

Annexe 1 : Questionnaire AUDIT (*Alcohol use disorders test*)

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

Résultats :

SCORE	Interprétation
≥ 5	Consommation à risque
≥ 8 (♂) OU ≥ 7 (♀)	Usage nocif, Mésusage
≥ 12 (♂) OU ≥ 11 (♀)	Probable éthylo-dépendance

(Société française d'alcoologie, 2001)

Annexe 2 : Questionnaire **CRAFFT** (*Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Troubles*)

C	Avez-vous déjà été à bord d'une VOITURE dont le conducteur (incluant vous-même) était « gelé » ou avait consommé de la drogue ou de l'alcool ?
OUI	1
NON	0
R	Consommez-vous parfois de l'alcool ou de la drogue pour vous DÉTENDRE , pour vous sentir mieux dans votre peau ou pour vous intégrer à un groupe ?
OUI	1
NON	0
A	Consommez-vous parfois de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes sans compagnie, quand vous êtes SEULE ?
OUI	1
NON	0
F	Votre famille et vos AMIS vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue ?
OUI	1
NON	0
F	OUBLIEZ -vous ce que vous avez fait alors que vous aviez consommé de l'alcool ou de la drogue ?
OUI	1
NON	0
T	Avez-vous déjà eu des PROBLÈMES alors que vous aviez consommé de l'alcool ou de la drogue ?
OUI	1
NON	0

Résultat : un score supérieur ou égal à 2 est indicateur d'un abus de substance et nécessite une évaluation plus détaillée.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2016. Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR), au Children's Hospital à Boston

Annexe 3 : Score CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol–Revised)

Nom : _____ / Date : _____ / Heure : _____ / PA : _____mmHg / Pulse : _____BPM / T°C : _____°C

Nausées/vomissements. « Vous sentez-vous mal ? Avez-vous vomi ? ». Observation.	
Pas de nausées, pas de vomissements	0
Nausées légères, sans vomissement	1
Nausées intermittentes avec efforts de vomissement	4
Nausées constantes, avec efforts de vomissement et vomissements fréquents	7
Tremor. Bras tendus et doigts écartés. Observation.	
Pas de tremor	0
Tremor non visible mais perceptible au contact du bout des doigts	1
Tremor modéré, bras en extension	4
Tremor sévère, même avec bras non-tendus	7
Transpiration. Observation.	
Pas de transpiration visible	0
Transpiration à peine visible, mains moites	1
Transpiration visible sur le front	4
Transpiration profuse	7
Anxiété. « Vous sentez-vous nerveux ? ». Observation.	
Pas d'anxiété, à l'aise	0
Anxiété légère	1
Anxiété modérée, contenue.	4
État de panique sévère comme lors de délirium tremens ou de psychose aiguë	7
Agitation. Observation.	
Aucune	0
Activité motrice légèrement augmentée	1
Agitation modérée, activité motrice incessante, continue	4
État d'agitation motrice constant, mouvements d'avant en arrière durant la plus grande partie de l'interview.	7
Troubles tactiles. « Avez-vous des démangeaisons, des picotements, des fourmillements, des sensations de brûlure, une perte de la sensibilité tactile ou avez-vous l'impression que des petites bêtes se baladent sur ou sous votre peau ? ». Observation.	
Aucun	0
Démangeaisons, picotements, pertes de sensibilité très légères	1
Démangeaisons, picotements, pertes de sensibilité légères	2
Démangeaisons, picotements, pertes de sensibilité modérées	3
Hallucinations modérées	4
Hallucinations sévères	5
Hallucinations très sévères	6
Hallucinations continues	7
Troubles auditifs. « Etes-vous davantage conscient des bruits autour de vous ? Sont-ils désagréables ? Vous effraient-ils ? Entendez-vous certains bruits qui vous perturbent ? Entendez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas être entendues ? ». Observation	
Aucun	0
Bruit désagréables, effrayants, à peine audibles	1
Bruits désagréables, effrayants très légers	2
Bruits désagréables, effrayants modérés	3
Hallucinations modérées à sévères	4
Hallucinations sévères	5
Hallucinations très sévères	6
Hallucinations continues	7
Troubles visuels. « La lumière vous semble-t-elle trop claire ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous troublent, vous dérangent ? Voyez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas être vues ? ». Observation.	
Aucun	0
Sensibilité très légère	1
Sensibilité légère	2
Sensibilité modérée	3
Hallucinations modérées à sévères	4
Hallucinations sévères	5
Hallucinations très sévères	6
Hallucinations continues	7
Maux de tête, tête lourde. « Avez-vous dans votre tête des sensations différentes ? Avez-vous l'impression qu'une bande serre votre tête ? » Ne pas prendre en compte de légers vertiges.	
Aucun	0
Troubles très légers	1
Troubles légers	2
Troubles modérés	3
Troubles modérés à sévères	4
Troubles sévères	5
Troubles très sévères	6
Troubles extrêmement sévères	7
Désorientation dans le temps, l'espace et sur la personne. « Quel jour sommes-nous ? Qui êtes-vous ? Qui suis-je ? »	
Orienté + capable de faire une série d'additions	0
Incapable de faire une série d'additions et n'est pas sûr sur la date d'aujourd'hui	1
Désorienté dans le temps (max. 2 jours)	2
Désorienté dans le temps (plus de 2 jours)	3
Désorienté dans l'espace et/ou sur la personne.	4

Score **CIWA-Ar** (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol–Revised*)

Indication : évaluation de la sévérité du SSA

Contre-indication :

- Antécédents de delirium tremens
- Antécédents de crises convulsives généralisées (*surtout en période de sevrage*)
- Antécédents de sevrages difficiles
- Dépendance aux benzodiazépines

Résultats :

Alcoolémie (<i>ou via éthylotest</i>)	Marche à suivre
> 2.5 g/l (<i>ou > 1.1 mg/l d'air</i>)	Pas de médication, réévaluation 1x/heure
< 2.5 g/l (<i>ou > 1.1 mg/l d'air</i>)	Réaliser le score CIWA

Pondérations	Ajustement score
Fréquence cardiaque (pulse) > 90 bpm	+1
Pression artérielle systolique > 150 mmHg	+1

Score	Marche à suivre
< 8	- Hydratation - Réévaluation ≥ 1 fois par 6 heures (<i>pendant 36h</i>)
≥ 8	- Oxazepam 15mg PO - Réévaluation H + 30 min et ré-administrer oxazepam 15mg tant que score ≥ 8 (<i>1x/30 min</i>)
≥ 15	- Oxazepam 30mg PO (2x15mg) - Réévaluation H + 30 min et ré-administrer oxazepam 30mg tant que score ≥ 8 (<i>1x/30 min</i>) - Dès que score < 8 : oxazepam 15mg toutes les 6 heures et hydratation - Réévaluation globale à 36h

Rappel :

- Hydratation primordiale
- Vitaminothérapie

Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar) Br J Addict. 1989;84(11):1353–7.

Annexe 4 : Evaluation **OAWS** (Objective Alcohol Withdrawal Scale)

Pression artérielle Systolique ≥ 160 mm Hg OU Pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ?	
OUI	1
NON	0
Fréquence cardiaque ≥ 90 cycles/min ?	
OUI	1
NON	0
Tremblement ?	
OUI	1
NON	0
Diaphorèse ? (Transpiration abondante ?)	
OUI	1
NON	0
Agitation ?	
OUI	1
NON	0

Résultats :

SCORE	Prise en charge
< 2	Surveillance
≥ 2	Lorazépam 1mg OU diazépam 10mg PO
≥ 3	Lorazépam 2mg OU diazépam 20mg PO

Réévaluation 1 fois par heures (jusqu'à obtention d'un score < 2 pour 3 mesures consécutives)

Puis réévaluation 1 fois par 6 heures pendant 24h

Puis réévaluation 1 fois par 24 heures pendant 72h

Puis stop

Sullivan JT, Swift RM, Lewis DC. Benzodiazepine requirements during alcohol withdrawal syndrome: clinical implications of using a standardized withdrawal scale. J Clin Psychopharmacol. 1991;11(5):291–5.