

ÉVALUATION DE L'UTILISATION SYSTÉMATIQUE DE LA CIWA-AR POUR LE TRAITEMENT DU SEVRAGE ALCOOLIQUE : UNE REVUE NARRATIVE

Pier-Ann Seaburn^a, Vanessa Fillion^a et Stéfani Dubé^a

^a Étudiante au programme IPS-SM, Département des Sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

Résumé

Objectif. L'objectif de cette revue descriptive est de décrire si l'utilisation systématique de la CIWA-Ar par les infirmières diminue la durée du traitement, l'utilisation de benzodiazépines et le risque de complications du sevrage alcoolique. **Méthode.** Les bases de données consultées sont Medline, CINAHL, Elsevier et Google Scholar. Les mots-clés recherchés sont « CIWA-Ar », « ciwa protocol or clinical institute withdrawal of alcohol or clinical institute withdrawal assessment for alcohol », « sevrage alcoolique » et « alcohol withdrawal ». Les critères d'inclusion sont les articles en anglais ou en français, concernant les adultes, écrits après 1999, et qui discutent de l'efficacité ou des limitations de la CIWA-Ar. Le PRISMA a été utilisé pour sélectionner ces treize articles. **Résultats.** 13 articles avec 2939 patients adultes (> 18 ans) ont été analysés. Les résultats de l'utilisation de la CIWA-Ar démontrent une diminution significative de l'utilisation de benzodiazépines (BZD) chez les patients atteints d'un trouble lié à la consommation d'alcool souffrant de sevrage alcoolique. De plus, des résultats secondaires tels que la diminution de la durée du séjour hospitalier et le risque de complications sévères du sevrage alcoolique ont été démontrés. **Conclusion.** Les résultats observés permettent de constater que l'utilisation systématique de la CIWA-Ar comme outil d'évaluation du sevrage alcoolique actif en centre hospitalier permet de diminuer la durée de séjour, l'utilisation de médicament et les risques de complications. Nous recommandons aux milieux hospitaliers d'offrir une formation sur la CIWA-Ar afin d'aider les infirmières à faire des interventions plus efficaces concernant le sevrage et à se sentir plus compétentes.

5 mots clés :

Mots-clés : Clinical institute withdrawal assessment for alcohol, CIWA-Ar, sevrage alcoolique, alcool, évaluation infirmière du sevrage.

Assessment of the Systematic Use of CIWA-Ar for the Treatment of Alcohol Withdrawal: A Narrative Review

Objective. This descriptive review aims to examine whether the systematic use of CIWA-Ar protocol by registered nurses decreases the length of in-hospital treatment, the use of benzodiazepines and the risk of complications due to alcohol withdrawal. **Method.** The databases we used are Medline, CINAHL, Elsevier and Google Scholar. The keywords we used are "CIWA-Ar", "ciwa protocol or clinical institute withdrawal of alcohol or clinical institute withdrawal assessment for alcohol", "sevrage alcoolique" and "alcohol withdrawal". The inclusion criteria were articles written in English and/or in French, with adult patients, written after 1999 and with a discussion about the efficacy or limitations of CIWA-Ar. PRISMA has been used to select these thirteen articles. **Results.** 13 articles with 2939 adult patients (> 18 years old) have been analyzed. Results of using CIWA-Ar show a significant decrease of the use of benzodiazepines (BZD) for clients with alcohol use disorder suffering from alcohol withdrawal. Furthermore, analysis demonstrates secondary results such as hospital length of stay and severe complications risk of alcohol withdrawal. **Conclusion.** Results demonstrate the systematic use of CIWA-Ar as an assessment tool for active alcohol withdrawal in hospital enables a decreased length of stay, use of medication and risk of withdrawal complications. We recommend that hospital settings offer training about CIWA-Ar in order to promote increased competency and use of effective interventions by Registered Nurses.

Keywords : Clinical institute withdrawal assessment for alcohol, CIWA-Ar, alcohol withdrawal, alcohol, nursing assessment of withdrawal.

Nous tenons à remercier Mme Nicole Ouellet, professeure en sciences infirmières à l'UQAR, pour sa contribution à l'élaboration de cet article, l'aide et le support offert. De plus, nous tenons à remercier chacun d'entre vous qui travaillez auprès de la clientèle chaque jour. Merci d'être là pour les gens qui ont besoin d'aide. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Pier-Ann Seaburn, EIPSSM, UQAR, paseaburn@outlook.com

L'usage de substances psychoactives peut avoir de nombreux effets sur la santé et sur la vie des personnes qui consomment. Ces effets sont notamment pires lorsque la consommation est abusive et prolongée. Certaines substances peuvent par ailleurs engendrer des syndromes de sevrage. C'est notamment le cas pour l'alcool (American Psychiatric Association, 2013). Pourtant, cette substance est consommée par 80 % des Canadiens (Gouvernement du Canada, 2021). Pour assurer un suivi adéquat aux personnes qui font un sevrage alcoolique, il est essentiel de bien évaluer la situation afin de prodiguer le traitement approprié. Cette revue traitera de l'échelle de la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar), qui est utilisée pour évaluer objectivement l'intensité des symptômes liés au sevrage alcoolique. Elle peut également être utilisée avec un protocole afin d'orienter l'administration de la médication pour traiter le sevrage alcoolique. Nous présenterons une explication du sevrage alcoolique et de la CIWA-Ar, la méthode employée pour faire la revue, les résultats obtenus puis nous discuterons des forces et des faiblesses des différents articles, de nos recommandations pour la recherche et la pratique et, enfin, des limites de cette revue.

Le sevrage alcoolique se présente lorsqu'une personne cesse subitement de consommer de l'alcool après une période d'utilisation quotidienne et importante (American Psychiatric Association, 2013). Par ailleurs, le sevrage alcoolique représentait 23 % de toutes les hospitalisations en lien avec l'alcool au Canada en 2015-2016 (Institut canadien d'information sur la santé, 2017). Il survient de quelques heures à quelques jours suivants la dernière consommation (American Psychiatric Association, 2013). Les principaux symptômes qui peuvent survenir sont une hyperactivité neurovégétative, un tremblement des mains, de l'insomnie, des nausées et des vomissements, une agitation psychomotrice et de l'anxiété (American Psychiatric Association, 2013). Il est parfois possible de subir des crises convulsives tonico-cloniques ou des hallucinations, et parfois un delirium tremens (Long, Long, & Koyfman, 2017). Selon l'American Psychiatric Association (2013), moins de 10 % des personnes en sevrage alcoolique souffrent de complications sévères, soit de delirium tremens ou de crises convulsives. Cependant, ces complications peuvent avoir un impact important sur la santé des personnes et peuvent même mener à la mort (Long et al., 2017). Pour éviter ces complications, il importe d'évaluer de manière adéquate les patients souffrant de sevrage alcoolique. Par ailleurs, certains hôpitaux n'utilisent pas de méthode systématique pour évaluer l'intensité des symptômes du sevrage alcoolique. Il dépend donc

du professionnel de la santé qui évalue le sevrage d'utiliser ses connaissances personnelles pour déterminer la quantité de médicaments requise pour éviter les complications. Cela pourrait engendrer des conséquences négatives sur le patient si les connaissances de cette personne ne sont pas à jour. Pour évaluer objectivement le sevrage alcoolique, il est possible d'utiliser la CIWA-Ar, qui est une échelle comprenant 10 questions (qu'il faut noter de 0 à 7) permettant d'évaluer et de gérer le sevrage alcoolique (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo, & Sellers, 1989). Elle permet également de prendre en compte la tension artérielle, le rythme cardiaque et la température corporelle. L'échelle de la CIWA-Ar (INESSS, 2021) évalue plusieurs aspects et symptômes du sevrage alcoolique, notamment les nausées et les vomissements, les tremblements, la diaphorèse, l'anxiété, l'agitation, les perturbations tactiles, visuelles et auditives, les céphalées et, enfin, l'orientation (Sullivan et al., 1989). Il est ensuite possible d'avoir un score global variant de 0 à 67 afin d'établir le degré d'intensité du sevrage (Sullivan et al., 1989). La CIWA-Ar permet donc de quantifier la sévérité du sevrage alcoolique : un score inférieur à 8 équivaut à un sevrage léger; un score de 8 à 18 est un sevrage modéré; et un score supérieur ou égal à 19 est un sevrage considéré comme sévère) (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2021). Elle peut également faire partie d'un protocole de benzodiazépines dans lequel le nombre de milligrammes administré dépend du score de la CIWA-Ar.

Tableau 1

Sévérité du syndrome de sevrage alcoolique selon l'échelle CIWA-Ar

Sévérité du syndrome de sevrage alcoolique			
Sévérité	Léger	Modéré	Sévère
Score	< 8	De 8 à 18	> 18

Source : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux 2021

L'objectif de cette revue des écrits est de vérifier si l'utilisation systématique de la CIWA-Ar par les infirmières du milieu hospitalier diminue la durée et le risque de complications du sevrage alcoolique de tous les patients qui l'expérimentent. Les questions de recherche sont :

Est-ce que l'utilisation systématique de la CIWA-Ar chez les patients adultes en sevrage à l'hôpital diminue la durée de traitement et l'utilisation de benzodiazépines?

Est-ce que l'utilisation de la grille prévient les complications du sevrage comparativement à une évaluation subjective du sevrage alcoolique ?

Méthodologie

Cet article est une revue narrative (Framarin & Déry, 2021). Une recherche dans la littérature a été faite en janvier 2021 en cherchant dans plusieurs bases de données : Medline, CINAHL, Elsevier et Google Scholar. Les mots-clés utilisés sont « CIWA-Ar », « ciwa protocol or clinical institute withdrawal of alcohol or clinical institute withdrawal assessment for alcohol », « sevrage alcoolique » et « alcohol withdrawal ». Bien que les mots-clés recherchés soient plutôt généraux, ils ont permis de trouver des articles pertinents. Un total de 340 articles a été trouvé après avoir exclu les doublons. Vingt-quatre articles ont été retenus après une lecture des titres et résumés des articles. Les critères d'inclusion sont

(1) les articles en anglais ou en français; (2) concernant les adultes; (3) écrits après 1999; et (4) qui discutent de l'efficacité ou des limitations de la CIWA-Ar. Certains articles ont été exclus, car ils ne répondaient pas à notre question PICO; ne concernaient pas la CIWA-Ar; étaient dans une autre langue que le français ou l'anglais; concernaient une population trop précise; n'étaient pas un article de recherche; le texte complet n'était pas disponible; ou encore l'article a été publié avant 1999. Les articles ont par la suite été analysés par les trois auteures. Parmi les 24 articles répondant aux critères, onze articles ont été exclus après la lecture complète, car ils ne répondaient pas à la question de recherche après une lecture attentive et treize ont été retenus pour l'analyse. Le diagramme PRISMA (Figure 1) a été utilisé afin de sélectionner les articles de recherche pour la revue des écrits.

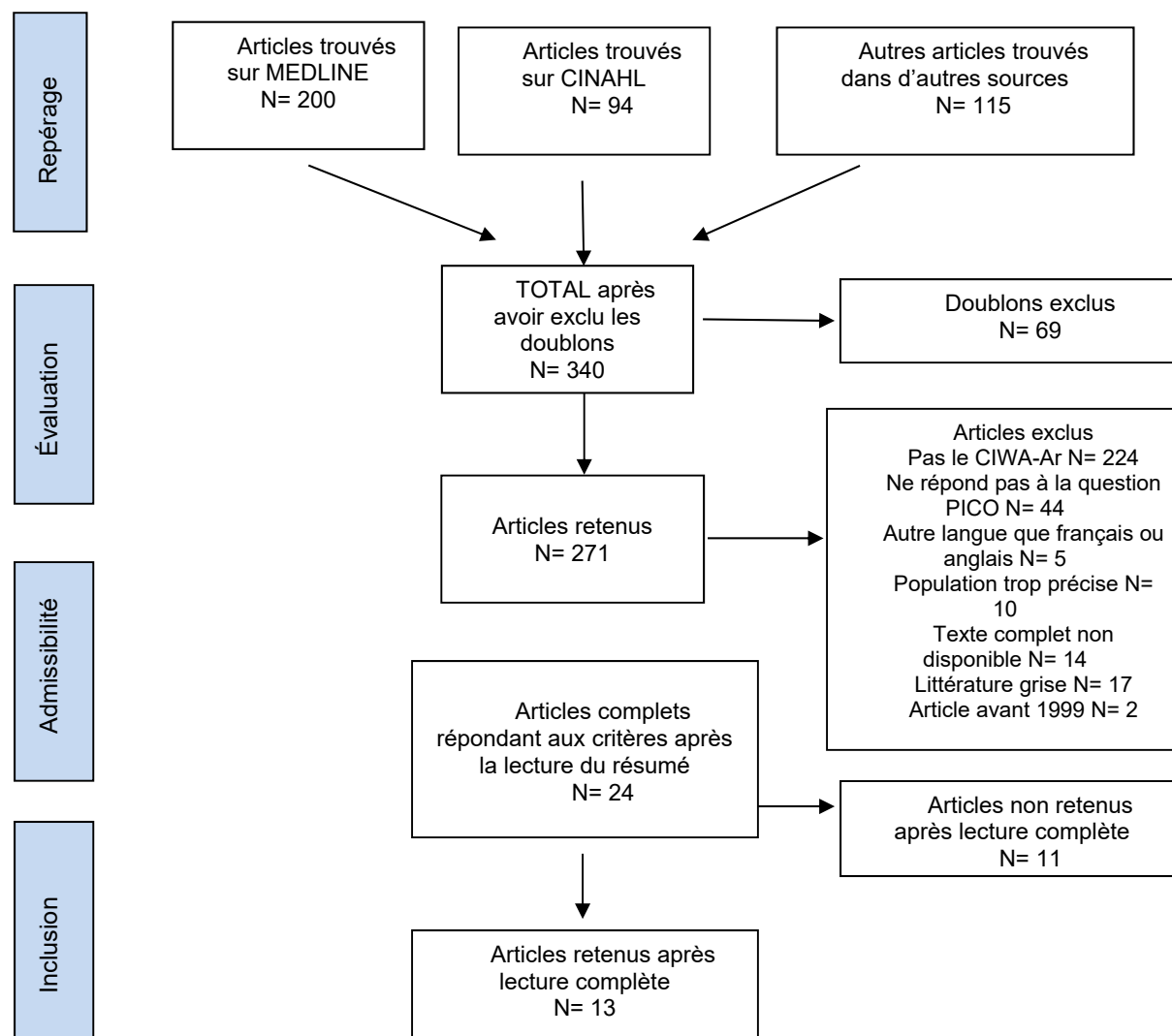


Figure 1. Diagramme PRISMA

Résultats

Sur les 340 articles originaux trouvés sur les bases de données, 13 permettaient de répondre à la question PICO et de vérifier l'utilisation de la CIWA-Ar diminue la durée et le risque de complications du sevrage alcoolique (Figure 1). Un tableau présentant les résultats principaux des études est présenté à l'Appendice A.

Durée moyenne du traitement ou du séjour

Six articles sur les 13 sélectionnés ont fait l'étude de la durée moyenne du séjour hospitalier des personnes en sevrage alcoolique. Un effet positif a été observé sur la durée moyenne du séjour des adultes en sevrage alcoolique (Daepfen et al., 2002; Eberly, Lockwood, Lockwood, & Davis, 2016; Gopal, Chennatte, & S, 2020; Melkonian, Patel, Magh, Ferm, & Hwang, 2019; Ng, Dahri, Chow, & Legal, 2011; Sachdeva, Chandra, & Deshpande, 2014). Aucune étude n'a démontré d'effet négatif de l'utilisation de la CIWA-Ar sur la durée du traitement moyenne des personnes. Parmi ces résultats, l'essai contrôlé randomisé de Sachdeva et al. (2014) démontre une diminution significative de la durée de séjour, soit de 146 heures contre 47,8 heures ($p < 0.001$) en comparant l'administration standard d'un protocole de doses décroissantes à l'utilisation de la CIWA-Ar pour l'administration de lorazépam selon les symptômes chez les patients en désintoxication alcoolique, respectivement.

Un autre essai contrôlé randomisé démontrait une différence de durée du traitement entre un groupe de patients qui recevait des benzodiazépines à doses fixes et un groupe recevant des doses basées sur les symptômes en utilisant la CIWA-Ar ($6,35 \pm 2,05$ jours à $3,90 \pm 3,19$ jours ($p < 0.001$), respectivement) (Gopal et al., 2020). Deux études de cohortes prospectives et rétrospectives démontrent que l'implantation du protocole de la CIWA-Ar dans des milieux de soins a permis de traiter plus rapidement la clientèle (Melkonian et al., 2019; Ng et al., 2011). Le groupe préprotocole comprenant les patients observés avant l'implantation du CIWA-Ar dans un milieu de soins, puis le groupe post-protocole étant un autre groupe de patients chez qui on observe les effets de la CIWA-Ar. Dans l'étude de Melkonian et al. (2019), l'utilisation de la CIWA-Ar a engendré une diminution de la durée de séjour moyenne à l'hôpital ($7,15 \pm 6,5$ jours vs $5,7 \pm 5,6$ jours; $p=0,02$). Enfin, Ng et al. (2011) ont démontré que la durée médiane de traitement par les benzodiazépines a diminué à la suite de l'implantation du protocole de CIWA-Ar (91 heures vs 57 heures, $p<0,001$).

Utilisation de benzodiazépines

Par ailleurs, 10 articles sur les 13 étudiés s'intéressent à l'utilisation des benzodiazépines en combinaison avec la CIWA-Ar pour le traitement du sevrage alcoolique (Bacon, Robert, & Vandenberg, 2016; Daepfen et al., 2002; Eberly et al., 2016; Eloma, Tucciarone, Hayes, & Bronson, 2018; Gopal et al., 2020; Ng et al., 2011; Nuss, Elnicki, Dunsworth, & Makela, 2004; Sachdeva et al., 2014). Tous les articles s'intéressant à l'utilisation de la CIWA-Ar avec les benzodiazépines ont démontré que le protocole permettait de diminuer de manière significative la quantité de médicaments administrée aux patients pour le traitement de leur sevrage alcoolique. Par exemple, Eberly et al. (2016) rapportent que le dosage moyen de diazépam était de 12,05 mg dans le groupe préprotocole (avant l'implantation du protocole CIWA-Ar) et a diminué à 5,36 mg dans le groupe post-protocole (après l'intervention) ($p < 0,001$). De plus, trois études de cohortes observées (Bacon et al., 2016; Daepfen et al., 2002; Nuss et al., 2004) ont appuyé le fait que l'utilisation du protocole permet de limiter l'utilisation non nécessaire de benzodiazépines si le résultat à l'évaluation systématique était inférieur à huit. Par exemple, 9 patients sur les 16 ayant été évalués dans l'étude de Nuss et al. (2004) n'ont pas reçu de benzodiazépines. Par ailleurs, selon Daepfen et al. (2002), 61 % de la cohorte évaluée avec la CIWA-Ar n'a pas reçu de benzodiazépines alors que 100 % des patients traités par des doses fixes en ont reçu ($p < 0,001$). La dose moyenne d'oxazépam était de 37,5 mg pour le groupe traité à l'aide de la CIWA-Ar contre 231,4 mg dans le groupe traité avec doses fixes ($p < 0,001$) (Daepfen et al., 2002). Bref, toutes ces études suggèrent que l'utilisation d'un protocole basé sur la CIWA-Ar réduit l'utilisation de la médication pour traiter le sevrage alcoolique. De plus, Ng et al. (2011) mentionne qu'il permet de diminuer le recours à la médication d'urgence (65 % dans la cohorte préprotocole contre 38 % dans la cohorte post-protocole, $p = 0,001$), puisqu'il permet l'usage adéquat et ajusté aux symptômes des patients.

Complications du sevrage alcoolique

L'utilisation d'un protocole de CIWA-Ar a été associée à une réduction significative des complications graves du sevrage alcoolique (50 % de risque de complications dans le groupe préprotocole contre 33 % de risque de complications suite à l'implantation; $p = 0,019$) (Ng et al., 2011). Par exemple, Melkonian et al. (2019) présentent que l'implantation d'une échelle d'évaluation objective telle que la CIWA-Ar dans les milieux hospitaliers a également permis de diminuer les besoins de consultations aux soins intensifs ou

de l'équipe de code (34,1 % dans le groupe préprotocole contre 22,1 % dans le groupe post-protocole; $p = 0,01$) et une diminution du nombre de dépressions respiratoires (13,8 % dans le groupe préprotocole contre 6,9 % dans le groupe post-protocole; $p = 0,04$).

Bref, l'utilisation d'un protocole tel que la CIWA-Ar comme guide au traitement du sevrage alcoolique permet de réduire significativement la durée de séjour hospitalier des patients, le dosage moyen de benzodiazépines administrées et les risques de complications. De plus, cet outil d'évaluation totalement objectif est aussi efficace que les échelles d'autoévaluation des symptômes de sevrage alcoolique ($r = 0,72$) (Pittman et al., 2007).

Discussion

Le sevrage alcoolique est l'un des sevrages de substances les plus dangereux. Un traitement adéquat est nécessaire afin d'éviter les complications qui peuvent en découler telles que le décès, la détresse respiratoire, le recours à l'équipe de code, la consultation aux soins intensifs et une réadmission dans les 30 jours suivants (Melkonian et al., 2019). Concrètement, les professionnels avouent manquer de connaissances et aspirent à être formés pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle (Bacon et al., 2016). Parmi les 15 articles observés, trois d'entre eux présentaient l'importance d'utiliser un guide d'évaluation objective des symptômes du sevrage alcoolique (Long et al., 2017; Melkonian et al., 2019; Ng et al., 2011). Deux articles s'intéressaient aussi au niveau d'aisance des infirmières et à leur adhérence à l'outil suite à la formation sur son utilisation (Bacon et al., 2016; Guillo & Simon, 2010).

À la lumière de notre revue des écrits, les résultats des différentes études recensées démontrent que l'utilisation de la CIWA-Ar dans l'évaluation du sevrage alcoolique permet de diminuer les dosages de benzodiazépines administrés, la durée du séjour hospitalier et ainsi éviter les risques de complications. Le guide de pratique clinique de l'American Society of Addiction Medicine (2020) sur la gestion du sevrage alcoolique suggère l'utilisation de la CIWA-Ar comme outil d'évaluation dans la prise en charge du sevrage alcoolique. La CIWA-Ar sert de base solide et approuvée par les lignes directrices pour l'orientation du sevrage alcoolique (American Society of Addiction Medicine, 2020), bien qu'elle soit parfois plus difficile à utiliser lorsque la langue parlée devient une barrière entre l'intervenant et la personne soignée (Knight & Lappalainen, 2017). Les recommandations de ce guide pratique récent sont donc concordantes avec les résultats des

études et les résultats de la présente revue des écrits.

Forces et faiblesses

Parmi les 15 articles analysés, plusieurs forces et faiblesses ont été mentionnées. Premièrement, la formation adéquate des professionnels de la santé utilisant la CIWA-Ar est primordiale pour la réussite de l'implantation d'un tel protocole dans un département de soins. Une formation adéquate ainsi que l'adhésion du personnel clinique tout au long des phases de conception, de planification, de mise en œuvre et de surveillance sont tous des facteurs ayant tendance à garantir la réussite de l'implantation de la CIWA-Ar (Melkonian et al., 2019). Une durée trop courte pour dispenser la formation, le manque de formation auprès de tout le personnel qui exerce sur le département ciblé et l'incapacité d'un soignant à effectuer les étapes requises en raison d'un manque de connaissances, sont tous des limites quant à l'optimisation de l'application de la CIWA-Ar (Eloma et al., 2018; Guillo & Simon, 2010; Melkonian et al., 2019).

Deuxièmement, la population choisie pour l'étude a une grande influence sur les résultats. Cela dit, l'homogénéité des échantillons, c'est-à-dire des patients ayant des caractéristiques similaires, limite la généralisation à d'autres populations ayant d'autres particularités que celles observées (Daepfen et al., 2002; Eberly et al., 2016; Sachdeva et al., 2014). Dans l'étude de Nuss et al. (2004), que 16 patients ont été évalués. Cela limite grandement la généralisation des résultats puisqu'il est difficile de s'assurer de représenter toutes les caractéristiques possibles des patients alcooliques avec ce petit échantillon. Dans l'étude de Knight et Lappalainen (2017), l'échantillon est relativement petit et spécifique à une problématique (par exemple, des patients souffrants de maladie hépatique). Cela ne permet pas de généraliser les données obtenues à une population plus générale, c'est-à-dire sans trouble hépatique, puisque l'étude pourrait être concluante pour cette population, mais ne pas l'être pour ceux qui n'ont pas de troubles hépatiques. L'étude de Melkonian et al. (2019) démontre une plus grande hétérogénéité quant à l'établissement des patients faisant partie de l'étude. De plus, les participants ont été distribués de manière non aléatoire, ce qui peut avoir conduit à des différences entre les deux groupes et biaiser l'interprétation des résultats.

Troisièmement, il fut intéressant d'observer que différentes comorbidités associées au trouble de l'usage de l'alcool peuvent influencer les résultats de l'évaluation de la CIWA-Ar (Eloma et al., 2018; Knight & Lappalainen, 2017). Les maladies pulmonaires et cardiaques sont courantes chez les patients hospitalisés, et des comorbidités concurrentes peuvent empêcher la reconnaissance

des symptômes et des signes de sevrage alcoolique à un stade précoce. Ceci représente donc une limitation notable quant à l'interprétation des résultats, ce que certains chercheurs mentionnent dans leurs recherches (Eberly et al., 2016; Ng et al., 2011).

Quatrièmement, une étude s'est limitée à un département spécifique, ce qui empêche ainsi l'application des résultats à d'autres départements d'un hôpital (Ng et al., 2011). Pour contrer cette limite, certaines études accordent une grande valeur à l'implantation de l'outil sur plusieurs départements afin de pouvoir généraliser les résultats de l'application de la CIWA-Ar dans tous les départements de l'hôpital (Eberly et al., 2016; Guillo & Simon, 2010; Melkonian et al., 2019).

Finalement, certaines études démontrent que les professionnels ont manifesté un grand manque de connaissances concernant le traitement du sevrage alcoolique (American Society of Addiction Medicine, 2020; Bacon et al., 2016). Ainsi, il importe de former les professionnels qui semblent eux-mêmes reconnaître que leur niveau de formation est insuffisant lorsqu'il s'agit de soigner cette clientèle. Les infirmières démontrent une grande ouverture quant à l'utilisation de la CIWA-Ar pour le sevrage alcoolique, car celle-ci est une échelle objective pour guider le dosage de médicaments à donner (Daepfen et al., 2002). Le fait qu'on y indique des critères spécifiques qui permettent d'identifier rapidement que l'état d'un patient se détériore (par exemple, un score de CIWA-Ar plus grand que 16 ou la nécessité de plus de 200 mg de diazépam ou de 40 mg de lorazépam en 24 heures pour le transfert aux soins intensifs) permet aux infirmières d'être moins anxieuses par rapport à la prise en charge de patients en sevrage alcoolique compliqué (Melkonian et al., 2019). Malheureusement, plusieurs études démontrent que, bien que l'utilisation de la CIWA-Ar est rassurante pour le personnel, l'utilisation optimale de cet outil a toujours lieu quelques années après l'implantation de celle-ci puisqu'il peut prendre du temps avant que les pratiques changent dans le système de santé (Bacon et al., 2016; Guillo & Simon, 2010; Ng et al., 2011). La satisfaction des infirmières est cependant incontestée et mentionnée par plusieurs chercheurs comme une force de leur étude.

Liens avec la pratique clinique et recommandations

Les benzodiazépines semblent avoir un rôle clé en tant que traitement médicamenteux de première intention pour la prise en charge du sevrage alcoolique aigu. L'étude de Eberly et al. (2016) illustre les avantages de la mise en œuvre d'une stratégie de dosage du diazépam basée sur les symptômes pour le sevrage alcoolique en utilisant

l'échelle CIWA-Ar. Les patients ont eu besoin de doses significativement plus faibles de diazépam pendant des périodes plus courtes après la mise en œuvre du protocole. Ceci est cohérent avec les conclusions d'autres études, qui ont trouvé une diminution de l'utilisation des benzodiazépines avec l'utilisation d'un protocole de sevrage alcoolique axé sur les symptômes puisque l'administration des médicaments est réservée à la personne qui présente des symptômes et non administrée en prévention. De plus, le dosage de médicament administré est déterminé selon l'intensité du sevrage et non selon la prescription du prescripteur. Bref, l'utilisation de ce protocole permet de limiter le risque de biais occasionné par la description de la consommation des patients qui maximisent ou minimisent parfois leur consommation. Ceci est cliniquement significatif, car une diminution des doses de benzodiazépine entraîne une diminution du risque d'événements indésirables tels que la sédation profonde et la dépression respiratoire. Plusieurs autres études ont démontré des résultats similaires (Daepfen et al., 2002; Gopal et al., 2020; Long et al., 2017; Melkonian et al., 2019; Ng et al., 2011; Nuss et al., 2004; Sachdeva et al., 2014).

Recommandations cliniques

L'implantation de cette échelle au Québec permettrait une amélioration significative de la sécurité des patients et de l'efficacité de l'évaluation par le personnel ainsi qu'une diminution des coûts associés aux multiples hospitalisations de ces patients (Melkonian et al., 2019). Par ailleurs, les études démontrent une diminution de la durée moyenne du séjour des adultes en sevrage alcoolique, ce qui a un impact important sur les coûts associés aux multiples hospitalisations pour ce trouble (Daepfen et al., 2002; Eberly et al., 2016; Gopal et al., 2020; Melkonian et al., 2019; Ng et al., 2011; Sachdeva et al., 2014). Selon ces données, nous suggérons donc l'implantation de la CIWA-Ar dans les différents milieux dans le but de diminuer l'administration des doses de benzodiazépines ainsi que la durée d'hospitalisation chez les patients en sevrage alcoolique.

Recommandations pour la recherche

Plusieurs études démontrent les bienfaits de l'utilisation de la CIWA-Ar dans la pratique clinique. Les études concernant les limites de l'outil ainsi que les contre-indications quant à l'utilisation de celui-ci sont peu nombreuses. Cependant, il importe d'être vigilant quant aux comorbidités présentées par les patients. L'INESSS (2019) rapporte que le CIWA-Ar peut s'avérer moins fiable en présence de comorbidités médicales ou psychiatriques importantes. Les troubles anxieux, par exemple, peuvent être confondus à ceux du sevrage de l'alcool, pouvant faire augmenter les scores obtenus

par le CIWA-Ar (Boutin & Linteau, 2019). Une utilisation non adéquate de benzodiazépines chez les personnes âgées peut d'ailleurs engendrer un delirium en plus des symptômes de sevrage. Nous suggérons donc de faire davantage d'études sur l'utilisation de la CIWA-Ar en tenant compte des différents symptômes associés aux comorbidités dans le but d'adapter l'outil et le suivi au patient.

Une autre considération serait qu'il importe d'adapter le niveau de langage utilisé par l'infirmière pour que le patient comprenne bien. Le langage peut être une barrière à la communication. Dans certaines situations, le patient arrive difficilement à communiquer ses symptômes ou à comprendre les questions de l'infirmière. Eloma et al. (2018) et Knight et Lappalainen (2017) mentionnent que la barrière du langage est une limite importante de l'utilisation de la CIWA-Ar. Ceci pourrait mener à une mauvaise interprétation des réponses du patient et engendrer une intervention inadéquate quant à l'administration des benzodiazépines. Étant donné le peu d'études sur le sujet, nous suggérons un approfondissement de la recherche concernant l'influence de ce facteur dans la prise en charge du sevrage alcoolique.

Limites de notre revue

Aucune étude n'a été menée au Québec ou aux alentours, ce qui ne nous permet pas de connaître l'état des besoins dans les hôpitaux québécois. Cependant, nous sommes en mesure de savoir que la CIWA-Ar est parfois utilisée par les professionnels spécialisés des centres de réadaptation en dépendance et par certaines infirmières dans ces milieux. S'il y avait davantage d'études faites au Québec, nous serions en mesure d'avoir plus de données sur la population ainsi que sur les besoins quant à l'implantation de la CIWA-Ar dans les hôpitaux du Québec. Ceci serait un pas de plus vers une évaluation objective des patients en sevrage alcoolique dans le but d'adapter les interventions en fonction de la symptomatologie. D'un autre côté, la majorité des études nomme les facilitateurs à l'implantation de la CIWA-Ar dans les hôpitaux, notamment la facilité d'implantation en raison de la courte formation et la satisfaction du personnel quant à l'utilisation de celle-ci. Cela nous laisse croire que l'implantation de ce protocole serait possible et bénéfique pour les différents hôpitaux au Québec en plus d'aider les clients à mieux traverser leur sevrage alcoolique.

Conclusion

Cette revue des écrits a permis de démontrer l'utilité de l'outil CIWA-Ar dans l'évaluation du sevrage alcoolique et ses avantages, autant pour les patients que pour les cliniciens. Bien qu'il soit

possible d'utiliser la CIWA-Ar dans un protocole de benzodiazépines, son utilité est également importante et possible pour l'évaluation de l'intensité du sevrage alcoolique, en analysant les symptômes des patients. Il serait intéressant d'évaluer si la CIWA-Ar permet d'évaluer d'autres sevrages que le sevrage alcoolique, par exemple les sevrages de benzodiazépines et de gamma-hydroxybutyrate (GHB), qui ont sensiblement les mêmes symptômes de sevrage que l'alcool. Cette échelle offre une multitude de possibilités pour la gestion des différents sevrages.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Society of Addiction Medicine. (2020). The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. *Journal of Addiction Medicine*, 14(3S). https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/Fulltext/2020/06001/The_ASAM_Clinical_Practice_Guideline_on_Alcohol.1.aspx
- Bacon, O., Robert, S., & Vandenberg, A. (2016). Evaluating nursing satisfaction and utilization of the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised version (CIWA-Ar). *Mental Health Clinician*, 6(3), 114-119. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.05.114>
- Boutin, C., & Linteau, I. (2019). *La gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance : regard sur les pratiques d'ici et d'ailleurs*. INESSS. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Sevrage_PORTRAIT.pdf
- Daepfen, J.-B., Gache, P., Landry, U., Sekera, E., Schweizer, V., Gloor, S., & Yersin, B. (2002). Symptom-Triggered vs Fixed-Schedule Doses of Benzodiazepine for Alcohol Withdrawal. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1117. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.10.1117>
- Eberly, M. E., Lockwood, A. G., Lockwood, S., & Davis, K. W. (2016). Outcomes after Implementation of an Alcohol Withdrawal Protocol at a Single Institution. *Hospital Pharmacy*, 51(9), 752-758. <https://doi.org/10.1310/hpj5109-752>
- Eloma, A. S., Tucciarone, J. M., Hayes, E. M., & Bronson, B. D. (2018, 2018/07/04). Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 44(4), 418-425. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1362418>

- Framarin, A., & Déry, V. (2021). *Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels* (V. Déry & O. Robert, Eds.). Institut national de santé publique (INSPQ). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf
- Gopal, R., Chennatte, S. S., & S, S. (2020, 2020/02/01). Comparing 24-hour symptom triggered therapy and fixed schedule treatment for alcohol withdrawal symptoms – A randomized control study. *Asian Journal of Psychiatry*, 48, 101888. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101888>
- Gouvernement du Canada. (2021). *Alcool*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-alcool.html>
- Guillo, F., & Simon, J. (2010). Prévention du sevrage alcoolique aux urgences. Utilisation systématique du score CIWA-Ar. *Alcoologie et addictologie*, 32(1), 41-44. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sd_t=0%2C5&q=Prévention+du+sevrage+alcoolique+aux+urgences.&btnG=
- Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Méfais de l'alcool au Canada: hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits*. Retrieved 12 avril 2021 from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/report-alcohol-hospitalizations-fr-web.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2021). Administration de benzodiazépines ou de gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Sevrage/INESSS_Sevrage_alcool_PMN.pdf
- Knight, E., & Lappalainen, L. (2017). Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol– Revised might be an unreliable tool in the management of alcohol withdrawal. *Canadian Family Physician*, 63(9), 691.
- Long, D., Long, B., & Koyfman, A. (2017, 2017/07/01). The emergency medicine management of severe alcohol withdrawal. *The American Journal of Emergency Medicine*, 35(7), 1005-1011. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.02.002>
- Melkonian, A., Patel, R., Magh, A., Ferm, S., & Hwang, C. (2019). Assessment of a Hospital-Wide CIWA-Ar Protocol for Management of Alcohol Withdrawal Syndrome. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 3(3), 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.06.005>
- Ng, K., Dahri, K., Chow, I., & Legal, M. (2011). Evaluation of an Alcohol Withdrawal Protocol and a Preprinted Order Set at a Tertiary Care Hospital. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3242577/pdf/cjhp-64-436.pdf>
- Nuss, M. A., Elnicki, D. M., Dunsworth, T. S., & Makela, E. H. (2004). Utilizing CIWA-Ar to assess use of benzodiazepines in patients vulnerable to alcohol withdrawal syndrome. *The West Virginia Medical Journal*, 100(1), 21-25.
- Pittman, B., Gueorgieva, R., Krupitsky, E., Rudenko, A. A., Flannery, B. A., & Krystal, J. H. (2007). Multidimensionality of the alcohol withdrawal symptom checklist: a factor analysis of the alcohol withdrawal symptom checklist and CIWA-Ar. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 612-618.
- Pribék, I. K., Kovács, I., Kádár, B. K., Kovács, C. S., Richman, M. J., Janka, Z., Andó, B., & Lázár, B. A. (2021, 2021/03/01). Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised: A systematic review-based meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 220, 108536. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108536>
- Sachdeva, A., Chandra, M., & Deshpande, S. N. (2014). A Comparative Study of Fixed Tapering Dose Regimen versus Symptom-triggered Regimen of Lorazepam for Alcohol Detoxification. *Alcohol and Alcoholism*, 49(3), 287-291. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt181>
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British journal of addiction*, 84(11), 1353-1357.

Appendice A
Tableau des articles analysés

	Auteurs	But de l'étude ou objectifs	Type d'étude	Échantillon/avec ou sans groupe contrôle	Intervention/Variables indépendantes	Résultats/Variables dépendantes
1	Melkonian et al. (2019)	Déterminer si l'implantation d'un protocole hospitalier basé sur les symptômes d'un sevrage alcoolique peut engendrer des améliorations cliniquement significatives concernant l'évolution du patient, sa sécurité et l'efficacité de l'hôpital.	Étude de cohorte rétrospective/prospective. Quantitatif descriptif transversal.	Groupe pré-protocole : 276 patients. Groupe post-protocole : 145 patients.	Utilisation de la CIWA-Ar de manière systématique.	Diminution de la durée de séjour moyenne à l'hôpital (7,15±6,5 jours vs 5,7±5,6 jours; p=0,02), de l'utilisation moyenne de benzodiazépines (38,8 mg vs 13,2 mg; p<0,001), du besoin de consultations en soins intensifs ou de l'équipe de code (34,1 % vs 22,1 %; p=0,01), du nombre de dépressions respiratoires (13,8 % vs 6,9 %; p=0,04).
2	Bacon et al. (2016)	Évaluer l'utilisation de benzodiazépines avec la CIWA-Ar et comparer cette utilisation entre les départements physiques et psychiatriques d'un hôpital. Les auteurs ont également tenté d'évaluer la satisfaction des infirmières et leur confiance envers la CIWA-Ar.	Étude quantitative descriptive. Revue rétrospective des dossiers.	274 dossiers de patients révisés. Sondage sur la satisfaction des infirmières envoyé à 2011 d'entre elles, 284 y ont répondu.	Utilisation de benzodiazépines avec la CIWA-Ar	Aucune dose de lorazépam donnée chez 21 % des patients avec un score CIWA-Ar de plus de 8 alors que 71 % ont reçu une dose de lorazépam avec un score CIWA-Ar de moins de 8. 36 % des infirmières ayant répondu au sondage se sentent qualifiées pour utiliser la CIWA-Ar.
3	Daepfen et al. (2002)	Évaluer l'étendue des bénéfices d'un traitement de benzodiazépines individualisé pour le sevrage alcoolique.	Étude prospective contrôlée randomisée à double aveugle.	117 patients consécutifs répondant aux critères diagnostiques du trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM-IV et qui entrait dans un programme de traitement de dépendance à l'alcool dans les hôpitaux des universités de Lausanne et Genève.	Traitement individualisé de benzodiazépines.	39 % des patients dans le groupe avec des doses basées sur les symptômes ont reçu de l'oxazépam, alors que 100 % du groupe avec des doses fixes en a reçu (p<0,001). La dose moyenne d'oxazépam administrée dans le groupe avec des doses basées sur les symptômes est 37,5 mg et 231,4 mg dans le groupe avec des doses fixes (p<0,001).

	Auteurs	But de l'étude ou objectifs	Type d'étude	Échantillon/avec ou sans groupe contrôle	Intervention/Variables indépendantes	Résultats/Variables dépendantes
4	Gopal et al. (2020)	Comparer l'efficacité entre l'utilisation d'un traitement basé sur les symptômes utilisant la CIWA-Ar et un traitement à doses fixes.	Étude de contrôle randomisée.	80 patients dans l'étude, 40 dans chacun des groupes.	Administration de la CIWA-Ar chaque jour dans chacun des groupes (doses fixes ou doses selon symptômes).	100 % des patients dans le groupe à doses fixes ont reçu des benzodiazépines contre 70 % du groupe avec des doses basées sur les symptômes ($p < 0,0001$). La durée du traitement a été de $6,35 \pm 2,05$ jours pour les patients dans le groupe à doses fixes comparativement à $3,90 \pm 3,19$ jours dans le groupe avec des doses basées sur les symptômes ($p < 0,0001$).
5	Guillo and Simon (2010)	Évaluer l'implantation de l'utilisation du CIWA-Ar dans un milieu hospitalier après trois mois de formation pour diminuer le sentiment d'impuissance manifesté par le personnel infirmier.	Étude descriptive/ quantitative.	50 dossiers ont été analysés trois mois après la formation sur l'utilisation du CIWA-Ar. Les dossiers ont été analysés au hasard, sans critère d'inclusion précis.	Implantation d'un protocole d'évaluation du sevrage alcoolique auprès du personnel infirmier de l'urgence (CIWA) sur une période de 3 mois. Niveau d'aisance du personnel infirmier.	Utilisation de la CIWA-Ar par le personnel infirmier. Le score CIWA-Ar a été utilisé et documenté dans le dossier infirmier dans 80 % des situations de risque potentiel.
6	Ng et al. (2011)	Évaluer l'efficacité et l'innocuité d'un protocole de sevrage alcoolique combinant l'administration de benzodiazépines à horaire fixe et adaptée à la symptomatologie, par comparaison aux soins habituels, chez des patients hospitalisés dans un service médical d'un hôpital de soins tertiaires en médecine interne et évaluer la sécurité et les habitudes concernant l'usage du protocole afin de déterminer s'il y a potentiel d'amélioration.	Étude de cohorte prospective et rétrospective.	Un total de 159 patients ont satisfait aux critères d'inclusion. 71 dossiers dans la période préprotocole et 72 post-protocole.	Implantation d'un nouveau protocole pour l'évaluation des symptômes de sevrage alcoolique dans un hôpital de soins tertiaires. Utilisation d'heures fixes d'administration de benzodiazépines et de l'évaluation de la symptomatologie à l'aide de la CIWA-Ar.	La durée médiane du traitement par les benzodiazépines pour chaque période ci-dessus était de 91 et 57 heures, respectivement ($p < 0,001$). Réduction significative des complications graves du sevrage alcoolique (50 % contre 33 %; $p = 0,019$) et de la dose cumulative médiane de benzodiazépines (en équivalent-lorazépam) (20,0 mg contre 15,5 mg, $p = 0,026$).

	Auteurs	But de l'étude ou objectifs	Type d'étude	Échantillon/avec ou sans groupe contrôle	Intervention/Variables indépendantes	Résultats/Variables dépendantes
7	Nuss et al. (2004)	Démontrer que l'utilisation d'un outil clinique, la CIWA-Ar, permet d'identifier les patients en sevrage de ceux à risque de sevrage alcoolique. Comparer l'utilisation de deux benzodiazépines pour les patients avec un résultat positif au CIWA-Ar.	Étude de cohorte.	16 patients dépendants à l'alcool ou avec un résultat positif au dosage sanguin d'alcool. Tous les patients sont Caucasiens.	Utilisation de la CIWA-Ar pour administrer les benzodiazépines selon le score obtenu.	L'utilisation de la CIWA-Ar permet de diminuer la quantité et l'utilisation excessive de benzodiazépines administrées chez les patients en sevrage alcoolique.
8	Pittman et al. (2007)	Évaluer la structure du facteur de 2 échelles mesurant la gravité du syndrome de sevrage alcoolique (AWS) : une échelle autoévaluée, la liste de contrôle des symptômes de sevrage alcoolique (AWSC) et une échelle notée par les observateurs, le Clinical Institute Withdrawal Assessment — Alcohol, Revised (CIWA-Ar).	Essai contrôlé randomisé à double aveugle.	127 patients hospitalisés de sexe masculin dépendants à l'alcool recrutés dans une unité de traitement en milieu hospitalier. Les deux mesures du sevrage alcoolique ont été évaluées à plusieurs reprises au cours de la semaine initiale de sobriété chez ces patients. Une analyse factorielle exploratoire a été faite.	Comparaison entre l'échelle « Checklist » du sevrage alcoolique (AWSC) et le protocole CIWA-Ar.	Cinq facteurs indépendants représentaient 64 % de la variance totale des symptômes du sevrage alcoolique. Les scores AWSC totaux étaient bien corrélés avec les scores CIWA-Ar totaux ($r = 0,72$), ce qui confirme la validité de l'AWSC.
9	Eberly et al. (2016)	Évaluer l'impact du protocole de sevrage alcoolique axé sur les symptômes nouvellement mis en place dans cet établissement. Le but de cette étude était de compléter la littérature existante concernant les stratégies de dosage optimales des benzodiazépines et l'utilité de l'échelle CIWA-Ar dans le cadre du sevrage alcoolique.	Étude de cohorte rétrospective.	Les vétérans ont été inclus dans cette étude s'ils étaient admis dans l'établissement et ont reçu au moins une dose de diazépam pour sevrage alcoolique entre février 2013 et mai 2013 (préprotocole) et/ou entre novembre 2014 et mai 2015 (post-protocole). Les patients ont été identifiés à l'aide du système d'information sur la santé des anciens	Utilisation d'un protocole défini pour le sevrage alcoolique basé sur l'évaluation des symptômes de la CIWA-Ar (déjà implanté auparavant).	Dosage moyen de diazépam préprotocole = 12,05 mg et post-protocole = 5,36 mg ($p < 0,001$). Dosage moyen cumulatif préprotocole = 77,57 mg et post-protocole = 35,0 mg ($p < 0,001$). Durée moyenne du séjour hospitalier : <ul style="list-style-type: none"> • Tous les patients : préprotocole = 6,44 jours versus 6,53 jours post-protocole ($p = 0,91$) • Unité psychiatrique : préprotocole = 6,45 versus 4,48 post-protocole ($p < 0,001$)

	Auteurs	But de l'étude ou objectifs	Type d'étude	Échantillon/avec ou sans groupe contrôle	Intervention/Variables indépendantes	Résultats/Variables dépendantes
				combattants et du système d'architecture technologique (VISTA). 174 patients ont rempli les critères d'inclusion. Il y avait 79 patients dans le groupe préprotocole et 95 dans le groupe post-protocole.		<ul style="list-style-type: none"> Unités non psychiatriques : préprotocole = 6,21 versus 8.-1 (p=0.25). Durée moyenne du traitement de diazépam préprotocole = 4,70 jours versus post-protocole = 2,21 jours (p<0.001).
10	Eloma et al. (2018)	Évaluer la récurrence entourant la prescription de médicaments associés au sevrage alcoolique ainsi que l'utilisation appropriée de la CIWA-Ar dans un hôpital général.	Étude de cohorte rétrospective.	Patients hospitalisés entre le 1er août 2014 et le 21 juillet 2015 qui ont eu recours au protocole de la CIWA-Ar sur tous les départements de l'hôpital. De 1912 événements utilisant la CIWA-Ar, 102 patients et 118 rencontres ont été sélectionnés.	Utilisation de la CIWA-Ar dans un hôpital général (plusieurs départements).	Le dosage de benzodiazépines administré selon l'absence ou la présence de documentation concernant les facteurs de risques associés au sevrage alcoolique, la capacité du patient à communiquer et l'habileté du clinicien à utiliser la CIWA-Ar. Facteurs de risques identifiés au dossier lors de l'admission d'un patient en sevrage alcoolique : <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de l'activité du système nerveux autonome (48 %) Taux d'alcoolémie (28 %) Antécédents de trouble lié à la consommation d'alcool (24 %)
11	Knight and Lappalainen (2017)	Décrire un cas dans lequel une échelle objective de sevrage alcoolique était plus utile pour le traitement du sevrage alcoolique que la CIWA-Ar, car celle-ci n'était pas applicable (exemple de sevrage alcoolique compliqué).	Étude de cas	Patient 57 ans, intoxication sévère à l'alcool. Incapacité de parler anglais + concomitance de maladie hépatique.	Application de la CIWA-Ar ne fonctionne pas donc on utilise une échelle objective de sevrage alcoolique personnalisée (OAWS) à ce cas (maladie hépatique concomitante + inefficacité des doses de BZD après l'évaluation par la CIWA-Ar.)	Limitations au niveau du langage = barrière importante à la CIWA-Ar. Description de l'étude de cas pour seulement 1 patient.
12	Long et al. (2017)	Fournir une revue basée sur les données probantes de la prise en charge du	Étude de la portée (scoping review).	Aucun échantillon → description des données probantes au sujet de la	Aucune variable indépendante.	Aucune variable dépendante. Résultats :

	Auteurs	But de l'étude ou objectifs	Type d'étude	Échantillon/avec ou sans groupe contrôle	Intervention/Variables indépendantes	Résultats/Variables dépendantes
		sevrage alcoolique par la médecine d'urgence.		prise en charge du sevrage alcoolique par la médecine d'urgence.		<ul style="list-style-type: none"> Le syndrome de sevrage alcoolique peut entraîner une morbidité et une mortalité, nécessitant ainsi une détection et une prise en charge précoces. Les benzodiazépines avec un traitement déclenché par les symptômes ont été la classe de médicaments la plus utilisée.
13	Sachdeva et al. (2014)	Comparer la dose décroissante fixe de lorazépam aux évaluations thérapeutiques déclenchées par les symptômes pour l'administration de lorazépam pour la désintoxication de l'alcool.	Essai contrôlé randomisé à double aveugle.	63 patients ayant un diagnostic de syndrome de sevrage alcoolique non compliqué. Groupe 1 : 33 patients ayant recours à une évaluation basée sur les symptômes pour l'administration (dosage) de lorazépam → CIWA-Ar Groupe 2 : 30 patients ayant recours au protocole standard d'administration décroissante de lorazépam.	Utilisation de la CIWA-Ar (groupe 1) comparée à l'utilisation d'un protocole standard d'administration de lorazépam en dose décroissante (groupe 2).	L'administration de lorazépam pour le groupe 1 utilisant la CIWA-Ar était significativement plus bas que le dosage de lorazépam pour le groupe 2 (protocole standard). <ul style="list-style-type: none"> Moyenne de 9,5 mg de lorazépam pour le groupe 1 (P<0.001). Moyenne de 19,9 mg de lorazépam pour le groupe 2 (P<0.001). Durée du séjour groupe 1 = 47,8 heures (P<0.001) Durée de séjour groupe 2 = 146 heures (P<0.001)