



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Score de Cushman aux urgences – Connaissance et applications  
pratiques dans 4 centres hospitaliers des Hauts-de-France et les  
centres hospitaliers du réseau inter-CHU G4**

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2017 à 14h  
Au Pôle Formation, Faculté Henri Warembourg  
**Par Natalia BRANCZKO**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur E. WIEL**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur R. FAVORY**

**Monsieur le Docteur J-M. RENARD**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur M. GOLASOWSKI**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

Par ordre alphabétique :

ADH – Alcool déshydrogénase

CH – Centre Hospitalier

CCG - crise comitiale généralisée

DT – delirium tremens

GABA - Acide Gamma-Amino-Butyrique

HAS – Haute Autorité de Santé

HTA – Hypertension artérielle

IEA – Intoxication éthylique aiguë

IEC – Intoxication éthylique chronique

OMS - Organisation Mondiale de la Santé

RGO – Reflux gastro – oesophagien

Sd. - syndrome

SSA – Syndrome de sevrage alcoolique

SNC – Système nerveux central

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
I. Généralités sur l'intoxication alcoolique.....	6
A. Notions épidémiologiques .....	6
B. Quelques notions métaboliques de base .....	8
C. Intoxication aiguë et chronique.....	10
1. Rôle des neurotransmetteurs (17)(18) .....	10
2. Intoxication éthylique aiguë (IEA) (19) (20) .....	12
a) Ivresse ordinaire.....	13
b) Ivresse pathologique .....	13
3. Intoxication éthylique chronique .....	14
II. Syndrome de sevrage alcoolique (SSA).....	16
A. Clinique du SSA (5).....	16
B. Complications du sevrage (5).....	17

---

C. Prise en charge du sevrage aux urgences (30) (31) .....	17
III. Le score de Cushman (Annexe 2) .....	19
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>21</b>
I. Conception de l'étude et participants .....	21
II. Auto-questionnaire.....	22
III. Recueil et traitement des données .....	23
<b>Résultats .....</b>	<b>24</b>
I. Taux de participation.....	24
II. Connaissance et utilisation du score de Cushman .....	25
III. Motifs de recours ou de non recours au score de Cushman .....	28
IV. Avis sur l'intérêt et la fréquence de formations sur le score de Cushman ....	30
A. Lille.....	31
B. Valenciennes .....	32
C. Arras.....	32
D. Cambrai.....	33
E. Amiens .....	34
F. Rouen.....	34
G. Caen.....	35
<b>Discussion .....</b>	<b>37</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>42</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>43</b>

---

**Annexes .....47**

Annexe 1 : Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur  
par habitant âgé de 15 ans et plus (1961-2015) (4) .....47

Annexe 2 : Score de Cushman .....48

Annexe 3 : Exemple de protocole de suivi utilisant l'échelle de Cushman (35).....49

Annexe 4 : Exemple de protocole de prise en charge du SSA (30).....50

Annexe 5 : échelle CIWA – Ar (Clinical Index Withdrawal Assessment-Revised)..51

Annexe 6 : Questionnaire AUDIT .....52

Annexe 7 : Questionnaires CAGE et FACE .....53

Annexe 8 : Auto-questionnaire de recueil des données.....56

## **Index des figures**

<b>Figure 1</b> : Equivalences de doses standard d'alcool .....	p 6
<b>Figure 2</b> : Encéphalopathie hépatique .....	p 14
<b>Figure 3</b> : Taux de participation par centre hospitalier.....	p 24
<b>Tableau 1</b> : Taux de participation des internes et médecins du G4 (nombre de participants sur nombre d'internes/médecins travaillant aux urgences).....	p24
<b>Tableau 2</b> : Connaissance et utilisation du score de Cushman.....	p25
<b>Tableau 3</b> : Taux de connaissance et d'utilisation du score par région.....	p27
<b>Tableau 4</b> : Répartition en fonction du motif d'utilisation ou de non-utilisation du score de Cushman, par ville et par fonction.....	p29
<b>Tableau 5</b> : Avis des participants sur l'intérêt d'une formation et sa fréquence .....	p30

## RESUME

**Contexte** Les pathologies liées à l'alcool sont un problème essentiel de santé publique en France. Les services d'urgences sont souvent confrontés aux situations de sevrage ; leur prise en charge fait objet de recommandations de la SFA et de la HAS. La surveillance et le traitement du patient en sevrage peuvent être guidés par le score de Cushman. Il n'existe pas d'étude portant sur la connaissance et l'utilisation de ce score par les urgentistes.

**Méthode** : L'enquête de pratique a été réalisée dans 7 centres hospitaliers ; le recueil des données s'est fait sous forme d'un autoquestionnaire électronique anonyme, adressé aux médecins et internes des services d'urgence.

**Résultats** : 82 internes (85 % de ceux en exercice) et 130 médecins (68 %) ont participé à l'étude. Les internes connaissent mieux le score de Cushman que les médecins (81 % vs 67 %,  $p = 0,042$ ) et l'utilisent plus souvent (72 % vs 42 %,  $p < 0,001$ ). L'utilisation du score par les médecins est corrélée à l'utilisation par les internes ( $r = 0,5$ ).

Il existe également une nette différence entre la Normandie et les Hauts-de-France en termes de connaissance et d'utilisation du score : 55,6% et 24,6% pour les Hauts-de-France contre 97,7% et 96,5% en Normandie.

Une formation était jugée utile pour 80 % des internes et 83 % des médecins, à raison de 1,4 par an en moyenne, sans corrélation entre l'utilité estimée d'une formation et la connaissance du score de Cushman (coefficient R de Pearson = 0,13) ou l'utilisation de ce score ( $R = -0,014$ ).



**Conclusion** : Le syndrome de sevrage alcoolique est une pathologie grave et fréquente. Le score de Cushman est recommandé pour un traitement efficace mais il reste méconnu et non appliqué par une grande partie du corps médical, qui exprime une forte demande de formations dans le sujet.

## INTRODUCTION

L'alcool représente la substance psychoactive la plus consommée en France ; 9 % des français font un mésusage de l'alcool (abus ou dépendance) (1). En 2014, l'usage quotidien de boissons alcoolisées concernait 10 % des adultes de 18 à 75 ans (2).

La consommation d'alcool a diminué en France, passant de 26L d'alcool par personne et par an dans les années 1960 à moins de 12 L actuellement (3) **(Annexe 1)**. Malgré cela, l'alcool demeure néanmoins une cause directe ou indirecte de 20 % des consultations en médecine générale, de 15 à 25 % des hospitalisations et de 30 à 35 000 décès par an (2).

Les pathologies liées aux mésusages de l'alcool constituent un problème non négligeable de santé publique, que ce soit dans le cadre de la prise en charge des complications aiguës ou chroniques (4). En 2016, les statistiques hospitalières ont enregistré plus de 136.000 séjours (hors psychiatrie) avec un diagnostic principal de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'alcoolisation ; en 2011, près de 58.000 séjours hospitaliers avaient pour motif un sevrage de l'alcool et plus de 500.000 personnes auraient été hospitalisées en 2011 dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique, dans un hôpital psychiatrique ou en soins de suite et de réadaptation avec un diagnostic lié à la consommation d'alcool (sans compter les cancers et les maladies cardio-vasculaires qui lui sont attribuables) (2).

Le syndrome de sevrage alcoolique (SSA) est à fort risque de morbi-mortalité s'il n'est pas traité efficacement. Bien que résolutif, sous traitement ou spontanément, il peut néanmoins conduire à plusieurs types de manifestations psychiatriques et somatiques.(5)

Il faut distinguer le cadre du sevrage programmé, à la demande du patient, de celui qui concerne les services d'urgences et qui se fait dans le cadre d'une hospitalisation non programmée. Le personnel des services d'urgences est souvent confronté à cette problématique. L'admission du patient peut être directement liée à son addiction, où le problème d'addiction doit être géré de façon simultanée à un motif d'admission différent (comme c'est le plus souvent le cas).

Le traitement du sevrage demeure consensuel et efficace associant une hydratation suffisante, benzodiazépines et vitaminothérapie B1, plus ou moins B6 et PP (1)(6). La surveillance d'un patient alcoolique requiert une vigilance accrue et réévaluation régulière par l'ensemble du personnel des urgences.

Cette réévaluation peut être guidée par le score de Cushman, un score purement clinique et standardisé qui permet à tous les membres de l'équipe d'objectiver la gravité d'un sevrage et de mesurer son évolution, afin de guider le traitement préventif du SSA (**Annexes 2,3,4**) (7).

Le score de Cushman, encore appelé le score de Rueff, est une échelle recommandée par la HAS (6) et le référentiel de bonnes pratiques cliniques de la Société française d'alcoologie (8). Il a été publié pour la première fois en 1985 et demeure toujours d'actualité (8).

D'autres scores ou échelles peuvent être utilisés, comme l'échelle CIWA – Ar (**Annexe 5**), qui a l'inconvénient d'être beaucoup plus longue à utiliser ; ou encore

les questionnaires CAGE/DETA, FACE et AUDIT (**Annexes 6 et 7**) qui sont plutôt adaptés aux sevrages programmés et prises en charge au long cours dans le cadre de la médecine générale ou d'un centre d'addictologie (1)(9).

Il n'existe pas à ce jour d'étude portant sur la connaissance actuelle et l'utilisation pratique du score de Cushman au sein d'un service d'urgences.

Un rapport a été rédigé en 2013 par le Groupe de travail des Praticiens Hospitaliers ECLAT – GRAA : un questionnaire sur l'utilisation du score de Cushman a été adressé aux 13 services d'addictologie de la région du Nord-Pas de Calais, mais les données divulguées restent incomplètes et très peu détaillées, révélant simplement que le score est globalement connu dans ces services d'addictologie (10).

Nous allons étudier dans ce travail l'état de connaissances du score de Cushman parmi les médecins et les internes travaillant au sein de services d'urgences et sa mise en pratique, ainsi que leur ressenti quant à la nécessité de formations de rappel sur le sujet.

Les centres hospitaliers concernés par l'étude sont quatre centres hospitaliers des Hauts-de-France et les centres du réseau inter-CHU G4.

# I. Généralités sur l'intoxication alcoolique

## A. Notions épidémiologiques

D'après les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les quantités consommées ne devraient pas dépasser 21 verres d'alcool par semaine ou 3 verres par jour pour les hommes, 14 verres par semaine ou 2 verres par jour pour les femmes et moins de 5 verres standards par occasion (4).

A titre d'exemple, un verre standard correspond à 10g d'alcool ou une « unité d'alcool » et correspond à:

- 25 cl de bière à 5°
- 10 cl de vin à 12°
- 7 cl d'apéritif à 18°
- 3cl de spiritueux à 40°



**Figure 1** : Equivalences de doses standard d'alcool - source : alcoolinfoservice.fr

Différentes études montrent qu'une consommation modérée d'alcool, soit au maximum trois verres par jour, pourrait induire des effets bénéfiques sur la santé, mais au-delà de cette limite, les effets sont systématiquement néfastes.

On dénombre chaque année près de 45 000 décès liés à l'alcool dont les trois causes directes sont la cirrhose alcoolique, les psychoses alcooliques et les cancers des voies aérodigestives supérieures (3)(11).

Il existe des différences entre les sexes en matière de mortalité et de morbidité liées à l'alcool ainsi qu'en ce qui concerne les niveaux et les modes de consommation.

Le pourcentage de décès attribuables à l'alcool chez les hommes s'élève à 7,6 % de la mortalité mondiale contre 4,0 % des décès chez les femmes (4). Il existe en outre une disparité régionale, clairement identifiée, portant sur la mortalité liée à la consommation alcoolique : en effet, la moitié nord de la France est beaucoup plus frappée que la moitié sud. La région des Hauts-de-France est la région qui a les indicateurs les plus élevés, tant pour la population masculine que féminine (3).

Comme nous avons vu précédemment, la consommation en France est actuellement d'environ 12 L d'alcool pur par habitant soit un peu moins de trois verres standards par jour et par habitant âgé de 15 ans et plus (2).

En France, le vin constitue la majorité de l'alcool consommé. Entre les années 1970 et 1995, la part du vin a progressivement diminué, entraînant ainsi une baisse des quantités totales d'alcool pur consommé dans le pays. En comparant la France aux autres pays européens en terme de consommation d'alcool par habitant, nous nous situons en 5<sup>ème</sup> position, derrière la République Tchèque, le Luxembourg, l'Irlande et la Hongrie (12).

## B. Quelques notions métaboliques de base

L'action de l'alcool éthylique, ou de l'éthanol ( $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ) dans l'organisme a un double versant : celui d'une substance psycho-active et addictive ; et celui d'un toxique cellulaire responsable d'affections aiguës et chroniques (11).

L'éthanol est considéré comme un psychotrope dépresseur du SNC, procurant dans un premier temps des sensations de désinhibition et d'euphorie ; en second temps une sédation avec parfois des idées dépressives, puis une somnolence et à fortes doses pouvant ensuite induire des troubles de conscience jusqu'au coma (13).

L'addiction à l'alcool s'installe principalement via système dopaminergique mésocorticolimbique, appelé également le « système de récompense » ou encore « hédonique ». Il associe à un stimulus donné une sensation de plaisir ou d'aversion, le but étant d'inciter à reproduire ou au contraire à éviter un schéma, selon sa nature bénéfique ou néfaste (14).

L'éthanol est majoritairement absorbé dans l'intestin grêle (jusqu'à 80 %), environ 20 % étant absorbés lors de son passage gastrique.

La métabolisation et l'élimination de l'alcool se fait par la voie d'oxydation hépatique à 90 – 95 %. Le pourcentage restant est éliminé sous forme inchangée dans l'air expiré, la sueur, les urines et les selles (15).

D'ailleurs, il est intéressant de signaler que les femmes, ayant génétiquement une activité ADH plus faible, présentent une sensibilité accrue à l'éthanol, cet effet s'ajoutant au plus faible volume de distribution. En effet, seulement un consommateur sur cinq est de sexe féminin, elles représentent cependant la moitié des cirrhotiques alcooliques (16).

Le taux d'alcool dans le sang, ou l'alcoolémie, s'exprime en gramme par litre de sang. On estime que l'élimination « physiologique » de l'éthanol dans le sang est de l'ordre de 0,1 g/L/h.

Le « pic » d'alcoolémie dans le sang est par ailleurs influencé par un certain nombre de facteurs environnementaux (15) :

- L'absorption de l'éthanol est accélérée (et donc le pic d'alcoolémie est plus rapide et plus important) : estomac vide ou gastrectomie ( passage plus rapide dans le duodénum), ingestion avec une boisson chaude / sucrée ou gazeuse, augmentation du tonus sympathique ;
- Inversement, l'absorption est ralentie en cas de gastrite, d'ingestion avec des aliments épicés ou gras, d'augmentation du tonus vagal, de présence de la nicotine.

L'éthanol a une faible masse molaire (46 g/mol) et est soluble dans l'eau et les graisses ce qui lui permet de diffuser très facilement dans tous les tissus.



## C. Intoxication aiguë et chronique

### 1. Rôle des neurotransmetteurs (17)(18)

- Glutamate - acide aminé excitateur

Il s'agit d'un neuromédiateur excitateur du SNC. En situation de consommation aiguë, l'éthanol se fixe sur les récepteurs du glutamate, diminuant en conséquence la transmission glutamatergique. Lors d'une consommation chronique, on peut noter une augmentation du nombre de ces récepteurs, compensant la baisse de transmission glutamatergique.

En situation de sevrage, l'augmentation du nombre de ces récepteurs entraîne une hyperexcitabilité neuronale et une neurotoxicité accrue.

- Dopamine

C'est le principal neurotransmetteur du système de récompense, évoqué précédemment. Toutes les substances addictives, dont l'alcool, sont susceptibles de provoquer une augmentation de la concentration de dopamine.

- Acide Gamma-Amino-Butyrique (GABA)

Il s'agit du principal neurotransmetteur inhibiteur du système dopaminergique.

L'éthanol est un agoniste du GABA.

Par conséquent, en cas d'intoxication aiguë à l'éthanol, l'action GABA-like est renforcée, ce qui inhibe le système dopaminergique et provoque une production réactionnelle accrue de la dopamine.

En situation d'exposition chronique à l'éthanol, on observe une diminution de la production de GABA pour d'éviter une hyperinhibition neuronale – la conséquence finale est une hyperexcitabilité neuronale.

Il est important de noter que le GABA joue un rôle essentiel dans la régulation de l'ensemble des fonctions du système nerveux central ; il contrebalance notamment l'effet excitateur du glutamate.

Un déséquilibre entre ces deux neuromédiateurs est impliqué dans l'épilepsie.

- Les opioïdes

Les opioïdes endogènes ont les mêmes effets que la morphine. L'éthanol stimule leur synthèse et leur libération, ce qui stimule à son tour le système de récompense, incitant le sujet à renouveler la consommation.

- Les amines biogènes

C'est un terme global, incluant la sérotonine, l'histamine et les catécholamines (dopamine, adrénaline et noradrénaline).

Une alcoolisation aiguë favorise leur libération et stimule ainsi l'activité psychomotrice.

Des fortes doses d'éthanol ont un effet inverse avec une dépression des catécholamines entraînant une dépression de tout SNC, responsable de coma éthylique.

D'autre part, une exposition chronique à l'éthanol induit une stimulation prolongée des amines biogènes, et par conséquent une hyperexcitabilité neuronale qui se manifeste lors de l'arrêt brutal de l'alcoolisation – l'expression clinique de ce phénomène est le **syndrome de sevrage**.

Il est important de noter que les effets d'éthanol ne sont pas liés uniquement aux neurotransmetteurs mais sont bien plus complexes, impliquant notamment des modifications de la viscosité de la perméabilité membranaire des cellules et perturbation des canaux ioniques (18).

## 2. Intoxication éthylique aiguë (IEA) (19) (20)

- **Définition et physiopathologie**

La définition légale situe le taux d'alcoolémie limite entre 0,5 et 0,8 g/L en fonction des pays.

D'un point de vue médical, il s'agit d'un diagnostic clinique d'un ensemble de manifestations évocatrices, associées à un taux d'alcoolémie positif, en absence d'autre point d'appel clinique.

En effet, même dans un contexte évocateur d'IEA, il est essentiel d'éliminer une pathologie intercurrente : traumatisme crânien ou lésion intracérébrale, hypoglycémie, infection, malaise, chute, syndrome vertigineux, autre intoxication, encéphalopathie....

En fonction de la tolérance individuelle du sujet, les manifestations cliniques peuvent être visibles même pour des taux d'alcoolémie très faibles.

Ces manifestations sont variables et conditionnées par de nombreux facteurs :

- congénitaux (terrain génétique, sexe)
- acquis (poids, âge, comorbidités, intoxications associées, exogénose chronique)
- contexte (type d'alcool, dose, prise de nourriture, rapidité de l'ingestion...)

Les manifestations sont dues à la toxicité de l'éthanol sur le SNC, liée aux perturbations induites sur les neurotransmetteurs et aux dysfonctions synaptiques (cf. chapitre précédent).

Les IEA peuvent se compliquer : acidocétose, traumatisme (crânien ou autre), gastrite, syndrome de Mallory-Weiss, hépatite alcoolique aiguë, acidocétose, pneumopathie d'inhalation, troubles du rythme supraventriculaire, hypothermie, hypoglycémie, crise convulsive, coma...

- **Deux types d'IEA** : (21)

- a) Ivresse ordinaire**

On distingue classiquement trois phases :

1. excitation psychomotrice : désinhibition, logorrhée, impression de facilité intellectuelle et relationnelle, altération des fonctions intellectuelles ;
2. ébriété : signes végétatifs (nausées, vomissements), syndrome cérébelleux (gestes incoordonnés et dysmétriques, instabilité), confusion, perte de l'autocritique
3. dépression : labilité de l'humeur, asthénie avec somnolence, possible perte de conscience, risque d'évolution vers le coma éthylique, toxique ou métabolique (hypotension, dépression respiratoire, hypotonie musculaire)

- b) Ivresse pathologique**

Leur existence est discutée dans la littérature ; elle se caractériserait par une évolution plus prolongée, menant souvent à un coma.

### 3. Intoxication éthylique chronique

Dans le cadre d'une intoxication excessive et prolongée, les symptômes précoces sont peu spécifiques – anorexie, troubles de la mémoire ou du sommeil, troubles de l'humeur...

Les symptômes plus spécifiques, en fonction de l'organe ou du système atteint, apparaissent dans un second temps lorsque les lésions sont souvent irréversibles (13)(22).

- **Système digestif** (23)

Nous pouvons trouver une hépatite alcoolique, stéatose hépatique, cirrhose et, au stade plus avancé, l'encéphalopathie hépatique, témoignant d'une accumulation de neurotoxines lorsque celles-ci ne sont plus purifiées par le foie (figure 2).

<b>Encéphalopathie : sévérité</b>		
Minime	Latente	Tests psychométriques et neurophysiologiques (expertise requise)
Stade 1		(Orienté dans le temps et l'espace) Troubles de l'attention, bâillements, assoupissement Euphorie ou anxiété / erreurs de calcul / troubles du sommeil
Stade 2	Patente	Léthargie ou apathie / désorientation temporelle / astérisis / troubles du comportement / dyspraxie
Stade 3		Somnolence ou semi-stupeur / Confusion / Désorientation temporospatiale / Bizarrerie du contact
Stade 4		Coma (ne répond pas aux stimuli douloureux)

**Figure 2 : Encéphalopathie hépatique : sévérité**

D'autres troubles digestifs classiques sont : RGO, œsophagite chronique, syndrome de Mallory–Weiss, gastrite ; malabsorption ; pancréatite aiguë ou chronique.

- **Système nerveux** (24)(25)(26)

Les atteintes du système nerveux peuvent être centrales ou périphériques :

- atrophie cérébrale, syndrome cérébelleux sur atrophie du cervelet,
- encéphalopathies : Gayet-Wernicke sur déficit en vitamine B1, pellagre
- syndrome de Korsakoff, troubles cognitifs
- crises comitiales dans le cadre de sevrage
- neuropathies périphériques, névrite optique rétrobulbaire

- **Système cardio-vasculaire** (27)

Les principaux troubles cardiovasculaires liés à l'alcool sont : HTA, troubles du rythme supra-ventriculaire, myocardiopathie, AVC hémorragique.

- **Troubles psychiatriques** (17)

Différents troubles psychiatriques peuvent être retrouvés : dépression ; troubles anxieux, psychotiques ; aggravation des troubles psychiatriques préexistants ; délires, paranoïa, risque suicidaire (ou levée d'inhibition).

- **Risque néoplasique accru** (12)(13)

L'alcool est un agent carcinogène puissant, inducteur d'immunodépression. (néoplasies surtout ORL et digestives), qui peut potentialiser d'autres agents carcinogènes (tabac).

- **Symptômes endocriniens** (13)

L'alcool peut induire des hypoglycémies par trouble de la néoglucogénèse hépatique, ainsi qu'un hypogonadisme.

## II. Syndrome de sevrage alcoolique (SSA)

Décrit pour la première fois en 1953 par Victor et Adams, il regroupe un ensemble de symptômes pouvant survenir jusqu'au dixième jour après l'arrêt brutal ou diminution rapide d'apport en alcool chez une personne dépendante (28).

Le risque de survenue du SSA augmente d'autant plus que l'intoxication est chronique et massive (29). En effet, il signe la dépendance physique à l'alcool.

Les effets d'éthanol sur le fonctionnement cérébral, vus plus haut, impliquent un déséquilibre de la neuroadaptation et une hyperexcitabilité neuronale en cas de sevrage (29).

### A.Clinique du SSA (5)

Des phénomènes principalement adrénérgiques :

- tremblements des extrémités, voire de la totalité du corps ;
- nausées, vomissements, diarrhée,
- anorexie
- anxiété, irritabilité ;
- sueurs ;
- troubles du sommeil (agitation, cauchemars) ;
- hypertension artérielle (HTA), tachycardie, arythmie
- hyperréflexivité tendineuse.

Troubles neurologiques centraux :

- fièvre modérée
- nystagmus,
- dysarthrie,
- troubles sensoriels (hyperacousie, photophobie, paresthésies)
- hallucinations critiquées

**B. Complications du sevrage (5)**

Complications spécifiques du SSA : risque maximal dans les 48-72 premières heures

- crise comitiale généralisée (CCG) – unique ou multiple
- hallucinations non critiquées,
- delirium tremens (DT)

Le DT associe :

- confusion, hallucinations non critiquées et angoissantes, agitation, tremblements des extrémités s'étendant au corps tout entier, fièvre, HTA.

L'évolution spontanée du DT est péjorative : risque de décès en absence d'un traitement sédatif adapté.

**C. Prise en charge du sevrage aux urgences (30) (31)**

Il repose, avant tout, sur la surveillance.

Une hydratation adaptée et une vitaminothérapie sont systématiques afin de prévenir les carences (notamment en vitamine B1) et les troubles ioniques sont systématiques (5).

En fonction de la surveillance du SSA, un traitement pharmacologique doit être mis en place afin d'éviter l'apparition des complications du sevrage.



Le traitement médicamenteux du SSA de première intention sont les benzodiazépines – de préférence à demi-vie longue, comme le diazépam (Valium®), ou bien à demi-vie courte comme l'oxazépam (Séresta®), plus adapté en cas d'insuffisance hépato-cellulaire associée (8). La réduction des posologies doit être progressive (30) (**Annexe 4**).

Les effets secondaires des benzodiazépines ne sont cependant pas anodins:

- risque d'aggravation d'un état d'encéphalopathie
- risque de décompensation respiratoire aiguë chez l'insuffisant respiratoire
- de par son effet myorelaxant, un risque accru de chute
- enfin, le risque d'une dépendance à une substance elle-même psychotrope, d'autant plus important chez les patients déjà sujets aux addictions.

L'évaluation de la sévérité du SSA reste clinique. Dans l'objectif d'une prise en charge standardisée et reproductible, l'utilisation d'un score clinique est souhaitable.

Parmi de nombreuses échelles cliniques proposées à l'international, deux sont traduites en français : échelle de CIWA-Ar et le score de Cushman (**Annexes 2, 3, 4 et 5**)

### III. Le score de Cushman (Annexe 2)

Il a été élaboré en 1985 par le Pr. Cushman, dans l'étude portant sur l'utilisation de la lofexidine (analogue de la clonidine) dans le SSA, puis traduit en français par le Pr B. Rueff. (22) (7)

Cette version écourtée et simplifiée de l'échelle CIWA – Ar (**Annexe 5**) s'appuie uniquement sur les critères cliniques simples et rapides à évaluer ; le but étant de faciliter une évaluation fiable et reproductible du SSA, indiquant ou non un traitement pharmacologique. Les évaluations doivent être répétées toutes les 4 à 6h. (**Annexes 3 et 4**).

Il a été largement diffusé en France et à l'international, rappelé dans la Conférence de Consensus de la HAS du 17 mars 1999 : « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant » (6) et est toujours recommandé par le référentiel de bonnes pratiques cliniques de la Société Française d'Alcoologie (20). Plus récemment, en 2013 la HAS a de nouveau insisté sur l'intérêt d'utilisation d'une grille standardisée dans l'évaluation de la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique, en indiquant précisément le score de Cushman comme référence.(32)

Le score de Cushman peut d'ailleurs être utilisé aussi bien par le corps médical que par les infirmières, qui peuvent alors assurer le suivi et transmettre le résultat du score au médecin pour une prescription adaptée (33).

Un rapport a été publié en 2016 par l'Institut Robert Debré, démontrant que depuis sa mise en place, l'utilisation de la grille de Cushman a permis d'écourter la durée du traitement préventif du syndrome de sevrage et de diviser par 2 les

posologies de benzodiazépines utilisées. Aucun accident de sevrage n'a d'ailleurs été constaté avec ce protocole (34).

Les enjeux d'utilisation du score de Cushman seraient donc multiples de point de vue médical et économique : optimiser et standardiser la prise en charge du syndrome de sevrage, diminuer les coûts en évitant les hospitalisations prolongées et les situations de surdosage médicamenteux.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Conception de l'étude et participants**

L'enquête de pratique réalisée auprès des médecins urgentistes et internes dans les services d'urgences consistait en un auto-questionnaire anonyme, diffusé par la voie électronique avec l'aide des chefs de service respectifs et des coordonnateurs régionaux du DESC de Médecine d'Urgence du G4.

Les centres hospitaliers concernés par l'étude étaient quatre centres hospitaliers des Hauts-de-France et les centres du réseau inter-CHU G4 : Lille, Valenciennes, Arras, Cambrai, Amiens, Caen et Rouen.

L'envoi a concerné au total 191 médecins urgentistes et 97 internes.

Le recueil des réponses a eu lieu en septembre et octobre 2017.

Le seul critère d'exclusion était une réponse incomplète au questionnaire

.

Dans le cadre d'une enquête de pratiques, la législation française n'impose pas de demander l'approbation du Comité d'Ethique ou du Comité de Protection des Personnes (CPP).

## II. Auto-questionnaire

Le questionnaire comportait 6 questions – 4 premières questions fermées à choix unique, 1 question à choix unique avec possibilité de réponse personnalisée et 1 question ouverte. **(Annexe 8)**

Les deux premières questions étaient destinées à classer les sujets entre médecins et internes et en fonction de leur CH d'origine.

Les deux questions suivantes portaient sur la connaissance et l'utilisation pratique du score de Cushman.

La cinquième question concernait le motif principal motivant l'utilisation ou la non-utilisation du score.

Les motifs de non-utilisation du score ont été regroupés en 7 catégories :

- 0- autre score utilisé
- 1- « habitude clinique » préférée
- 2- manque de temps
- 3- je n'y pense pas
- 4- score inconnu

Les motifs d'utilisation du score ont été regroupés en 2 catégories :

- 5- score utile pour coter la sévérité du sevrage
- 6- par souci d'une prise en charge homogène entre les soignants et patients

La dernière question était une question ouverte portant sur la nécessité d'une formation sur le sujet et sa fréquence.

### III. Recueil et traitement des données

Le recueil anonyme des données a été fait en ligne sur le site <http://mon-enquete-enligne.fr>. Il s'agit d'un site d'accès public, garantissant l'anonymat des réponses et le respect des droits de l'auteur et de la propriété des questionnaires. Accès aux données recueillies est protégé par un mot de passe ; les données servent uniquement à la réalisation de cette étude.

L'analyse des données a été réalisée sous R 3.0.3. par le Dr Michaël Rochoy. Les analyses statistiques univariées (descriptives) sont sous la forme nombre (%) pour les variables qualitatives. Les analyses bivariées ont été réalisées par des comparaisons de proportions pour les variables quantitatives, et des tests de  $\chi^2$  pour les variables qualitatives (sous réserve d'un effectif théorique supérieur à 5). L'association entre deux variables a été testée par le test de corrélation de Spearman.

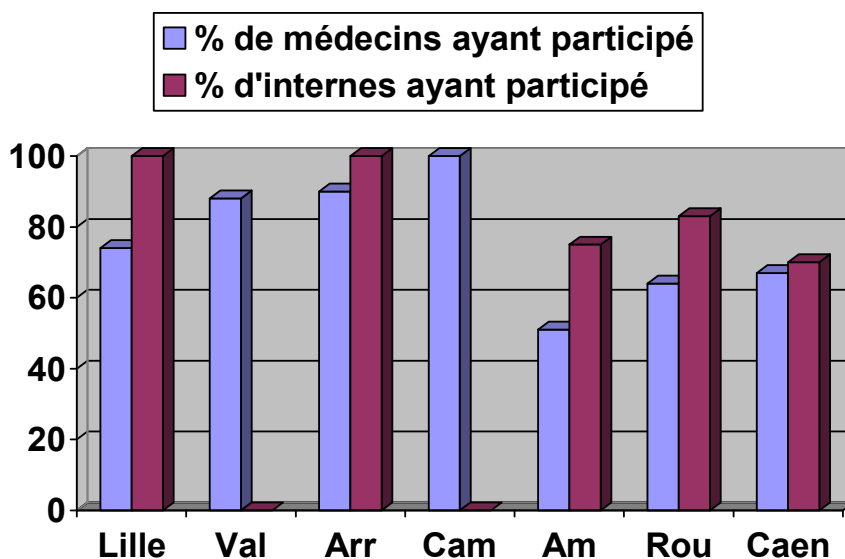
## RESULTATS

### I. Taux de participation

Les taux de participation sont récapitulés dans le tableau 1 et illustrés figure 3.

**Tableau 1 : Taux de participation des internes et médecins du G4 (nombre de participants sur nombre d'internes/médecins travaillant aux urgences)**

	Internes	Médecins
Amiens	9/12 (75 %)	20/39 (51 %)
Arras	11/11 (100 %)	18/20 (90 %)
Caen	14/20 (70 %)	16/24 (67 %)
Cambrai	0/0	8/8 (100 %)
Lille	18/18 (100 %)	20/27 (74 %)
Rouen	30/36 (83 %)	26/48 (64 %)
Valenciennes	0/0	22/25 (88 %)
<b>Total</b>	<b>82/97 (85 %)</b>	<b>130/191 (68 %)</b>



**Figure 3 : Taux de participation par centre hospitalier**

## II. Connaissance et utilisation du score de Cushman

Parmi les internes, 59 connaissaient le score de Cushman et l'utilisaient (72 %), 7 le connaissaient mais ne l'utilisaient pas (9 %), 16 ne le connaissaient pas (19 %).

Parmi les médecins, 55 connaissaient le score de Cushman et l'utilisaient (42 %), 33 le connaissaient mais ne l'utilisaient pas (25 %) et 42 ne le connaissaient pas (32 %).

Les internes connaissaient mieux le score que les médecins ( $p = 0,042$ ) et l'utilisaient plus souvent ( $p < 0,001$ ) (**Tableau 2**).

Il existait une corrélation entre l'utilisation du score par les médecins et par les internes selon leur lieu d'exercice ( $r = 0,5$ ).

**Tableau 2 : Connaissance et utilisation du score de Cushman**

		Statut du score		
		Connu		Inconnu
		Utilisé	Non utilisé	
<b>Internes</b>	<b>Amiens (N = 9)</b>	9 (100 %)	0	0
	<b>Arras (N = 11)</b>	2 (18 %)	1 (9 %)	8 (73 %)
	<b>Caen (N = 14)</b>	12 (86 %)	0	2 (14 %)
	<b>Cambrai (N = 0)</b>	NA	NA	NA
	<b>Lille (N = 18)</b>	6 (33 %)	6 (33 %)	6 (33 %)
	<b>Rouen (N = 30)</b>	30 (100 %)	0	0
	<b>Valenciennes (N = 0)</b>	NA	NA	NA
<b>Médecins</b>	<b>Amiens (N = 20)</b>	2 (10 %)	12 (60 %)	6 (30 %)
	<b>Arras (N = 18)</b>	4 (22 %)	6 (33 %)	8 (45 %)
	<b>Caen (N = 16)</b>	15 (94 %)	1 (6 %)	0
	<b>Cambrai (N = 8)</b>	3 (38 %)	3 (38 %)	2 (24 %)
	<b>Lille (N = 20)</b>	5 (25 %)	5 (25 %)	10 (50 %)
	<b>Rouen (N = 26)</b>	26 (100 %)	0	0
	<b>Valenciennes (N = 22)</b>	0	6 (27 %)	16 (73 %)

NA : Non applicable



Les échantillons étaient représentatifs des services respectifs à plus de 65 %, avec une exception pour l'hôpital d'Amiens où la représentativité était de 56,9 %.

Notons qu'il existe une nette différence significative ( $p < 0,001$ ) entre la Normandie et la région des Hauts-de-France en termes de connaissance et d'utilisation du score : respectivement 55,6 % et 24,6 % pour les Hauts-de-France contre 97,7 % et 96,5 % en Normandie (**Tableau 3**).

	HAUTS-DE-FRANCE					NORMANDIE	
	Lille	Valenciennes	Arras	Cambrai	Amiens	Rouen	Caen
Médecins - nombre total	27	25	20	8	39	48	24
Médecins ayant répondu	20	22	18	8	20	26	16
Médecins ne connaissant pas le test	10	16	8	2	6	0	0
Médecins connaissant le test	10	6	10	6	14	26	16
Médecins appliquant le test	5	0	4	3	2	26	15
Internes - nombre total	18	0	11	0	12	36	20
Internes ayant répondu	18	0	11	0	9	30	14
Internes ne connaissant pas le test	6	0	8	0	0	0	2
Internes connaissant le test	12	0	3	0	9	30	12
Internes appliquant le test	6	0	2	0	9	30	12
<i>Représentativité</i>	<i>84,4%</i>	<i>88,0%</i>	<i>93,5%</i>	<i>100,0%</i>	<i>56,9%</i>	<i>66,7%</i>	<i>68,2%</i>
Nb réponses	126					86	
<b><u>Score de Cushman connu</u></b>	<b>70 (55,6 %)</b>					<b>84 (97,7 %)</b>	
dont médecins	46					42	
	52,3%					100,0%	
dont internes	46					42	
	63,2%					95,5%	
<b><u>Score de Cushman connu et utilisé</u></b>	<b>31 (24,6 %)</b>					<b>83 (96,5 %)</b>	
dont médecin	14					41	
	15,9%					97,6%	
dont interne	17					42	
	44,7%					95,5%	

Tableau 3 : Taux de connaissance et d'utilisation du score selon la région

### III. Motifs de recours ou de non recours au score de Cushman

Qu'il s'agisse de médecins ou d'internes, le principal motif d'utilisation du score était son utilité pour coter la sévérité du sevrage (82 %), devant le souci d'une prise en charge homogène (18 %).

Les médecins et internes n'utilisant pas le score indiquaient comme principal motif sa méconnaissance (64 %) ; 37% en moyenne préféraient leur habitude clinique, 20 % n'y pensaient pas et 15 % manquaient de temps à leur avis. Un seul médecin utilisait un autre score (score ce Ciwa-Ar) (**Tableau 4**).

Motif d'application ou de non-application du score (n°)	Lille		Valenciennes	Arras		Cambrai	Amiens		Rouen		Caen	
	médecins	internes	médecins	médecins	internes	médecins	médecins	internes	médecins	internes	médecins	internes
Autre score utilisé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(1) 100%	-
Habitude clinique préférée	(4) 27%	(4) 33%	(5) 22%	-	-	(1) 20%	(4) 22%	-	-	-	-	-
Manque de temps	-	-	-	(2) 14%	(1) 11%	(1) 20%	-	-	-	-	-	-
N'y pense pas	(1) 6%	(2) 17%	(1) 5%	(4) 29%	-	(1) 20%	(8) 45%	-	-	-	-	-
Score inconnu	(10) 67%	(6) 50%	(16) 73%	(8) 57%	(8) 89%	(2) 40%	(6) 33%	-	-	-	-	(2) 100%
<b>Effectif total n'utilisant pas le score</b>	15	12	22	14	9	5	18	-	-	-	1	2
Score utile pour coter la sévérité du sevrage	(4) 80%	(6) 100%	-	(2) 50%	(2) 100%	(2) 67%	(2) 100%	(6) 67%	(22) 85%	(30) 100%	(11) 73%	(10) 83%
Prise en charge homogène	(1) 20%	-	-	(2) 50%	-	(1) 33%	-	(3) 33%	(4) 15%	-	(4) 27%	(2) 17%
<b>Effectif total utilisant le score</b>	5	6	-	4	2	3	2	9	26	30	15	12

**Tableau 4 : Répartition en fonction du motif d'utilisation ou de non-utilisation du score de Cushman, par ville et par fonction**

## IV. Avis sur l'intérêt et la fréquence de formations sur le score de Cushman

Une formation était jugée utile pour 66 internes (80 %) contre 108 médecins (83 %) ( $p = 0,63$ ). Le nombre moyen de formation souhaité était de 1,4 par an (**Tableau 5**). Il n'y avait pas de corrélation entre l'utilité estimée d'une formation et la connaissance du score de Cushman (coefficient R de Pearson = 0,13) ou l'utilisation de ce score ( $R = -0,014$ ).

**Tableau 5 : Avis des participants sur l'intérêt d'une formation et sa fréquence**

		Intérêt d'une formation		Fréquence annuelle
		Utile	Non utile	
<b>Internes</b>	<b>Amiens (N = 9)</b>	4	5	0,9
	<b>Arras (N = 11)</b>	9	2	1,5
	<b>Caen (N = 14)</b>	10	4	1,3
	<b>Cambrai (N = 0)</b>	NA	NA	NA
	<b>Lille (N = 18)</b>	13	5	1,2
	<b>Rouen (N = 30)</b>	30	0	1,8
	<b>Valenciennes (N = 0)</b>	NA	NA	NA
<b>Médecins</b>	<b>Amiens (N = 20)</b>	18	2	1,0
	<b>Arras (N = 18)</b>	16	2	1,4
	<b>Caen (N = 16)</b>	12	4	1,3
	<b>Cambrai (N = 8)</b>	6	2	1,4
	<b>Lille (N = 20)</b>	16	4	1,3
	<b>Rouen (N = 26)</b>	22	4	1,5
	<b>Valenciennes (N = 22)</b>	18	4	1,2

## A. Lille

A Lille, 16 sur 20 médecins ayant participé à l'enquête, soit 80 %, trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile.

Parmi les 5 médecins connaissant le score mais ne l'utilisant pas, ce taux était de 100 %. Parmi les 5 médecins connaissant et utilisant le score, ce taux était de 80 % (4/5). Parmi les 10 médecins ne connaissant pas le score, ce taux était de 70 % (7/10).

Parmi les 16 médecins indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 10 (62,5 %), 1 par an pour 4 (25 %), et moins de 1 rappel par an pour 2 médecins (12,5 %).

Parmi les 18 internes ayant participé à l'enquête, 13 trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile, soit 72 %,

Parmi les 6 internes connaissant le score mais ne l'utilisant pas, ce taux était de 83 % (5/6). Parmi les 6 internes connaissant et utilisant le score, ce taux était de 100 %.

Parmi les 6 internes ne connaissant pas le score, ce taux était de 33 3 % (2/6).

Parmi les 13 internes indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 9 (69 %) et de 1 par an pour 4 médecins (31 %).

## **B. Valenciennes**

18 sur 22 médecins ayant participé à l'enquête, soit 82 %, trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile.

Parmi les 6 médecins connaissant le score mais ne l'utilisant pas, ce taux était de 100 %. Parmi les 16 médecins ne connaissant pas le score, ce taux était de 75 % (12/16).

Parmi les 18 médecins indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 66,6 % (12/18), et moins de 1 rappel par an pour 33,3 % (6/18)

## **C. Arras**

16 sur 18 médecins ayant participé à l'enquête, soit 89 %, trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile.

Parmi les 6 médecins connaissant le score mais ne l'utilisant pas, ce taux était de 100 %. Parmi les 4 médecins connaissant et utilisant le score, ce taux était de 100 %. Parmi les 8 médecins ne connaissant pas le score, ce taux était de 75 % (6/8).

Parmi les 16 médecins indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 9 (56 %), 1 par an pour 7 médecins (44 %).

Parmi les 11 internes ayant participé à l'enquête, 9 trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile, soit 82 %,

Un interne sur 11 connaissant le score mais ne l'utilisait pas, il trouvait qu'un rappel sur le score serait utile. Parmi les 2 internes connaissant et utilisant le score, ce taux était de 1/2 (50 %). Parmi les 8 internes ne connaissant pas le score, ce taux était de 7/8 (87,5 %).

Parmi les 9 internes indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 8 (89 %), 1 par an pour 1 interne (11 %).

## **D. Cambrai**

6 sur 8 médecins ayant participé à l'enquête, soit 75 %, trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile.

Parmi les 3 médecins connaissant le score mais ne l'utilisant pas, ce taux était de 67 %. Parmi les 3 médecins connaissant et utilisant le score, ce taux était de 100 %. Parmi les 2 médecins ne connaissant pas le score, ce taux était de 1/2 (50 %).

Parmi les 6 médecins indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 5 (83 %), 1 par an pour 1 médecin (17 %).



## **E. Amiens**

18 sur 20 médecins ayant participé à l'enquête, soit 90 %, trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile.

Parmi les 10 médecins connaissant le score mais ne l'utilisant pas, ce taux était de 100 % (10/10). Parmi les 2 médecins connaissant et utilisant le score, ce taux était de 0 % (0/2). Parmi les 8 médecins ne connaissant pas le score, ce taux était de 100 % (8/8).

Parmi les 18 médecins indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 33 % (6/18), 1 par an pour 28 % (5/18), et moins de 1 rappel par an pour 39 % (7/18).

Parmi les 9 internes ayant participé à l'enquête, 4 trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile, soit 44 %, en sachant que le score était connu et appliqué par l'ensemble des internes.

Parmi les 4 internes indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 100 % d'entre eux (4/4).

## **F. Rouen**

22 sur 26 médecins ayant participé à l'enquête, soit 85 %, trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile, en sachant que le score était connu et appliqué par l'ensemble des médecins.

Parmi les 22 médecins indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 77 % (17/22), 1 par an pour 23 % d'entre eux (5/22).

Parmi les 30 internes ayant participé à l'enquête, 30 trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile, soit 100 %, en sachant que le score était connu et appliqué par l'ensemble des internes.

Parmi les 30 internes indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 80 % (24/30), 1 par an pour 20 % (6/30) d'entre eux.

## **G. Caen**

12 sur 16 médecins ayant participé à l'enquête, soit 75 %, trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile.

Parmi les 15 médecins connaissant et utilisant le score, ce taux était de 73 % (11/15). Le médecin connaissant le score mais ne l'utilisant pas, a indiqué son intérêt pour une telle formation.

Parmi les 12 médecins indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 75 % (9/12), 1 par an pour 17 % (2/12), et moins de 1 rappel par an pour 1 médecin (8 %).

Parmi les 14 internes ayant participé à l'enquête, 10 trouvaient qu'une formation sur l'utilisation du score de Cushman serait utile, soit 71 %.

Parmi les 12 internes connaissant et utilisant le score, ce taux était de 67 % (8/12). Parmi les 2 internes ne connaissant pas le score, ce taux était de 100 % (2/2).

Parmi les internes indiquant l'intérêt d'une telle formation, la fréquence souhaitée était de 1 rappel tous les 6 mois pour 80 % (8/10), 1 par an pour 20 % (2/10) d'entre eux.

## DISCUSSION

Dans notre étude, réalisée dans les centres hospitaliers d'Amiens, Arras, Caen, Cambrai, Lille, Rouen et Valenciennes, nous avons interrogé 82 internes (85 % de ceux en exercice) et 130 médecins (68 %).

Les internes connaissaient mieux le score de Cushman que les médecins (81 % vs 67 %,  $p = 0,042$ ) et l'utilisaient plus souvent (72 % vs 42 %,  $p < 0,001$ ). L'utilisation du score par les médecins était corrélée à l'utilisation par les internes ( $r = 0,5$ ).

Il existait également une nette différence entre la Normandie et la région des Hauts-de-France en termes de connaissance et d'utilisation du score : respectivement 55,6 % et 24,6 % pour les Hauts-de-France contre 97,7 % et 96,5 % en Normandie ( $p < 0,001$  pour la comparaison entre les régions).

Internes et médecins confondus, le principal motif d'utilisation du score était son utilité pour coter la sévérité du sevrage (82 %). Les médecins et internes n'utilisant pas le score en pratique indiquaient comme principal motif la méconnaissance du score (64 %). Une formation de rappel était jugée utile pour 80 % des internes et 83 % des médecins, à raison de 1,4 par an en moyenne.

A ce jour, il n'existe malheureusement pas de données correspondantes dans la littérature sur la connaissance du score de Cushman ou son utilisation dans les services d'urgence, pour permettre une confrontation de ces données.

Le taux significativement plus élevé de connaissance et de mise en pratique du score de Cushman par les internes par rapport aux médecins pourrait s'expliquer par leur formation théorique récente. En effet, avec le fil de temps les médecins peuvent perdre ce réflexe clinique si le score de Cushman ne fait pas partie des protocoles du service.

Le fait que l'utilisation du score par les médecins soit corrélée à l'utilisation par les internes est cohérent si l'on admet que les internes au sein d'un service d'urgences sont briefés par les médecins sur les habitudes du service ; ainsi, si nous voulons favoriser la mise en pratique du score de Cushman, l'intérêt serait avant tout de rappeler son intérêt aux médecins des services respectifs.

En termes de connaissance et d'application du score, la différence entre les Hauts-de-France et la Normandie pourrait s'expliquer par une différence de formations entre les régions, ou par les habitudes cliniques des services ayant participé à notre étude.

La méconnaissance du score reste la raison principale de sa non-utilisation. Ceci montre l'importance des formations de rappel dans le sujet. La part non négligeable des praticiens connaissant le score mais réticents à sa mise en pratique, montre quant à elle le besoin de les convaincre de son utilité et des

avantages de son utilisation – que ce soit en rappelant les recommandations, ou bien en présentant les résultats des essais cliniques d'autres centres comme celui de l'Institut Debré (34).

Notre étude comporte plusieurs forces.

Sur 213 réponses, une seule était incomplète et a été exclue de l'étude. Le taux de participation était élevé : 85 % en moyenne pour les internes et 68 % en moyenne pour les médecins urgentistes. Cette forte participation a probablement été favorisée par le caractère bref du questionnaire qui, grâce aux questions ciblées, prenait moins d'une minute aux participants.

Il s'agit d'une étude multicentrique, portant sur les grands centres hospitaliers régionaux stratégiques de la Normandie et des Hauts-de-France : Lille, Valenciennes et Arras, Caen, Rouen et Amiens.

Néanmoins, notre étude comporte quelques limites.

Les effectifs des centres hospitaliers restent faibles s'ils sont pris en compte séparément : afin d'augmenter la puissance, les analyses statistiques ont été faites entre différents centres regroupés. Dans deux centres hospitaliers il n'y avait pas d'internes aux urgences au semestre en cours, ce qui a diminué encore les effectifs disponibles.

Nous ne pouvons pas exclure un biais de sélection : les non-participants peuvent être principalement des professionnels ne connaissant pas le score, ce qui aurait pour conséquence une surévaluation du taux de connaissance dans notre étude.

Par ailleurs, le questionnaire était déclaratif, et certains participants ont pu répondre une projection de leur prise en charge « idéale », parfois différente de la prise en charge réelle.

D'autre part, nous n'avons pas inclus de nuances entre une utilisation ponctuelle et une utilisation systématique.

Aucun personnel paramédical (infirmier) n'a été inclus dans l'étude.

Plus de 80 % des médecins et internes trouvent l'intérêt des rappels réguliers sur l'utilisation du score de Cushman. La fréquence la plus adaptée semblerait être bi-annuelle, correspondant à chaque changement d'internes. Il pourrait s'agir d'une formation très courte et donc facile à mettre en place, voire d'une simple note de service rappelant l'existence et l'intérêt du score.

En interrogeant les équipes médicales et paramédicales des tous les centres concernés par l'enquête, il s'avère que le service d'urgences de Caen est actuellement le seul à disposer d'un protocole de prévention de sevrage selon le score de Cushman.

Malgré les recommandations existantes de la HAS et de la SFA, les autres services soit ne disposent d'aucun protocole (Rouen, Lille, Cambrai, Arras) ; soit le protocole utilisé consiste en une prescription standardisée de traitements associés : hydratation-vitaminothérapie-benzodiazépines en systématique, sans avoir recours à une réévaluation régulière protocolisée (Valenciennes, Amiens).

Un tel protocole, comme celui présenté dans **l'annexe 3**, serait pourtant facile à mettre en place. En effet, d'après les résultats d'essai clinique de l'institut Robert

Debré (34), en mettant en pratique un protocole basé sur le score de Cushman dans ces centres hospitaliers, nous pouvons nous attendre à une amélioration de la qualité des soins : des traitements plus courts et donc raccourcissement des durées d'hospitalisations des patients en sevrage; une baisse de consommation des benzodiazépines et en conséquence diminution d'incidence des leurs effets secondaires; enfin, une diminution des accidents de sevrage.



## CONCLUSION

Le syndrome de sevrage alcoolique est une pathologie fréquente, d'évolution grave avec un risque létal en absence de traitement adapté.

Le traitement repose avant tout sur la prévention et implique une réévaluation clinique régulière.

Depuis de nombreuses années, cette réévaluation fait l'objet de plusieurs recommandations officielles qui mettent en avant l'utilisation du score de Cushman comme outil simple et adapté, permettant la mise en place d'un protocole efficace de prévention du syndrome de sevrage. Un tel protocole améliore aussi bien le confort des soignants que la sécurité des patients et permet de diminuer le nombre et la durée d'hospitalisations.

Malgré cela, notre étude permet de constater que les hôpitaux disposant d'un tel protocole sont rares et que la connaissance même du score de Cushman et son application par les médecins reste aléatoires.

En même temps, une forte demande de formations régulières concernant le score de Cushman est exprimée aussi bien par les médecins que les internes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cottencin O, Guardia D, Karila L, Rolland B. Alcoologie clinique. Presse Médicale. 1 déc 2012;41(12):1248-58.
2. Drogues chiffres clés. OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Edition 2017. [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2017.pdf>
3. OFDT. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Séries statistiques thématique alcool. [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant/>
4. OMS - Consommation d'alcool - aide mémoire [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>
5. MICHAUD P. Conduite à tenir lors d'un syndrome de sevrage alcoolique. Hépatogastro Oncol Dig. janv 2001;8(1):23-9.
6. HAS. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant - Société Française d'Alcoologie. 1999.
7. Cushman P Jr, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes : clinical management with lofexidine. 1985. (Alcohol Clin Exp Res; vol. 9:103-8.).
8. ANAES. Conférence de consensus : objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant (texte long). Paris, 17 mars 1999.;
9. C.P. O'Brien. The CAGE questionnaire for detection of alcoholism: a remarkably useful but simple tool. 2008;300(17):2054-6.
10. Compte-rendu Groupe de travail Praticiens Hospitaliers ECLAT-GRAA [Internet].

2013. Disponible sur: <http://eclat-graa.org/wp-content/uploads/2013/09/Compte-rendu-12-Juin-2013-groupe-PH.pdf>

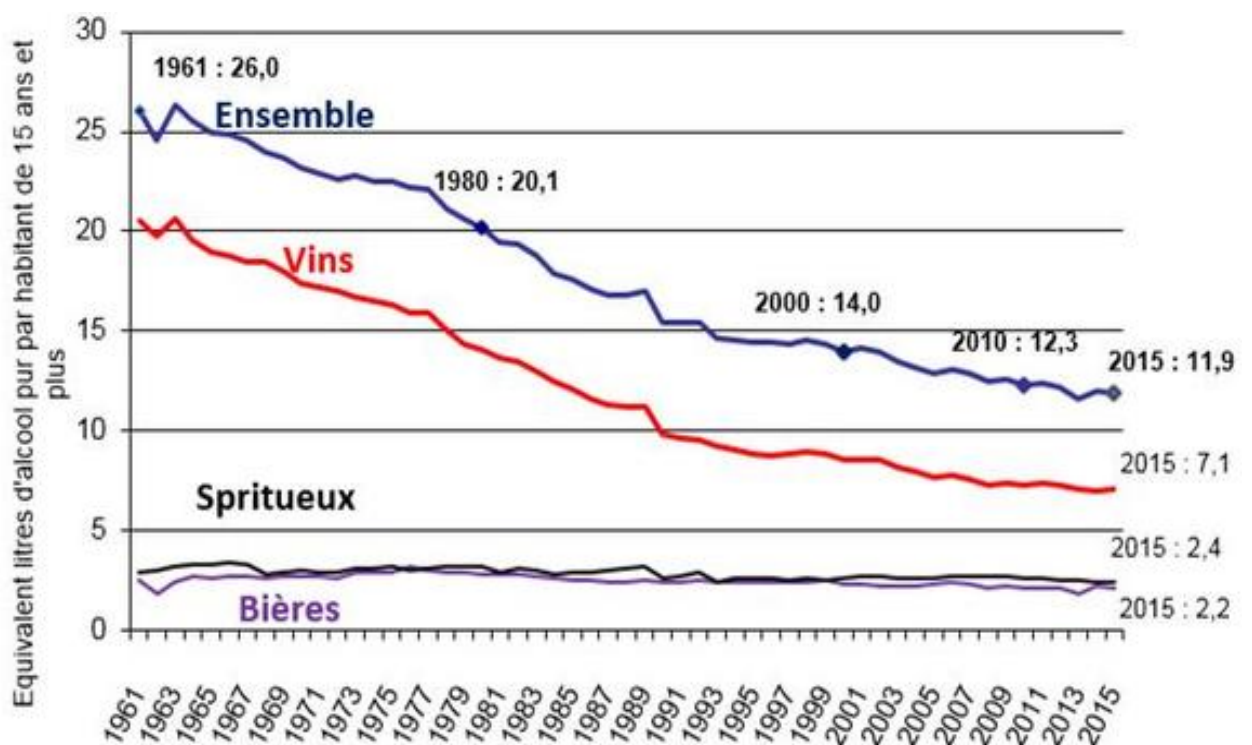
11. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr). L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017.
12. Global status report on alcohol and health 2014, OMS [Internet]. [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)
13. Kiritzé Topor P. , Bénard JY. Le malade alcoolique. Masson. 2001.
14. Reynaud M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : Traité d'addictologie. 2006;7-9.
15. LIEBER C. S. ; CRAPLET M. ; Le métabolisme de l'éthanol: hépato-toxicité, et interactions avec les médicaments, les carcinogènes et les vitamines. Rev Alcool. 1987;32(1):9-43.
16. Descombey JP. Précis d'alcoologie clinique. Dunod. 2003.
17. Ollat H. Les facteurs neurobiologiques de l'alcool-dépendance; Alcoolisme et Psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Masson; 2002.
18. Paille F. Comment devient-on physiquement dépendant de l'alcool ? oct 2006;10:16-21.
19. Sureau, C, Charpentier S, Philippe, JM, C Perrier, Trinh-Duc A, Fougeras, O, Charpentier, et al. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil d'urgence », commission de veille scientifique. SFMU; 2006.
20. Les conduites d'alcoolisation. Recommandations de la SFA pour la pratique clinique. 2001;23 (4 suppl.):1S-76S.
21. Classification et présentation des substances psychoactives. Présentation des substances psychoactives. In: Toxicomanie et conduites addictives. janv 2005;Velea D.:114,115.
22. Rueff B. Pour aider au diagnostic. In: Les maux de l'alcool. John Libbey Eurotext; 1996.

23. Carbonne, I Franck, Pariente Alexandra., Carbonne. Pathologie digestive pour le praticien. Elsevier. 2003.
24. Batel P, Godeau P, Henderson S, Piette JC. Encéphalopathie de Gayet- Wernicke et sd. de Korsakoff. Traité de médecine interne. 2000.
25. Brust J. C.M. Aspects neurologiques de l'addiction. Elsevier Masson. 2007.
26. Dally S. Conduites d'alcoolisation et complications neurologiques. In: Traité d'addictologie. Médecines-Sciences Flammarion. 2006.
27. INSERM. Effets de l'alcool sur le système cardiovasculaire. In: Alcool, Effets sur la santé. INSERM; 2001.
28. Mehta S, Prabhu H, Swamy A, Dhaliwal H, Prasad D. Delirium Tremens. Med J Armed Forces India. janv 2004;60(1):25-7.
29. Soyka M. Prevalence of delirium tremens. 2008;5(17):452.
30. Dr Phuc Nguyen. Protocole de sevrage en milieu hospitalier. E.L.S.A. Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie; CH Roanne.
31. Couzigou P, Ledinghen V. Le sevrage du malade alcoolodépendant (syndrome de sevrage alcoolique – traitement préventif et curatif). /data/revues/03998320/0026SUP5/163/ [Internet]. 29 févr 2008 [cité 3 oct 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/99327>
32. HAS. Sevrage du patient alcoolodépendant - Recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Généralisation 2013. 2013.
33. Kalamarides S, Iseni MC, Grosdidier É. « Groupe Protocole » HEGP Paris - Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) | APHP. 2011.
34. Robert P. Utilisation de la grille de CUSHMAN dans le sevrage simple d'alcool - Institut Robert Debré. 2016.
35. Ferhi H. Etude de faisabilité d'un protocole de prévention du syndrome de sevrage alcoolique aux urgences adultes du CHU de Tours. Tours; 2009.



## ANNEXES

### Annexe 1 : Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (1961-2015) (4)



Source: OMS entre 1961 et 1989, groupe IDA de 1990 à 1999, Insee de 2000 à 2015

## Annexe 2 : Score de Cushman

<b>Tableau. Surveillance clinique par l'échelle de Cushman.</b>				
<b>Points</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Fréquence cardiaque	< 80	81 à 100	101 à 120	0 h
PA systolique				
18 à 30 ans	< 125	126-135	136-145	> 145
31 à 50 ans	< 135	136-145	146-155	> 155
> 50 ans	< 145	146-155	156-165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Phonophobie Photophobie Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées
<b>Score &lt; 7</b>		<b>Score de 7 à 14</b>		<b>Score &gt; 14</b>
État clinique contrôlé		Sevrage modéré		Sevrage sévère
Un score > 7 nécessitera une augmentation du traitement par diazepam.				

## Annexe 3 :

## Exemple de protocole de suivi utilisant l'échelle de Cushman (35)

NOM :

PRENOM :

DATE :

**PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE SEVRAGE  
ALCOOLIQUE**

PENDANT 24H00, SCORE DE CUSHMAN/4h00, par l'IDE et adapter le traitement par le médecin

- 1) CUSHMAN =0 : par voie orale : boissons ad libitum, vit B1 500 mg /jour, pas de perfusion
- 2) CUSHMAN > 0 et < 7 ou antécédent de crise convulsive, delirium ou predelirium: **Traitement de sevrage simple**  
Par voie orale : boissons ad libitum, vit B1 500 mg /jour = 2 cp B1B6, pas de perfusion,  
**SERESTA 10mg 2cp/6h00 CF CI page 2**
- 3) CUSHMAN entre 7 et 14 : **Traitement de sevrage renforcé**  
Perfusion bioG5% (2l/24h00), vitamine B1 500mg/12h00 per os = 2 cp B1B6, **SERESTA 10 mg 2cp/4h00 per os CF CI page 2**
- 4) CUSHMAN > 15 : **Contacteur PH déchoquage en urgence au 71949**
- 5) Voie orale non possible : **TRANXENE IV**. Diluer dans 100cc de sérum physiologique, injecter sur 20 min **CF CI page 2** + perfusion bioG5% (2l/24h00) + vitamine B1 500mg/12h00=5ampoules de 100mg
  - si score de Cushman < 7 : 20mg \ 6h00.
  - si score de Cushman entre 7 et 10 : 20mg \ 4h00
  - si score de Cushman entre 11 et 14 : 50mg \ 6h00.

APRES 24H00 DE SURVEILLANCE

**CUSHMAN < 7** : Sortie. Mettre en contact avec l'équipe de liaison en addictologie (06 65 47 85 93). En leur absence, donner la liste des coordonnées des structures en alcoologie du département. Poursuite du traitement en ambulatoire médecin traitant ou C.C.A.A.

**CUSHMAN > 7** : Poursuite traitement et surveillance 24h00 à l'UHCD

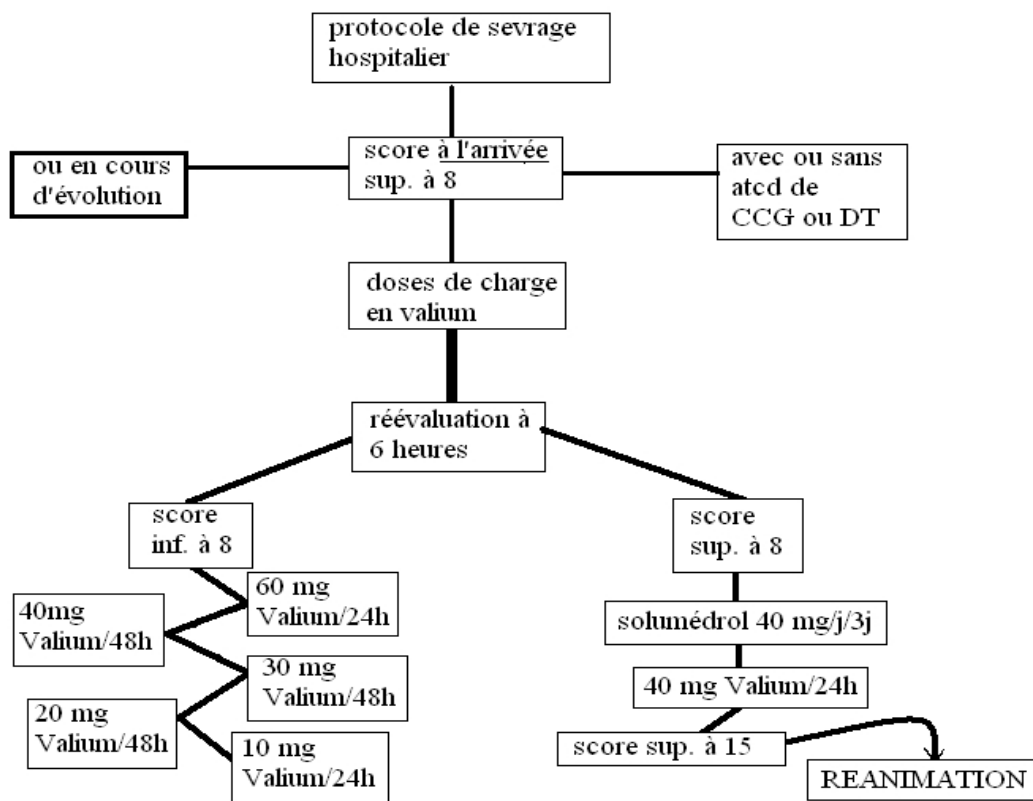
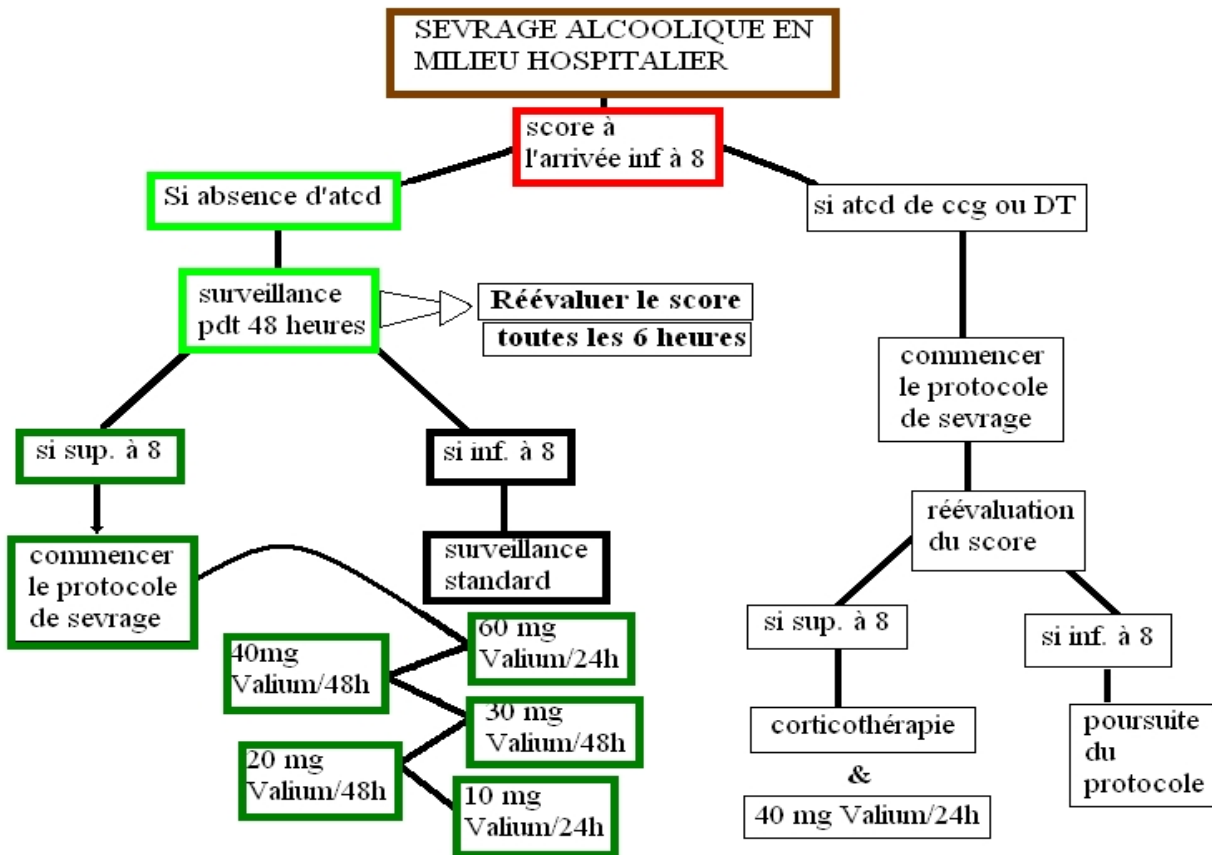
**SCORE DE CUSHMAN**

Item	0 point	1 point	2 points	3 points
FC	< 80	81-100	101-120	>120
PAS (mm Hg)	<135	136-145	146-155	>155
FR (min <sup>-1</sup> )	<16	16-35	26-35	>35
Tremblements	non	main en extension	tout le membre supérieur	généralisés
Sueurs	non	paumes	paumes et front	généralisées
Agitation	non	discrète	généralisée/contrôlable	généralisée/incontrôlable
Troubles sensoriels	non	gêne par le bruit, la lumière ou prurit	hallucinations critiquées	hallucinations non critiquées

	H0	H4	H8	H12	H16	H20	H24	H28	H32	H36	H40	H44	H48
Heure	1 <sup>h</sup>	5 <sup>h</sup>	9 <sup>h</sup>										
Score	2	3	2										



## Annexe 4 : Exemple de protocole de prise en charge du SSA (30)



## Annexe 5 : échelle CIWA – Ar (Clinical Index Withdrawal Assessment- Revised)

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____ NOM À LA NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____	
Observation faite le ____ à ____ h ____	
<b>ÉCHELLE DE SYMPTÔMES DE SEVRAGE D'ALCOOL (CIWA-AR)</b>	
<b>1. Nausées et vomissements</b> : 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	<b>6. Troubles tactiles</b> : Demandez : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau? » Observez : 0 aucun 1 très peu de sensations 2 un peu de sensations 3 sensations modérées 4 hallucinations modérées 5 hallucinations importantes 6 hallucinations extrêmement importantes 7 hallucinations continues
<b>2. Tremblements</b> : Bras étendus, doigts écartés. Observez : 0 pas de tremblements 1 non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis au bout des doigts 2 3 4 modérés, le patient ayant les bras étendus 5 6 7 importants, sans les bras étendus	<b>7. Troubles auditifs</b> : 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
<b>3. Sueurs</b> : 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	<b>8. Troubles visuels</b> : 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
<b>4. Anxiété</b> : Demandez : « Vous sentez-vous nerveux? » Observez : 0 calme, détendu 1 légèrement anxieux 2 3 4 modérément anxieux ou sur ses gardes 5 6 7 équivalent à un état de panique aigu ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizo-phréniques aiguës	<b>9. Maux de tête, tête lourde</b> : Demandez : « Avez-vous des sensations étranges à la tête? Avez-vous l'impression que quelque chose vous serre la tête? D'avoir la tête dans un étoupe ou que votre tête va éclater? D'avoir un bandeau autour de la tête? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété. 0 absentes 1 très légères 2 légères 3 modérées 4 modérément importantes 5 importantes 6 très importantes 7 extrêmement importantes
<b>5. Agitation</b> : 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)	<b>10. Orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes</b> : Demandez : « Quel jour sommes-nous? Quelle est la date? Où êtes-vous? Qui suis-je? » 0 orienté(e) et peut additionner des nombres en série 1 ne peut additionner des nombres en série/ est incertain de la date 2 erreur de date de 2 jours ou moins 3 erreur de date de plus de 2 jours 4 désorienté(e) dans l'espace ou par rapport aux personnes Total : _____ (somme des 10 points, maximum 67 points)
Échelle : ≤ 8 = Léger; 9-15=Modéré; >15=Grave Source : The Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised (Sullivan, Sykora, Schneigerman &al. 1989; Sullivan, Swift & Lewis 1991)	
Signature de l'infirmier(ière) ou de l'infirmier(ière)-auxiliaire : _____	

## Annexe 6 : Questionnaire AUDIT

Tableau 1 : Questionnaire AUDIT

Le questionnaire AUDIT à 10 items	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? (0) jamais (1) 1 fois par mois au mois (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) au mois 4 fois par semaine	6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus	7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque	8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque	9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? (0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année écoulée
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ? (0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque	10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ? (0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année écoulée
<b>Total des items :</b>	

## Annexe 7 : Questionnaires CAGE et FACE

### Test CAGE

Test Cage (Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener)	
	oui/non
1. Vous êtes vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?	
2. Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool ?	
3. Avez-vous déjà eu besoin de boire de l'alcool en vous réveillant pour calmer vos nerfs ou passer une « gueule de bois » ?	
4. Avez-vous déjà été ennuyé par des remarques d'autrui critiquant votre consommation d'alcool ?	
Total :	

### questionnaire FACE

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	(0) Jamais (1) 1 fois par mois au moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?	(0) non (4) oui
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	(0) non (4) oui
5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	(0) non (4) oui
Total :	

## Annexe 8 : Auto-questionnaire de recueil des données.

\*Questions\*

\* \*1: Dans quel centre hospitalier exercez-vous? \*

Lille      Amiens      Valenciennes      Caen      Arras      Rouen      Cambrai

-----  
\* \*2: Vous êtes : \*

Médecin  
Interne

-----  
\* \*3: Connaissez – vous le score de Cushman et ses composantes ?\*

OUI  
NON

-----  
\* \*4: Est-il utilisé dans votre pratique courante ?\*

OUI  
NON

-----  
\* \*5: Si oui/non, pourquoi?\*

-> réponses regroupées en 7 catégories :

NON

0- autre score utilisé

1- « habitude clinique » préférée

2- manque de temps

3- je n'y pense pas

4- score inconnu

OUI :

5- score utile pour coter la sévérité du sevrage

6- par souci d'une prise en charge homogène entre les soignants et patients

-----  
\* \*6: D'après vous, serait – il pertinent de proposer des formations de  
rappel sur ce sujet, et si oui, à quelle fréquence ?\*

**AUTEUR : Nom : BRANCZKO Prénom : Natalia**

**Date de Soutenance : 30/10/2017**

**Titre de la Thèse :**

**Score de Cushman aux urgences – connaissance et applications pratiques dans 4 centres hospitaliers des Hauts-de-France et les centres hospitaliers du réseau inter-CHU G4**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : DESC Médecine d'urgence**

**Mots-clés : score de Cushman, sevrage alcoolique, delirium tremens, syndrome de sevrage**

**Résumé :** (2500 caractères maxi, (espaces et ponctuation compris, titre et auteur non compris)

**Contexte** Les pathologies liées à l'alcool sont un problème essentiel de santé publique en France. Les services d'urgences sont souvent confrontés aux situations de sevrage ; leur prise en charge fait objet de recommandations de la SFA et de la HAS. La surveillance et traitement du patient en sevrage peuvent être guidés par le score de Cushman. Il n'existe pas d'étude portant sur la connaissance et l'utilisation de ce score par les urgentistes. (450)

**Méthode :** L'enquête de pratique a été réalisée dans 7 centres hospitaliers ; le recueil des données s'est fait sous forme d'un autoquestionnaire électronique anonyme, adressé aux médecins et internes des services d'urgence.

**Résultats :** 82 internes (85 % de ceux en exercice) et 130 médecins (68 %) ont participé à l'étude. Les internes connaissent mieux le score de Cushman que les médecins (81 % vs 67 %,  $p = 0,042$ ) et l'utilisent plus souvent (72 % vs 42 %,  $p < 0,001$ ). L'utilisation du score par les médecins est corrélée à l'utilisation par les internes ( $r = 0,5$ ).

Il existe également une nette différence entre la Normandie et les Hauts-de-France en termes de connaissance et d'utilisation du score : 55,6% et 24,6% pour les Hauts-de-France contre 97,7% et 96,5% en Normandie.

Une formation était jugée utile pour 80 % des internes et 83 % des médecins, à raison de 1,4 par an en moyenne, sans corrélation entre l'utilité estimée d'une formation et la connaissance du score de Cushman (coefficient R de Pearson = 0,13) ou l'utilisation de ce score ( $R = -0,014$ ).

**Conclusion :** Le syndrome de sevrage alcoolique est une pathologie grave et fréquente. Le score de Cushman est recommandé pour un traitement efficace mais il reste méconnu et non appliqué par une grande partie du corps médical, qui exprime une forte demande de formations dans le sujet.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur E. WIEL**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur R. FAVORY**

**Monsieur le Docteur J-M. RENARD**

**Directeur de Thèse : Madame le Docteur M. GOLASOWSKI**