

VIGNETTE THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉTUDIANT

LE SEVRAGE ÉTHYLIQUE HOSPITALIER : QUI, QUAND, COMMENT

DOGNE E (1), SCANTAMBURLO G (1, 2)

RÉSUMÉ : La consommation d'alcool en Europe (plus précisément en Belgique) renvoie à un paradoxe important : alcool social ou fléau du siècle ? Il existe des critères diagnostiques afin de reconnaître le trouble de l'usage de la substance (TUS) (selon le DSM-V-TR). Le professionnel de santé est confronté quotidiennement à cette problématique. Cet article aborde trois questions essentielles autour de la réalisation d'un sevrage éthylique hospitalier à partir d'une situation clinique. Seuls 10 à 30 % des sevrages de l'alcool se déroulent en milieu hospitalier. Il existe des indications d'hospitalisation bien déterminées. Il semble primordial de travailler avec le patient sur ses objectifs et de l'aider dans le cheminement de sa motivation. C'est dans ce contexte, notamment, que les rendez-vous de préadmissions sont importants. Sur le plan pharmacologique, les benzodiazépines à longue durée d'action sont utilisées dans le sevrage, ainsi que les suppléments vitaminiques et l'hydratation. Les règles hygiéno-diététiques sont également rappelées au patient.

MOTS-CLÉS : *Alcool - Trouble de l'usage de la substance - Hospitalisation - Entretien motivationnel - Psychopharmacologie - Sevrage*

HOSPITAL ALCOHOL WITHDRAWAL : WHO, WHEN, HOW

SUMMARY : Alcohol consumption in Europe (and more specifically in Belgium) raises a major paradox: social alcohol or the scourge of the century? There are diagnostic criteria for recognizing substance use disorder (TUS) (according to the DSM-V). Healthcare professionals are daily confronted with this problem. This article looks at three key questions relating to hospital alcohol withdrawal, based on a specific situation. Only 10-30 % of alcohol withdrawals take place in hospital. There are clearly defined indications for hospitalization. It seems essential to work with patients on their objectives and to help them develop their motivation. It is in this context that pre-admission appointments are important. Pharmacologically, long-acting benzodiazepines are used in withdrawal, as are vitamin supplements and hydration. Hygiene and dietary rules are also reminded to the patient.

KEYWORDS : *Alcohol - Substance use disorder - Hospitalization - Motivational interview - Psychopharmacology - Withdrawal*

INTRODUCTION

Il est estimé que 50 % des belges consommeraient de l'alcool au moins une fois par semaine et 10 % le feraient chaque jour (1). On retrouve une surconsommation d'alcool (donc plus de 21 unités alcool (UA = 10 grammes d'alcool pur par unité) pour les hommes et 14 UA pour les femmes) estimée à 6 % de la population belge. Celle-ci est notamment influencée par le contexte socio-culturel (2). Il y a une consommation accrue en Wallonie et en Flandre par rapport à Bruxelles-Capitale (1, 3). En 2018, en Belgique, la consommation d'alcool était estimée à 11 litres d'alcool pur par an pour toute personne âgée de plus de 15 ans (à noter qu'il faudrait aussi prendre en considération les achats transfrontaliers, le brassage amateur, le tourisme, l'abstinence, etc., qui peuvent fausser les estimations) (4). Cela reste élevé, comme dans de nombreux pays européens. La moyenne est estimée à 11 verres par semaine.

Il a été rapporté que 8 % des personnes qui présentent un trouble de l'usage de la substance consommeraient en binge drinking (1, 4). De manière générale, l'âge légal n'est pas respecté et les hommes consommeraient plus que les femmes (1, 3).

Il existe des critères bien établis pour définir le TUS par le DSM-V-TR (5), qui sont repris dans le **Tableau I**. À noter que la Revue Médicale de Liège a publié un numéro thématique complet dédié aux addictions en 2013 (6).

Néanmoins, seuls 10 % des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool (TUS à l'alcool) recevraient les soins adéquats (1). La latence moyenne entre la consommation pouvant être considérée comme problématique et la première prise en charge est estimée à 18 années (7). Soulignons que le TUS à l'alcool est l'addiction la plus fréquente en Belgique et reste un problème de santé publique important. D'après le rapport Eurotox, publié en 2020, l'alcool serait impliqué dans plus de 200 maladies (oncologiques entre autres, traumatismes et accident de voierie) et décès. Des études ont pu être réalisées en termes de DALY («Disability Adjusted Life Year»), c'est-à-dire en termes d'années de vie perdues ou de mauvaise santé. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2019, il y aurait environ 2,6 millions de morts chaque année liées à la consommation

(1) Service de Psychiatrie, CHU de Liège, Belgique.
(2) Unité de Psychoneuroendocrinologie, ULiège, Belgique.

Tableau I. Trouble de l'usage de substance selon le DSM-V-TR (5)

Mode de consommation de substance conduisant à une altération du fonctionnement et une souffrance, caractérisée par la présence d'au moins 2 des manifestations suivantes sur une période de 12 mois

1. Consommation en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu
2. Désir ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation
3. Beaucoup de temps passé à chercher, consommer ou se remettre des effets de l'alcool
4. Envie impérieuse (craving) de consommer
5. Incapacité à tenir des obligations majeures
6. Poursuite des consommations en dépit des conséquences sociales ou interpersonnelles
7. Activités sociales, occupationnelles ou récréatives abandonnées ou réduites
8. Consommation répétée dans des circonstances dangereuses
9. Poursuite des consommations bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique
10. Tolérance (besoin de quantité plus forte pour obtenir l'effet désiré (ou effets diminués en cas de même quantité)
11. Symptômes de sevrage ou consommation afin d'éviter la présence de ceux-ci.

Spécifier si : Léger : présence de 2 ou 3 symptômes, Modéré : 4 - 5 symptômes, Sévère : > 6 symptômes.

éthylque (représentant 4,7 % des décès de l'année). C'est notamment la deuxième cause de décès dans la tranche d'âge 15-39 ans (1, 2, 8-10). Notre rôle en tant que professionnel de la santé peut s'articuler autour de nombreux axes. Parmi ceux-ci, on retiendra les branches informative, éducative et préventive et, enfin, thérapeutique.

Toute consommation d'alcool présente des risques pour la santé (tant physique que psychique). La Revue Médicale de Liège a publié un numéro thématique consacré à l'alcool dans tous ses états en 2019 (11). Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a émis, en janvier 2025, des recommandations par rapport à la consommation éthylique. Celles-ci sont partiellement évoquées dans le **Tableau II** (<https://rmlg.uliege.be/file/4038/3438>) (2). Certains programmes pour aider et sensibiliser la population ont d'ailleurs été développés, comme par exemple Tournée Minérale (12).

CAS CLINIQUE

Madame ETY Lik est une patiente âgée de 38 ans, qui a été hospitalisée dans notre unité de Psychiatrie, dans les suites d'un passage aux Urgences, pour la prise en charge d'une assuétude.

Elle relate un premier contact avec l'alcool à l'adolescence (vers l'âge de 15 ans). Cette consommation devient plus régulière depuis plusieurs années et s'est encore majorée il y a environ 10 ans, dans un contexte de problématique de couple. Elle en a perdu le contrôle depuis 9 ans, dans les suites d'une rupture sentimentale. À l'admission, elle peut atteindre une

quantité estimée à 30 UA approximativement quotidiennement (essentiellement de la Vodka).

Elle consomme en journée, afin d'atténuer des symptômes de sevrage : sueurs profuses, tremblements invalidants, nausées avec vomissements (qui étaient présents lors de l'admission). La patiente a déjà réalisé plusieurs hospitalisations pour sevrage éthylique ainsi que plusieurs sevrages ambulatoires encadrés par le médecin traitant. Il n'y a pas de notions de complication au sevrage (pas de notions de crises d'épilepsie ou de délirium tremens). Sa plus longue période d'abstinence est de 9 mois. Elle souhaite une abstinence totale et une consolidation du sevrage psychologique en post-cure. Elle ne bénéficie pas actuellement de suivi psychologique ou psychiatrique. Elle fume le tabac (environ 15 paquets/année) et du cannabis de façon exceptionnelle.

Lors de l'admission on retrouve une patiente calme et collaborante, sans bizarrerie dans la présentation ou le contact. Son discours est clair, cohérent, fluide et structuré. Il n'y a pas de fuite d'idées ou de passage du coq à l'âne. Elle exprime des ruminations anxieuses, ainsi qu'un sentiment de honte et de culpabilité face à la rechute. Il n'y a pas d'éléments en faveur d'une décompensation d'allure psychotique, maniaque ou encore mélancolique. Il n'y a pas d'idées délirantes ou d'hallucinations. La patiente est orientée dans le temps et l'espace, sans troubles notables de l'attention ou de la mémoire. Elle présente une hypoesthésie émotionnelle, de l'anxiété, de la labilité émotionnelle ainsi qu'un «craving» (envie impérieuse) et de l'anhédonie. La patiente souffre d'insomnie caractérisée par des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes fréquents. Elle présente également une hyporexie, avec une perte de poids

significative. Des signes de sevrage importants et invalidants sont observés à l'admission, incluant des tremblements, des nausées avec vomissements. Elle manifeste également des idées noires, sans idéation suicidaire, un retrait social et des conduites à risques. La patiente conserve un «insight» (perception de la situation) et adhère à la prise en charge (13).

La patiente est éducatrice de formation. Elle est en invalidité depuis 7 mois. Elle vit seule, sans enfant. Elle est célibataire. Le cercle familial et social est restreint.

Elle ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers hormis une hyperthyroïdie de Basedow guérie. On note des antécédents psychiatriques familiaux de type trouble de l'usage de la substance (dépendance à l'alcool) du côté paternel (frère, père, tantes, grands-parents).

Le traitement d'admission est composé principalement de L-Thyroxine® 125 µg 1 comprimé le matin, d'Alprazolam® 0,5 mg 2 à 3 fois par jour et de Sipralaxa® 20 mg 1 comprimé le matin.

Plusieurs examens complémentaires ont été réalisés durant l'hospitalisation. Parmi ceux-ci, on retrouve une biologie sanguine complète (mise en évidence d'une majoration du volume globulaire moyen, de la concentration en fer, de la ferritine ainsi que la présence d'une cytolysé hépatique). Un électrocardiogramme a objectivé la présence d'extrasystoles ventriculaires. Une échographie abdominale a révélé un foie stéatosique sans lésion focale décelée.

La patiente est hospitalisée durant 14 jours dans notre unité de soins. Un sevrage éthylique a été réalisé par schéma dégressif de Valium®, Befact® et Catapressan® (durant 5 jours). Du Campral® a également été initié et bien toléré par la patiente (3 x 2 comprimés quotidiennement). Elle a activement participé aux activités d'ergothérapie, aux séances d'information proposées par les Alcooliques Anonymes (AA) et Vie Libre (VL). Elle a reçu les outils «gestion des émotions» et «balance motivationnelle». En début de sevrage, la patiente est revue quotidiennement (parfois plusieurs fois sur les 24 premières heures pour évaluer l'imprégnation médicamenteuse ou encore la présence de signes de sevrage). Un travail psychothérapeutique a été réalisé autour des situations à risque de rechute et les stratégies à mettre en place. La technique de l'entretien motivationnel a été réalisée. Par la suite, Madame ETY Lik a été transférée en institution psychiatrique afin de consolider le sevrage sur le plan psychologique et envisager un projet de post-cure.

QUESTIONS POSÉES

Le sevrage éthylique hospitalier :

1. Qui ?
2. Quand ?
3. Comment ?

RÉPONSES PROPOSÉES

1. Qui ?

Seuls 10 à 30 % des patients qui présentent un TUS à l'alcool nécessitent un sevrage éthylique en milieu hospitalier. Il peut se réaliser en hôpital général (service de psychiatrie, de gastro-entérologie, neurologie). C'est notamment le cas lorsqu'il existe une problématique organique qui nécessite la réalisation d'un bilan somatique, si le patient est dans la demande d'une prise en charge de plus courte durée ou si c'est le premier épisode de sevrage hospitalier. Il pourrait aussi être réalisé en hôpital psychiatrique avec l'avantage d'une temporalité plus longue.

Il existe plusieurs indications d'une prise en charge en milieu hospitalier (8, 14, 15). Parmi celles-ci, on retrouve des antécédents de complications de sevrage, un TUS à l'alcool sévère, un TUS aux benzodiazépines associé, l'échec de tentatives de sevrage ambulatoire, un environnement social défavorable et un terrain vulnérable (13). Une attention particulière est portée aux besoins spécifiques du patient (besoin de quitter son environnement), besoin d'un cadre protecteur (contenance des émotions, refaire l'expérience du lien social) ou le besoin d'un temps de réflexion plus long (8, 14, 15).

Les contre-indications au sevrage ambulatoire (13) :

- Antécédents d'accidents sur sevrage et de délirium, d'épilepsie sur sevrage, d'encéphalopathie
- Dégradation de l'état général, problèmes somatiques importants (liés ou non à la dépendance)
- Décompensation d'un trouble psychiatrique comorbide
- Antécédent d'échecs à répétition de sevrages ambulatoires
- Sevrage d'autres substances psychoactives associées
- Sevrage nécessitant de hautes doses de médicaments avec une dépendance sévère (symptômes de sevrage importants)

- Environnement social et familial insuffisant
- Absence de compréhension des instructions; absence de fiabilité ou de bonne observance (impulsivité...)
- Demande pressante du patient ou de l'entourage familial ou professionnel
- Femmes enceintes ou personnes de plus de 75 ans

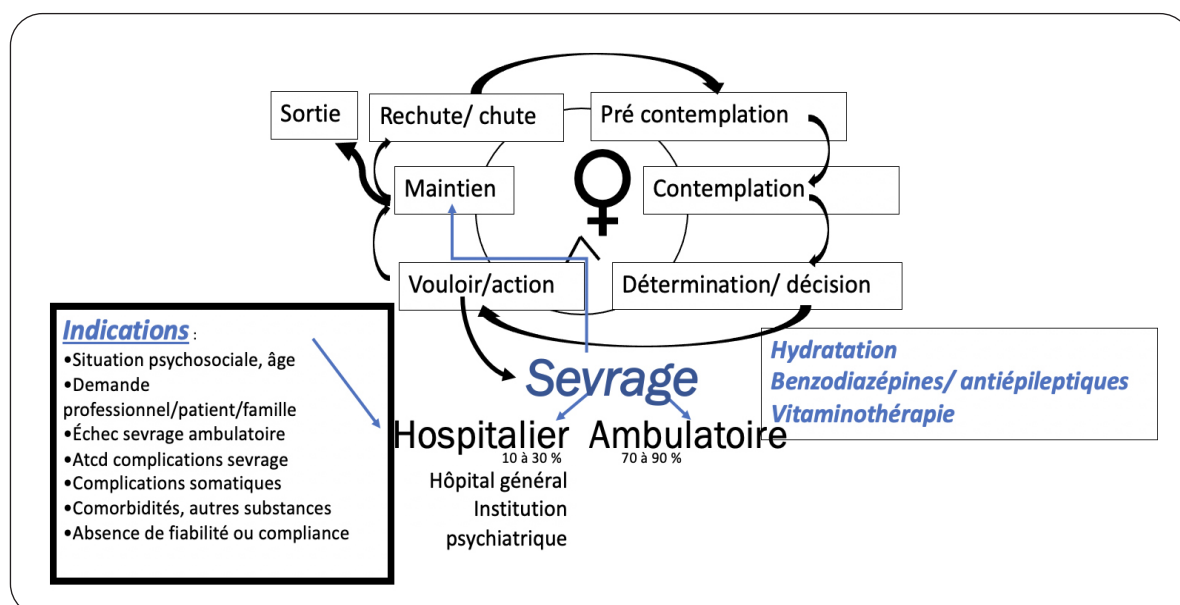
2. QUAND ?

Le sevrage hospitalier est réalisé lorsque les critères évoqués dans le paragraphe antérieur sont remplis, mais également lorsque la motivation a pu être travaillée au préalable. C'est là toute l'importance des rendez-vous de pré-admission, qui sont indispensables à une prise en charge optimale du patient. Ils permettent à la fois de réaliser une anamnèse générale et complète du patient, mais également de poser le cadre de l'hospitalisation et de donner toutes les explications concernant la prise en charge médicale et psychothérapeutique. Ensuite, le patient est inscrit sur la liste d'attente : le délai de prise en charge est un temps nécessaire pour mettre à profit un travail de préparation à l'hospitalisation (renforcement de la motivation, responsabilisation et identification d'objectifs personnels). C'est également une période propice pour déconstruire les attentes «magiques» liées à l'hospitalisation et pour anticiper la poursuite du travail thérapeutique à la sortie (14).

Néanmoins, toutes les prises en charge ne passent pas par un rendez-vous de pré-admission. C'est, par exemple, le cas lorsque le patient est hospitalisé pour une prise en charge sur le plan somatique, qui est alors prioritaire. Il se peut alors que le patient présente des difficultés au maintien des objectifs et les rechutes peuvent être plus rapides si un travail psychologique n'est pas réalisé lors du sevrage (alors purement physique) (14).

Sur le plan psychique, la première étape du sevrage est l'identification du stade de changement dans lequel le patient se trouve (lors de l'admission ou à la préadmission). On en retrouve plusieurs, d'après les stades de Prochaska et Di Clemente (Figure 1) : pré-contemplatif, contemplatif, préparation au changement (décision), action, maintien abstinence et/ou rechute (4). L'étape de la *pré-contemplation* est un stade dans lequel le patient présente une ambivalence très marquée («Ce n'est pas le moment»); le patient ne se sent pas concerné par le problème même s'il peut y avoir une petite prise de conscience. L'étape de la *contemplation* est une période pendant laquelle le patient identifie le problème et aimerait le résoudre, sans savoir comment s'y prendre (identification des inconvénients de la consommation). C'est une phase dans laquelle il y a moins d'ambivalence. La phase d'après est celle de la *détermination* ou de la *décision* : c'est dans cette étape que le patient présente une motivation à traiter l'addiction. Il se questionne sur les moyens et

Figure 1. Schéma du sevrage éthylique hospitalier, inspiré de la roue de Prochaska et Di Clemente



trouve des solutions (RDV de préadmission). S'en suit alors la *phase d'action*, soit de sevrage. Même si la substance n'est plus présente, la dépendance ne s'arrête pas. C'est la phase de maintien ou encore de *rechute*. Le risque de reprise de la consommation est à travailler en thérapie (4). En effet, «la rechute est la règle, non l'exception» selon G Alan Marlatt et Judith Gordon (16).

Le patient est alors orienté au mieux, selon le stade dans lequel il se trouve en appréciant également les attentes et objectifs. La technique de l'entretien motivationnel peut avoir toute sa place dans ce cadre-ci, afin de travailler et de consolider la motivation (4). Le déni (de la pathologie, de la gravité de la consommation, de l'impact psychologique ou encore physique) est un mécanisme de défense retrouvé dans une grande majorité des patients. Celui-ci peut également se travailler au niveau psychothérapeutique (17).

3. COMMENT ?

SUR LE PLAN PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Lors du sevrage hospitalier, les soins apportés au patient doivent à la fois être physiques mais aussi psychologiques (avec une approche thérapeutique motivationnelle). Il semble indispensable dans la relation au patient d'avoir un lien empathique afin de susciter ou de majorer la motivation chez ce dernier et de réaliser de la psychoéducation (uniquement avec l'accord du patient : théorie, gestion émotionnelle, situations à risques, stratégies à mettre en place, etc.). Il n'est en rien concevable d'avoir la moindre forme de jugement (4, 15). L'instrument principal du clinicien est prioritairement la relation thérapeutique avec le patient (4).

Dans l'idéal, il faudrait également déterminer avec le patient des objectifs et des attentes (réalistes), afin de le mettre au centre de la prise en charge, comme acteur de celle-ci.

Il existe, dans la plupart des situations, des répercussions familiales du TUS à l'alcool. Si le praticien se sent à l'aise avec cela, des entretiens de couple ou familiaux peuvent être réalisés de façon périodique (15).

La sphère neuropsychologique (tant structurale que fonctionnelle) doit être prise en considération également. Pour rappel, différentes structures peuvent notamment être affectées : le lobe frontal, le cervelet, mais aussi le corps calleux, par exemple. Ceci peut expliquer des difficultés mnésiques (épisodiques), des difficultés psychomotrices et visuo-spatiales, mais aussi exécutives (manquements aux rendez-vous, altération de la prise de décision, rechute). Ce dernier point n'est pas banal et doit être pris en considération par tout soignant. Une rééducation neuropsychologique peut paraître adéquate à proposer au patient afin de lui apporter une meilleure prise en charge (15).

SUR LE PLAN MÉDICAMENTEUX

Le principe pharmacologique du sevrage éthylique est à la fois de combattre les symptômes de sevrage (sur le plan physique, repris dans le **Tableau III**, sémiologie du sevrage) et, en même temps, de prévenir les risques de rechute.

Les symptômes de sevrage, qui peuvent se manifester dans les 6 à 24 heures d'abstinence, sont présents dans environ 8 % des patients qui sont hospitalisés avec un TUS à l'alcool (18, 19).

La présence de symptômes physiques s'explique par des mécanismes physiopathologiques de l'alcool sur le système nerveux

Tableau III. Sevrage de l'alcool selon le DSM-V-TR

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

central. Il y a, en effet, une compensation du système face à la prise chronique d'alcool qui entraîne alors une dysrégulation au niveau du GABA (acide gamma-aminobutyrique) et du glutamate. On retrouve une hyperexcitabilité neuronale (en lien avec la prédominance des systèmes excitateurs) qui se manifeste, lors d'un arrêt brutal de l'apport d'alcool, par des symptômes physiques : agitation avec excitabilité psychomotrice et neuro-végétative, sueurs, tremblements, etc. Ceux-ci sont réduits par l'utilisation de benzodiazépines (en agissant sur le déséquilibre au niveau des neurotransmetteurs). Le choix de ces molécules se trouve être la première ligne de traitement médicamenteux (agonistes du système inhibiteur GABA) et portera sur des molécules de plus longue durée d'action telles que le diazépam (Valium®) ou encore de durée d'action intermédiaire (tels que le lorazépam (Serenase®) et l'oxazépam). Il ne semble pas y avoir d'efficacité démontrée par rapport à l'utilisation de l'une ou l'autre substance. Le midazolam (Dormicum®) a l'avantage de ne pas être métabolisé par voie hépatique; il possède un bref délai d'action ainsi qu'une courte demi-vie (et donc réapparition très rapide des symptômes de sevrage) (20).

C'est le diazépam qui est le plus fréquemment utilisé dans les sevrages éthyliques au vu de son profil pharmacocinétique : il possède un caractère lipophile qui facilite le passage au niveau de la barrière hémato-encéphalique. Son pic d'action est également plus rapide que les autres molécules de la catégorie des benzodiazépines (sauf le midazolam) et les taux sériques diminueraient moins rapidement (avec moins de fluctuation des taux sériques) (18, 20).

Il faut environ une semaine pour permettre aux différents systèmes GABAergique et glutamatergique de retrouver l'état physiologique initial. L'hydratation et la supplémentation en vitamines (thiamine notamment) sont indispensables. La clonidine (Catapressan®), qui est un agoniste alpha-2-adrénérique, est souvent utilisée dans le début de sevrage afin de diminuer les signes physiques liés à l'hyperactivité des systèmes noradrénériques (système nerveux sympathique) : tachycardie, crise hypertensive, sudations (18, 20).

Certains thérapeutes utilisent des antiépileptiques tels que la carbamazépine (Tegretol®) durant les sevrages (18, 20). Il est primordial de ne pas utiliser de neuroleptique (ou en tout cas le moins possible) car ceux-ci diminuent le seuil épiléptogène, déjà fragilisé lors du sevrage éthylique. Ils ne doivent être utilisés que lors de présence de délirium ou d'agitation d'origine non éthylique. Certaines études ont également

mis en évidence le rôle du propofol (Diprivan®) chez les patients qui présentent des symptômes de sevrage. Son rôle est pourtant peu clair : ses propriétés lipophiles, son action rapide ainsi que sa facilité à être titré vu la faible demi-vie le rendent intéressant comme adjuvant aux benzodiazépines. Son utilisation est faite principalement en Unité de Soins Intensifs, lorsque les patients sont déjà sous assistance mécanique ventilatoire (haut risque de dépression respiratoire) (19).

Au niveau de la prévention de la rechute, il y a deux types d'intervention : celle pour la consommation contrôlée (aversion pour l'alcool telle que l'utilisation de l'Antabuse®) ou encore le maintien de l'abstinence (comme par exemple le Campral®, le Nalorex® ou encore le Baclofène®) (20, 21).

Quel que soit le traitement, il est indispensable pour le professionnel de santé d'avertir le patient du fonctionnement de la molécule, mais aussi des manifestations indésirables possibles. L'usage de certaines molécules peut être dangereux pour la santé. Il est également primordial de s'assurer du confort du patient (absence de signes de sevrage ou, à l'inverse, d'imprégnation pharmacologique excessive). Il existe des échelles pouvant aider le professionnel de santé (par exemple : échelle de Cushman (22) ou encore le CIWA-R (15, 23)).

CONCLUSION

Tout professionnel de la santé sera confronté dans sa pratique quotidienne à des patients qui souffrent d'un trouble de l'usage de la substance. Les prises en charge d'un patient qui souffre d'un trouble de l'usage de l'alcool sont de longs chemins sinueux. Celles-ci sont parfois bien différentes, selon les régions mais également selon les institutions. Il existe des indications pour hospitaliser un patient pour sevrage éthylique; tous les patients ne doivent pas être hospitalisés immédiatement. Une préparation à celle-ci est indispensable puisque la prise en charge, doit être tant physique que psychologique. Dans ce type de prise en charge, le lien thérapeutique est primordial. La prise en charge psychothérapeutique est importante pour le maintien de l'abstinence. L'aspect pharmacologique est globalement similaire selon les établissements (avec l'utilisation de benzodiazépines de longue durée d'action principalement, avec des compléments vitaminiques et une hydratation correcte) bien que le traitement puisse s'avérer complexe.

BIBLIOGRAPHIE

1. EUROTOX ASBL. Alcool. Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques. Bruxelles : Livret thématique n°6 - Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues ; 2020. Disponible sur : <https://eurotox.org/publications/nos-publications/bonnes-pratiques/prevention-et-reduction-des-risques-lies-a-lalcool/>
2. Conseil Supérieur de la Santé. Mesures de réduction des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool. Bruxelles : CSS ; 2025. Avis 9782. Disponible sur : <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9782/mesures-de-reduction-des-dommages-et-des-risques-lies-a-la-consommation-dalcool>
3. Gisle L, Desmaret S, Drieskens S. Épidémiologie et santé publique - mode de vie et maladies chroniques. Enquête de santé 2018 : consommation d'alcool. Bruxelles : Sciensano ; 2019. Disponible sur : https://www.sciensano.be/sites/default/files/al_report_2018_fr_v4.pdf
4. Cungi C, Nicole S. *Faire face aux dépendances. Alcool, tabac, drogues, jeux, internet...* Paris: Retz; 2014.
5. American Psychiatric Association. DSM-V-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2023.
6. Numéro thématique. Toxicomanies, addictions et dépendances. *Rev Med Liege* 2013;**68**:209-376.
7. Guelfi JD, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 3e éd. Paris: Elsevier Masson; 2017.
8. ECN. *Référentiel de psychiatrie et addictologie*. 3e éd. Tours: Presses Universitaires François Rabelais; 2020.
9. Organisation mondiale de la Santé. Global Health Observatory - Alcohol use disorder. Available from : <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/1388>. (consulté le 11/03/2025)
10. Park SH, Kim DJ. Global and regional impacts of alcohol use on public health: emphasis on alcohol policies. *Clin Mol Hepatol* 2020;**26**:652-61.
11. Numéro thématique. L'alcool dans tous ses états.. *Rev Med Liege* 2019;**74**:237-372.
12. Tournée Minérale. Disponible sur : <https://tournee-minerale.be/>. (consulté le 11/03/2025)
13. Scantamburlo G. Cours de Psychiatrie, Modules «Cartographie minimale de la Psychiatrie» et «Addictologie». Université de Liège, 2024-25.
14. Paquet E. Interface domicile/hôpital. Certificat Interuniversitaire d'alcoologie; 2022-2023.
15. Marlatt GA, Gordon JR, editors. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press; 1985.
16. Dor B, Paquet E, Orban T, et al. Prise en charge du mésusage de l'alcool avec dépendance par le médecin généraliste. *Rev Med Liège* 2019;**74**:287-93.
17. De Timary P, Ogez D, Van Den Bosch M, et al. Dispositif complémentaire de soins pour alcooliques à l'hôpital général. *Cah Psychol Clin* 2007;**28**:185-205.
18. Kast K, Sidelnick A, Nejad S, Suzuki J. Management of alcohol withdrawal syndromes in general hospital settings. *BMJ* 2025;**388**:e080461.
19. Shirk L, Reinert J. The role of propofol in alcohol withdrawal syndrome: a systematic review. *J Clin Pharmacol* 2025;**65**:170-8.
20. Gensburger M, Ghuysen A. Pharmacothérapie des formes sévères du sevrage éthylique en milieu hospitalier. *Rev Med Liège* 2019;**74**:365-72.
21. Saadan M, Scuvee-Moreau J, Seutin V. Principes du traitement pharmacologique de l'addiction. *Rev Med Liège* 2013;**68**:245-51.
22. Cushman P Jr, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985;**9**:103-8.
23. Quotidien du Médecin. Échelle CIWA-Ar. Disponible sur : https://docs.lequotidiendumedecin.fr/d6data/operations-speciales/Dependance-alcool/echelle_de_ciwar.pdf. (consulté le 11/03/2025)

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Scantamburlo G, service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.

Email : Gabrielle.Scantamburlo@uliege.be