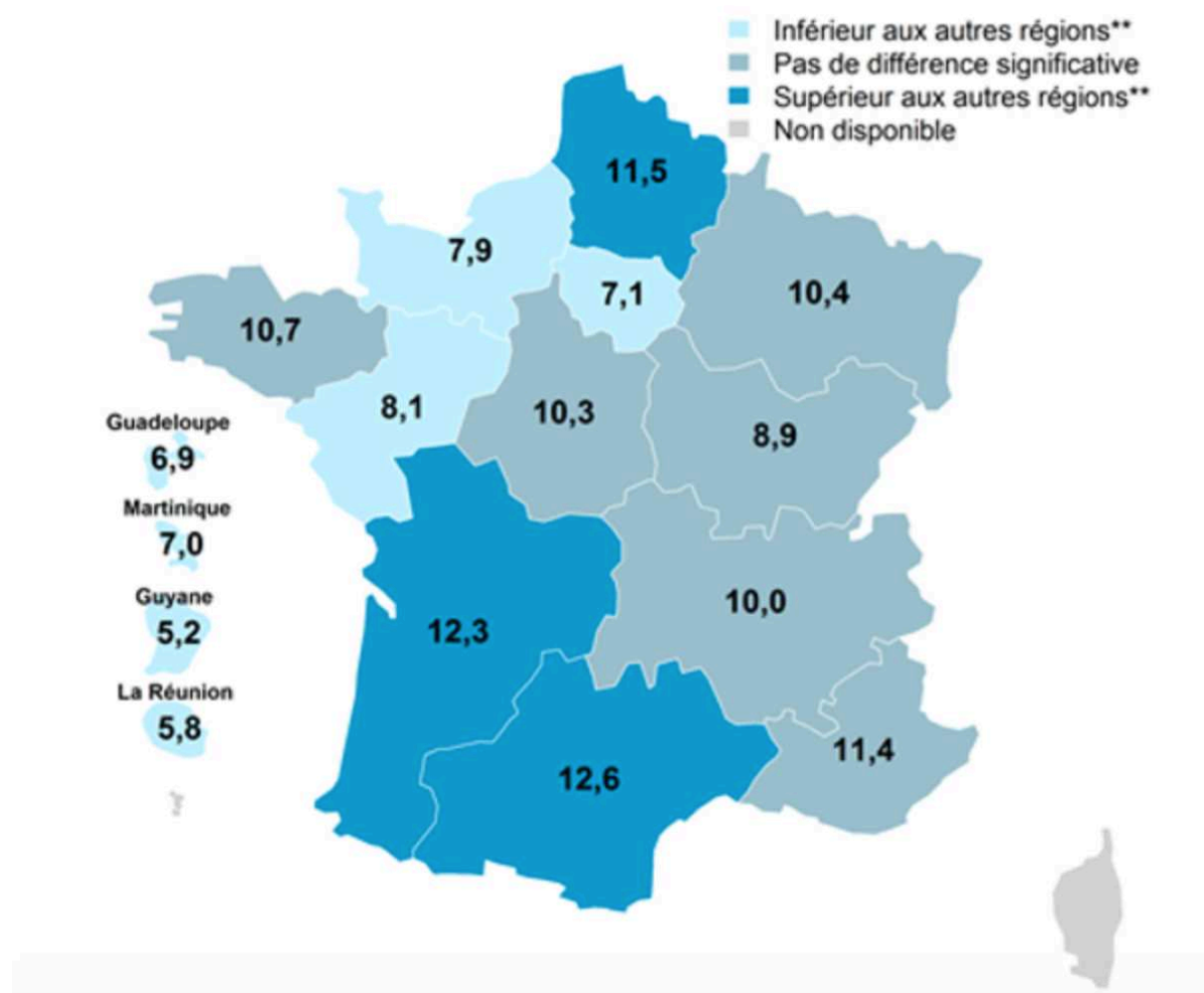
Tableau doses et Traitement pour prévenir le DT [1] :

Tableau 1 – Doses et propriétés pharmacologiques des principales benzodiazépines utilisées dans le traitement du syndrome de sevrage.

	Diazépam Valium®	Oxazépam Séresta®	Midazolam Hypnovel®
Voie	IV, IM, PO, PR	PO	IV, IM, PO
Dose initiale	10 mg (IV)	50 à 100 mg	1-5 mg (IV)
Doses supplémentaires	Titration jusqu'à 150 mg	Jusqu'à 400mg/jr	1-5 mg
Infusion lente	NA	NA	1-20 mg/h, à titrer
Temps pour effet	1-5 min (IV) 15-30 min (IM) 30-90 min (PO) 10-45 min (PR)	30 min, Tmax atteint en 2 h	2-5 min
Demi-vie	30-60 h	8 h	2-6 h
Durée d'action	Longue	Intermédiaire	Courte
Métabolisme	Hépatique	Hépatique	Hépatique
Excrétion	Rénale	Rénale	Rénale
Adaptation des doses	Insuffisance rénale et/ou hépatique	Insuffisance rénale	Insuffisance rénale

Répartition alcool en France [J] :

Prévalences régionales standardisées* de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



Questionnaire CAGE-DETA (Alcool) [K]:

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Questionnaire CAGE-DETA (Alcool)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

→ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Questionnaire FACE [L] :

Le questionnaire FACE



1. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| Jamais | ☐ 0 |
| Une fois par mois ou moins | ☐ 1 |
| 2 à 4 fois par mois | ☐ 2 |
| 2 à 3 fois par semaine | ☐ 3 |
| 4 fois ou plus par semaine | ☐ 4 |

2. Au cours des douze derniers mois, combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- | | |
|------------|----------------------------|
| 1 ou 2 | ☐ 0 |
| 3 ou 4 | ☐ 1 |
| 5 ou 6 | ☐ 2 |
| 7 ou 9 | ☐ 3 |
| 10 ou plus | ☐ 4 |

3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- | | |
|-----|----------------------------|
| Non | ☐ 0 |
| Oui | ☐ 4 |

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- | | |
|-----|----------------------------|
| Non | ☐ 0 |
| Oui | ☐ 4 |

5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- | | |
|-----|----------------------------|
| Non | ☐ 0 |
| Oui | ☐ 4 |

Résultats :

- ✓ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse,
- ✓ Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5,
- ✓ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance,
- ✓ Entre ces deux seuils, il convient de réduire sa consommation.

Questionnaire PAWSS [M] :

Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS)

Maldonado et al, 2015

Part A: Threshold Criteria:

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

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

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

Part B: Based on patient interview:

(1 point each)

1. Have you been recently intoxicated/drunk, within the last 30 days? _____
2. Have you ever undergone alcohol use disorder rehabilitation treatment or treatment for alcoholism?
(i.e., in-patient or out-patient treatment programs or AA attendance) _____
3. Have you ever experienced any previous episodes of alcohol withdrawal, regardless of severity? _____
4. Have you ever experienced blackouts? _____
5. Have you ever experienced alcohol withdrawal seizures? _____
6. Have you ever experienced delirium tremens or DT's? _____
7. Have you combined alcohol with other "downers" like benzodiazepines or barbiturates, during the last 90 days? _____
8. Have you combined alcohol with any other substance of abuse, during the last 90 days? _____

Part C: Based on clinical evidence:

(1 point each)

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

Total Score: _____

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

Questionnaire Audit [N] :

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

INDEX DE CUSHMAN [0] :

SCORE DE CUSHMAN

Consignes :

Afin de déterminer la nécessité de l'adjonction d'une benzodiazépine et sa posologie chez un patient en sevrage alcoolique, veuillez cochez les items correspondant à la situation du patient.

Items	0 points	1 point	2 points	3 points
Pouls (bpm/min)	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique (mmHg)				
18-30 ans	< 125	126-135	136-145	> 145
31-50 ans	< 135	136-145	146-155	> 155
> 50 ans	< 145	146-155	156-165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16-25	26-35	> 35
Agitation	Aucune	Discrète	Généralisée / Contrôlable	Généralisée / Incontrôlable
Sueurs	Aucune	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Troubles sensoriels	Aucun	Photo-/phonophobie, prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées
Tremblements	Aucun	Main uniquement	Tout le membre supérieur	Généralisés

Interprétation :

- score < 7 : état clinique contrôlé
- score 7-14 : syndrome de sevrage modéré
- score > 14 : syndrome de sevrage sévère

TOTAL : /21

Recommandations HAS mars 2023 crise comitiale [P] :



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

FICHE

Épilepsie de l'adulte : 15 messages clés pour améliorer votre pratique

Validée par le Collège le 23 mars 2023

1. Diagnostic

- ➔ **Le diagnostic d'épilepsie est posé par un neurologue ou par un médecin formé à l'épileptologie.**

Poser le diagnostic d'épilepsie est difficile et expose au risque de faux positifs¹, mais également à des retards diagnostiques considérables, notamment dans les épilepsies avec crises focales. Le risque d'erreur diagnostique est le plus souvent lié à la méconnaissance de la sémiologie clinique des crises épileptiques, des diagnostics différentiels, à une insuffisance dans le recueil des données anamnestiques, par exemple l'absence d'interrogatoire d'un témoin de l'épisode, ou encore à une surinterprétation de l'EEG. Les erreurs diagnostiques sont plus fréquentes lorsque les PAE ont été adressées par un médecin généraliste ou un autre spécialiste que par un neurologue².

Les erreurs diagnostiques sont source de traitements inappropriés conduisant à des effets secondaires, des coûts directs et indirects inutiles, et enfin des préjudices parfois importants dans la vie des PAE sur le plan socio-professionnel (par exemple, perte du permis de conduire et parfois de l'emploi).

- ➔ **Le diagnostic positif de crise d'épilepsie ne nécessite aucun examen biologique. Dans le cas d'une première crise évocatrice d'épilepsie, prescrire systématiquement à titre étiologique une glycémie (capillaire), un ionogramme sanguin et une calcémie.**

¹ Xu Y, Nguyen D, Mohamed A, Carcel C, Li Q, Kutlubayev MA, et al. Frequency of a false positive diagnosis of epilepsy: a systematic review of observational studies. *Seizure* 2016;41:167-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2016.08.005>

² Josephson CB, Rahey S, Sadler RM. Neurocardiogenic syncope: frequency and consequences of its misdiagnosis as epilepsy. *Can J Neurol Sci* 2007;34(2):221-4. <http://dx.doi.org/10.1017/s0317167100006089>; Smith D, Defalla BA, Chadwick DW. The misdiagnosis of epilepsy and the management of refractory epilepsy in a specialist clinic. *QJM* 1999;92(1):15-23. <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/92.1.15>; Leach JP, Lauder R, Nicolson A, Smith DF. Epilepsy in the UK: misdiagnosis, mistreatment, and undertreatment? The Wrexham area epilepsy project. *Seizure* 2005;14(7):514-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2005.08.008>

Échelle d'évaluation CIWA-Ar [Q] :

Fiche du CIWA-Ar

Année -- // Mois - // Jour // Heure / // Pression artérielle / Mm Hg // Pulsations /Min // Température . °C

Nausées et vomissements – Demandez : « Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observez :

- ☐ 0 Pas de nausées ni de vomissements
- ☐ 1 Nausées légères sans vomissements
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements

Tremblements – Bras étendus, doigts écartés. Observez :

- ☐ 0 Pas de tremblements
- ☐ 1 Non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis du bout des doigts
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 Modérés, le patient ayant les bras étendus
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 Importants, sans les bras étendus

Sueurs – Observez :

- ☐ 0 Pas de sueurs visibles
- ☐ 1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 Front perlé de sueurs
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 Trempé de sueurs

Anxiété – Demandez : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observez :

- ☐ 0 Calme, détendu
- ☐ 1 Légèrement anxieux
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 Modérément anxieux ou sur ses gardes
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 Équivalent à un état de panique aigu ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizophréniques aiguës

Agitation – Observez :

- ☐ 0 Normale
- ☐ 1 Normale, mais légèrement accrue
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 Patient modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue ou agite les pieds et les mains (agitation presque constante)

Troubles tactiles – Demandez : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau ». Observez :

- ☐ 0 Aucun
- ☐ 1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissements
- ☐ 2 Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissements
- ☐ 3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissements modérés
- ☐ 4 Hallucinations modérées
- ☐ 5 Hallucinations importantes
- ☐ 6 Hallucinations extrêmement importantes
- ☐ 7 Hallucinations continues

Troubles auditifs – Demandez : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir ou d'entendre des sons et des bruits qui n'existent pas ? » Observez :

- ☐ 0 Absents
- ☐ 1 Très peu stridents ou effrayants
- ☐ 2 Peu stridents ou effrayants
- ☐ 3 Modérément stridents ou effrayants
- ☐ 4 Hallucinations modérées
- ☐ 5 Hallucinations importantes
- ☐ 6 Hallucinations extrêmement importantes
- ☐ 7 Hallucinations continues

Troubles visuels – Demandez : « La lumière vous paraît-elle vive ? La couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? Qui vous dérange ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ? » Observez.

- ☐ 0 Absent
- ☐ 1 Très peu sensible
- ☐ 2 Peu sensible
- ☐ 3 Modérément sensible
- ☐ 4 Hallucinations modérées
- ☐ 5 Hallucinations importantes
- ☐ 6 Hallucinations extrêmement importantes
- ☐ 7 Hallucinations continues

Maux de tête, tête lourde – Demandez : « Avez-vous des sensations étranges à la tête ? Avez-vous l'impression que quelque chose vous serre la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étai ou que votre tête va éclater ? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau autour de la tête ? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété. Évaluez plutôt l'intensité des autres symptômes.

- ☐ 0 Absentes
- ☐ 1 Très légères
- ☐ 2 Légères
- ☐ 3 Modérées
- ☐ 4 Modérément importantes
- ☐ 5 Importantes
- ☐ 6 Très importantes
- ☐ 7 Extrêmement importantes

Orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes –

Demandez : « Quel jour sommes-nous ? Quelle est la date ?

Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »

- ☐ 0 Orienté(e) et peut additionner des nombres en série
- ☐ 1 Ne peut additionner des nombres en série ou est incertain de la date
- ☐ 2 Erreur de date de 2 jours ou moins
- ☐ 3 Erreur de date de plus de 2 jours
- ☐ 4 Désorienté(e) dans l'espace ou par rapport aux personnes

Score CIWA-Ar Total (max. = 67) :
(Additionner les scores de chaque point)

Nom de l'évaluateur :

Prénom, nom

Comment évaluer sa consommation d'alcool [R] :

COMMENT ÉVALUER SA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

Une bière, un verre de whisky, un verre de vin ou encore une vodka orange tels qu'on les sert dans les bars contiennent tous la même quantité d'alcool pur (environ 10 g). C'est ce que l'on appelle un verre standard ou encore unité d'alcool.

Toutefois, cette équivalence est valable seulement si chaque boisson est servie dans le récipient prévu à cet effet (verre à vodka, à cognac, etc.), conçu pour un certain dosage. Par exemple, si vous remplissez de porto un verre à vin (10 cl) au lieu d'un verre à apéritif (6 cl), cette règle ne s'applique pas.

Équivalence en alcool des différentes boissons alcoolisées



 [Masquer la transcription textuelle de l'image](#)

Un verre d'alcool est égal à **10 grammes d'alcool pur**. Dans le cas où cet alcool est dilué, l'équivalence est de :

- **10 centilitres** pour un **ballon de vin** à 12 degrés ;
- **2,5 centilitres** pour un **verre de pastis** à 45 degrés ;
- **2,5 centilitres** pour un **verre de whisky** à 40 degrés ;
- **10 centilitres** pour une **coupe de champagne** à 12 degrés ;
- **7 centilitres** pour un **verre d'apéritif** à 18 degrés ;
- **25 centilitres** pour un **demi de bière** à 5 degrés.

Lettre d'information de la recherche n'impliquant pas la personne humaine [S]:

**NOTE D'INFORMATION D'UNE RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA
PERSONNE HUMAINE**

Titre : Étude observationnelle des prises en charge des complications de
sevrage en alcool survenues en hospitalisation au Centre Hospitalier
Universitaire de Lille en 2022

Promoteur de l'étude – CHU de LILLE

Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude afin que vous puissiez décider d'y participer ou non. Votre participation à cette étude doit être entièrement volontaire. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour avoir des renseignements complémentaires.

I. Le but de la recherche

Cette recherche porte sur l'analyse des complications liées à un arrêt soudain des boissons alcoolisées ou de certains traitements survenues au cours des prises en charge hospitalière. Nous avons pour ce travail récupéré des données de santé provenant du département d'information médical du centre hospitalier de Lille sur l'année 2022.

Ces données ont permis d'obtenir numéros de dossiers qui ont été analysés afin de comprendre comment les prises en soins se sont réalisées dans une perspective d'amélioration des pratiques professionnelles.

L'objectif final est de mieux repérer les troubles de l'usage en alcool et de certains médicaments afin de prévenir les complications liées à un arrêt brutal de ces derniers.

II. Quelles données sont recueillies, pourquoi et comment ?

Vous êtes sollicité en raison de votre hospitalisation entre le et le Cette recherche portera sur l'analyse de données recueillies sur une période de mois à partir de la date à laquelle vous avez été hospitalisé et pris en charge pour un / une Le recueil de données se fera à partir des informations présentes dans votre dossier médical informatisé de l'hôpital du centre hospitalier de Lille.

Les données nécessaires pour la conduite de la recherche comprennent notamment : âge, sexe, traitements, *motif date d'entrée et la durée d'hospitalisation, antécédents, services de soins, les traitements et habitudes de consommation en boissons alcoolisées, les outils utilisés pour le repérage des consommations, les traitements prescrits, les surveillances réalisées, type de complications ou de manifestations cliniques lors de l'hospitalisation et enfin l'orientation vers des spécialistes au décours de l'hospitalisation.*

III. Confidentialité des données

Les données médicales recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées par le CHU de Lille, représenté par son représentant légal en exercice, en tant que responsable de traitement

sur le fondement de l'intérêt public. Les données vous concernant seront pseudonymisées, c'est-à-dire identifiées par un numéro de code et par vos initiales.

La base de données ainsi créée sera conservée pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée pendant la durée légale autorisée.

Vos données pourront également être réutilisées par le CHU de Lille dans le cadre de futures études. Vous pouvez également être informé des projets d'études ultérieures à partir de cette base de données et faire valoir votre droit d'opposition à la participation à ces études à l'adresse suivante : www.chu-lille.fr/rgpd-recherche. Vous pouvez vous opposer à la réutilisation de vos données à tout moment.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et du droit de vous opposer au traitement.

Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données du Groupement Hospitalier Territorial Lille Métropole Flandres Intérieur à l'adresse suivante : dpo@chu-lille.fr.

Si vous considérez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL) directement via son site internet : www.cnil.fr.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

IV. Acceptation et interruption de votre participation

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Dans le cas où vous répondriez par la positive, vous disposez de la possibilité d'interrompre votre participation à tout moment sans aucun préjudice et sans engager votre responsabilité. Cela n'affectera évidemment pas votre prise en charge.

V. Comment cette recherche est-elle encadrée ?

Le responsable de la recherche, a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément à la loi française aux dispositions de la Loi Informatique et Liberté applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine (CNIL loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et européenne (Règlement européen n° 2016/679 relatif à la protection des données - RGPD).

Fait à :..... Le :.....

Signature du responsable de la recherche:

CADRE RESERVE A L'EXPRESSION DE L'OPPOSITION

NOM/Prénom

du

patient :

.....

☐ **Je m'oppose à l'utilisation de mes données dans le cadre de cette recherche** [Étude observationnelle des prises en charge des complications de sevrage en alcool survenues en hospitalisation au Centre Hospitalier Universitaire de Lille en 2022/CHU de Lille].

☐ **Je m'oppose à la réutilisation de mes données dans le cadre de futures recherche**

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé » :

Attestation de déclaration d'un traitement informatique des données de santé [T]:



DIRECTION GENERALE
DEPARTEMENT DES RESSOURCES NUMERIQUES

N/Réf : DEC24-117

*BOUZIDI Anthony
Délégué à la protection des
données*

*CALMELET Louise
Adjointe au Délégué à la
protection des données*

*Secrétariat Direction des
Ressources Numérique
Tél. 03.20.44.44.26
Fax : 03.20.44.58.59*

Attestation de déclaration d'un traitement informatique

L'équipe Déléguée à la Protection des Données du GHT Lille Métropole Flandre intérieure atteste que le fichier de traitement ayant pour finalité : **Etude de complications de sevrage en alcool au décours d'une hospitalisation au Centre hospitalier de Lille en 2022** mis en œuvre en 2023, a bien été déclaré par Marc Sivery.

La déclaration est intégrée dans le registre des traitements du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

Attestation réalisée pour valoir ce que de droit.

Fait à LILLE, le **28/05/2024**

Le Délégué à la protection des données
*BOUZIDI Anthony
Son adjointe
CALMELET Louise*

Toute correspondance devra être adressée à :
CHRU de Lille
Département Ressources Numériques
ex Clinique Fontan - 2^{ème} étage – rue du Professeur Laguesse
59037 LILLE Cedex

AUTEUR : SIVERY MARC

Date de soutenance : Le 01 juillet 2024

Titre du mémoire : Étude observationnelle des prises en charge des complications de sevrage en alcool survenues en hospitalisation au Centre Hospitalier Universitaire de Lille en 2022.

Mots-clés : Dépendance à l'alcool, complication de sevrage, délirium tremens, syndrome de Gayet-Wernicke, crise convulsive, échelle de Cushman.

Résumé :

Contexte : Malgré la diminution de la consommation d'alcool observée ces dernières années, la France reste l'un des pays d'Europe les plus consommateurs avec 11,7 litres d'alcool pur par an et par personne selon l'OCDE (rapport 2017). En 2021, la dépendance et le sevrage physique en alcool ont représenté plus de 110 000 prises en soin en France.

Objectif : Analyser les prises en charge des complications de sevrage en alcool lors des hospitalisations au sein du CHU de Lille.

Matériels et Méthodes : Étude monocentrique observationnelle rétrospective réalisée sur une année grâce à l'étude des dossiers des patients hospitalisés au CHU de Lille en 2022 ayant présenté des complications de sevrage en alcool au cours de leur hospitalisation.

Résultats : Après une première étape où nous avons dénombré 59 complications graves de sevrage en alcool, nous avons pu dans un second temps analyser les prises en charge.

Discussion : L'analyse des complications a permis de dégager des axes d'amélioration des prises en charge hospitalières ultérieures, notamment en ce qui concerne les outils de repérage et de surveillance mais aussi en ce qui concerne le délai de mise en place du traitement préventif, tout comme le traitement lui-même.

Conclusion : Différents axes d'optimisation des soins du sevrage hospitalier en alcool comme la formation et l'information des soignants ou encore la diffusion d'outils et de protocoles nous permettront de réduire les complications de sevrage, les durées d'hospitalisation tout en facilitant l'orientation vers les dispositifs d'accompagnement.

Abstract:

Context: Despite the decline in alcohol consumption observed in recent years, France remains one of Europe's highest-consuming countries, with 11.7 liters of pure alcohol per person per year, according to the OECD (2017 report). In 2021, alcohol dependence and physical withdrawal accounted for more than 110,000 treatments in France.

Aim: To analyze the management of alcohol withdrawal complications during hospitalizations at Lille University Hospital.

Materials and methods: Monocentric retrospective observational study carried out over one year, based on a review of the records of patients hospitalized at Lille University Hospital in 2022 who had experienced alcohol withdrawal complications during their hospitalization.

Results: After an initial phase in which we counted 59 serious complications of alcohol withdrawal, we were then able to analyze the management of these cases.

Discussion: Our analysis of complications has enabled us to identify areas for improvement in subsequent hospital care, particularly in terms of identification and monitoring tools, but also in terms of the time taken to implement preventive treatment, as well as the treatment itself.

Conclusion: Various ways of optimizing hospital alcohol withdrawal care, such as training and informing caregivers and disseminating tools and protocols, will enable us to reduce withdrawal complications and hospital stays, while facilitating referral to support services.

Directeur et directrice de mémoire : Professeur Olivier Cottencin, Docteur Emma Veillon