

Cursus en Médecine des Toxicomanies

Document de travail



Sous la supervision de :
Martin Potter, MD, M.Sc.

Avec la collaboration de :
Geneviève Côté, MD
Marie-Ève Goyer, MD, M.Sc.
Chloé Labelle, MD
Marc-André Lavallée, MD
Marie-Chantal Pelletier, MD

Table des matières

Mise en contexte des travaux	4
Glossaire	5
Objectifs du programme	6
Objectif général.....	6
Objectifs spécifiques.....	6
Compétences par substance	7
Alcool.....	7
Benzodiazépines	7
Opioides.....	7
Cannabis.....	8
Stimulants prescrits et illicites.....	8
Autres substances psychoactives courantes.....	9
Compétences par Can-MEDS.....	9
Annexe 1 : Prise en charge de la personne aux prises avec un TU	11
Définition et classification des substances psychotropes (drogues).....	11
Détection et diagnostic des TU	12
Dimension biologique de la prise en charge du TU	13
Dimension psychosociale de la prise en charge du TU	15
Utilisation du dépistage toxicologique urinaire	16
Réduction des méfaits.....	18
Conseils pour éviter la surdose	18
Annexe 2 : Connaissances spécifiques au TU alcool	20
Annexe 3 : Connaissances spécifiques au TU benzodiazépines	26
Annexe 4 : Connaissances spécifiques au TU opioïdes	30
Annexe 5 : Connaissances spécifiques au TU cannabis	47
Annexe 6 : Connaissances spécifiques aux stimulants prescrits et illicites	52
Annexe 7 : Connaissances spécifiques aux autres substances psychoactives	56
Annexe 8 : Fiche d'observation - rétroaction	62

Mise en contexte des travaux

Les troubles d'usage (TU) de substances figurent parmi les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés en première ligne. Qui plus est, concernant le trouble d'usage des opioïdes, la problématique est d'une telle envergure qu'elle est maintenant qualifiée d'épidémie et de crise de santé publique. C'est devant cet état de fait que le besoin d'établir un cursus d'enseignement en médecine des toxicomanies s'est manifesté au courant des dernières années.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont émis une recommandation visant l'augmentation du nombre de médecins prescripteurs de méthadone et de buprénorphine dans le traitement du trouble d'usage des opioïdes (TDO). Plus spécifiquement, le CMQ préconise l'inclusion, dans le programme de résidence en médecine familiale, de la formation nécessaire à la prescription de méthadone et de buprénorphine ainsi qu'au suivi des patients stabilisés sous traitement assisté par l'une ou l'autre de ces médications.

De plus, il y a quelques années, le comité pédagogique, appuyé du leadership de la Dre Danielle Leblanc, s'était penché sur le rôle et les responsabilités qu'ont les unités de médecine familiale (UMF) de s'assurer que les générations futures de médecins de famille puissent répondre à la demande croissante de services d'un médecin prescripteur de méthadone et/ou de buprénorphine.

Le présent sous-comité de médecine des toxicomanies, sous la responsabilité du comité de l'enseignement de la santé mentale, a convenu d'élargir son mandat, en développant une proposition de cursus couvrant les besoins de formation concernant toute forme de trouble d'usage de substances, incluant le traitement du trouble d'usage des opioïdes.

Nous espérons que ce document permettra aux médecins enseignants de se sentir bien outillés afin de faciliter l'acquisition par les résidents des notions de base en médecine des toxicomanies que nous croyons fermement que tout médecin de famille au Québec devrait maîtriser afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population québécoise.

Glossaire

- TU : trouble d'usage de substances
- TDO : traitement du trouble d'usage des opioïdes (traitement de la dépendance aux opioïdes)
- DSM-V : cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- HCA : histoire de la consommation actuelle
- GHB : gamma-hydroxybutyrate
- LSD : diéthylamide de l'acide lysergique
- PCP : phenylcyclidine
- MDMA : 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine, ou ecstasy
- ITSS : infections transmissibles sexuellement et par le sang
- DT : delirium tremens
- ASAM : American Society for Addiction Medicine

Objectifs du programme

Objectif général

Il est visé que les résidents en médecine familiale intègrent systématiquement à leur pratique clinique la détection et le traitement des TU comme pour toute autre maladie chronique.

Objectifs spécifiques

- Prescrire avec diligence les psychotropes ayant le potentiel d'induire un TU (psychostimulants, opioïdes et benzodiazépines) afin de participer à l'effort collectif requis en réponse à l'émergence d'un nombre important de TU iatrogéniques, en portant attention à :
 - Procéder à une évaluation diagnostique complète, incluant le dépistage des antécédents de TU et les habitudes actuelles de consommation, avant d'initier une telle prescription;
 - Offrir la psychoéducation sur l'utilisation appropriée et les risques associés au mauvais usage des dits psychotropes;
 - Tenir compte des comorbidités et des facteurs de risque de mésusage dans le choix d'un traitement, et considérer l'utilisation d'alternatives thérapeutiques moins risqués selon le tableau clinique;
 - Procéder au suivi approprié du psychotrope prescrit et être attentif aux signes de mésusage.
- Utiliser des questions et outils standardisés pour la détection des TU;
- Lorsque des signaux d'alarme sont présents, réaliser une anamnèse structurée et sensible en utilisant la sémiologie et les techniques d'entrevue appropriées :
 - Sémiologie : connaître pour chaque substance les noms de rue couramment utilisés, les unités de mesure des quantités et les voies d'administration possibles;
 - Techniques d'entrevue : maîtriser les techniques d'entrevue démontrées efficaces pour augmenter la sensibilité du questionnaire (ex : normalisation, supposition douce, atténuation de la honte, amplification);
- Savoir différencier l'usage récréatif ou le mésusage d'une médication psychotrope prescrite d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance;
- Savoir reconnaître la présence de polysuage de substances (vs le monousage), volontaire ou involontaire;
- Connaître les différents toxidromes et syndrome de sevrage des différentes substances psychoactives;
- Connaître les réalités bio-psycho-sociales d'une personne aux prises avec un TU;
- Savoir effectuer une intervention brève et accompagner les patients dans toutes les phases du TU dans une perspective de réduction de méfaits;
- Utiliser judicieusement les options pharmacologiques disponibles;

- Référencer aux ressources médicales, psychosociales et communautaires appropriées;
- Procéder aux interventions de prévention et promotion de la santé indiquées suite à l'évaluation du TU;
- Reconnaître et traiter les comorbidités associées ou induites par le TU.

Compétences par substance

Alcool

- Connaître la prévalence de la consommation d'alcool et des troubles qui lui sont liés dans la société;
- Définir la consommation d'alcool sécuritaire et selon le DSM-V;
- Reconnaître les comorbidités associées avec l'usage d'alcool;
- Faire le counseling approprié concernant les risques associés à la consommation, consommation abusive, et consommation chronique;
- Reconnaître les particularités de l'anamnèse et l'examen physique d'un patient consommateur d'alcool;
- Énumérer les signes et symptômes de l'intoxication alcoolique et du sevrage alcoolique;
- Démontrer une connaissance des signes cliniques, des facteurs de risques et du traitement du syndrome de Wernicke-Korsakoff;
- Démontrer une connaissance de la pathologie, des signes cliniques et du traitement du delirium tremens;
- Savoir offrir un traitement de sevrage approprié;
- Connaître les options thérapeutiques pour conserver la sobriété.

Benzodiazépines

- Discuter des indications et contre-indications de l'ordonnance de benzodiazépines
- Connaître les principes d'une prescription sécuritaire de benzodiazépines.
- Différencier le mésusage des benzodiazépines du trouble d'usage des benzodiazépines
- Établir un plan de sevrage approprié des benzodiazépines

Opiïdes

- Connaître les principales molécules opioïdes prescrites ou illicites utilisés par les consommateurs;
- Énumérer les indications d'utilisation des opioïdes en douleur chronique non cancéreuse (DCNC) et les situer au sein des algorithmes de traitements de la DCNC actuels;
- Décrire les risques des opioïdes afin d'identifier à l'avance les patients avec potentiel de développer des complications dont la dépendance;
- Connaître les outils de dépistage de la dépendance aux opioïdes;

- Savoir effectuer une prescription judicieuse d'opioïdes et encadrer la prescription afin de limiter les risques;
- Connaître les effets secondaires des opioïdes pouvant mener à un échec de traitement;
- Évaluer l'effet des opioïdes sur la douleur et la fonctionnalité du patient;
- Reconnaître le mésusage des opioïdes;
- Discuter du mésusage des opioïdes dans un esprit de respect et de collaboration avec le patient;
- Réaliser un sevrage sécuritaire et confortable des opioïdes, dans le respect du patient;
- Accompagner le patient dans son sevrage des opioïdes en reconnaissant l'importance d'un cadre clair et cohérent;
- Utiliser différents outils pratiques permettant le suivi du sevrage ou l'encadrement d'un patient qui a des comportements inappropriés;
- Désamorcer la tension liée à l'inquiétude, à la colère et au désarroi des patients pour lesquels la prescription d'opioïde n'est pas indiquée ainsi que pour les patients chez qui un sevrage des opioïdes est envisagé;
- Maintenir le rôle et le lien thérapeutique avec le patient à travers le processus de sevrage des opioïdes;
- Diagnostiquer un trouble lié à l'usage des opioïdes;
- Reconnaître les symptômes d'une intoxication et d'un sevrage aux opioïdes;
- Savoir utiliser la naloxone lors d'une intoxication sévère aux opioïdes;
- Savoir prescrire la naloxone à emporter chez un patient à risque de surdose;
- Prescrire un traitement assisté par la méthadone ou la buprénorphine/naloxone lorsqu'indiqué;
- Utiliser les références principales offrant du soutien aux cliniciens, ainsi que celles informant sur les ressources d'aide aux personnes narcomanes.

Cannabis

- Énumérer les signes et symptômes du toxidrome et du syndrome de sevrage du cannabis;
- Énumérer les enjeux de santé physique et mentale liés à l'usage de cannabis et les catégories de patients qui sont les plus à risque de souffrir des dites complications;
- Connaître les traitements de support appropriés dans l'accompagnement de la phase de sevrage;
- Décrire les indications reconnues de l'ordonnance de cannabis séché à des fins médicales et les démarches associées à cette prescription.

Stimulants prescrits et illicites

- Discuter des indications et contre-indications de l'ordonnance de psychostimulants;
- Connaître les principes d'une prescription sécuritaire de psychostimulants;
- Être familier avec les noms de rue, l'apparence, les méthodes de consommation, les effets recherchés, les effets indésirables et les signes et symptômes du toxidrome et du syndrome de sevrage des stimulants illicites (amphétamines et cocaïne).

Autres substances psychoactives courantes

- Être familier avec les noms de rue, l'apparence, les méthodes de consommation, les effets recherchés, les effets indésirables et les signes et symptômes du toxidrome et du syndrome de sevrage des substances psychoactives illicites les plus courantes;
- Savoir prodiguer des conseils de réduction des méfaits associés à l'utilisation des substances psychoactives.

Compétences Can-MEDS

Expert médical

- Chez tous les patients, et particulièrement dans les groupes à risque élevé (p.ex. problème de santé mentale, incapacité chronique), profiter de toutes les occasions pour dépister l'usage de substance et le TU (tabac, alcool, drogues illicites);
- Chez les patients qui présentent des signes et symptômes d'un sevrage ou d'une intoxication aiguë, établir un diagnostic et un plan de traitement appropriés;
- En présence de signaux d'alarme (p.ex. échec scolaire, changement de comportement), discuter de l'usage de substances avec les adolescents, leurs proches ou avec les autres intervenants;
- Considérer et rechercher l'usage de substances comme facteur étiologique dans les problèmes qui ne répondent pas favorablement à une intervention appropriée (p.ex. usage d'alcool chez les patients atteints d'hypertriglycéridémie, usage de drogues par inhalation chez un asthmatique).

Communicateur

- Offrir son soutien aux patients et aux membres de la famille affectée par l'abus de substances;
- Chez les patients aux prises avec un TU, déterminer dans quelle mesure ils adhèrent au diagnostic;
- Chez les utilisateurs de substances, déterminer systématiquement leur volonté de cesser ou à réduire leur consommation.

Collaborateur

- Travailler en collaboration avec une équipe de professionnels (infirmière, psychosocial);
- Être une personne ressource pour les collègues.

Gestionnaire

- S'assurer de l'octroi de soins à la clientèle;
- Pour les clientèles cumulant de multiples facteurs de vulnérabilité, organiser sa pratique de manière flexible et adaptée afin de permettre une approche à bas seuil d'accessibilité.

Promoteur de la santé

- Chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, procéder au dépistage des maladies à dissémination hémotogène (p. ex. infection par le virus de l'immunodéficience humaine, hépatite).
- Chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, offrir les vaccins appropriés
- Chez les patients utilisateurs de substances, profiter des visites médicales pour dépister les comorbidités (p.ex. pauvreté, crime, infections transmises sexuellement, problèmes de santé mentale) et les complications à long terme (p. ex. cirrhose).

Érudit

- S'engager à se garder à l'affût des nouveautés dans les traitements des troubles d'usages (TU) de substances.

Professionnel

- Offrir des soins globaux avec un comportement irréprochable empathique envers la clientèle, avec absence de jugement et de préjugé.

Annexe I : Prise en charge de la personne aux prises avec un trouble d'usage de substances

préparé par Martin Potter, MD, M.Sc. avec la collaboration de Marie-Ève Goyer, MD, M.Sc.

Définition et classification des substances psychotropes (drogues)

Un psychotrope est une substance qui altère le psychisme d'une personne. Cette altération peut être de divers ordres et on classifie donc habituellement les drogues en fonction de l'effet qu'elles produisent sur le système nerveux central, suivant cinq grandes classes. Aux fins de simplification et pour satisfaire aux besoins du présent document, seules trois grandes classes seront abordées : les dépresseurs, les stimulants et les perturbateurs. Pour plus d'information, consultez :

<http://www.levirage.qc.ca/medias/uploads/2014/01/Affichepsychotropesfinale.pdf>

Dépresseurs

Les dépresseurs du système nerveux central regroupent les substances suivantes : l'alcool, les benzodiazépines, le gamma-hydroxybutyrate (GHB), les opioïdes, les anesthésiques généraux et les substances volatiles. Bien que toutes ces substances soient différentes, leur effet est semblable : elles diminuent la vigilance ainsi que la motricité et elles sont consommées à la recherche d'une sensation d'euphorie et de bien être, d'une diminution de l'anxiété et d'une désinhibition. Les effets spécifiques de chaque substance seront décrits plus en détails dans leurs sections du document.

Stimulants

Les stimulants du système nerveux central incluent, entre autres, les amphétamines, la cocaïne, ainsi que caféine et nicotine. Ces substances ont pour effet de produire une accélération des processus normaux de l'organisme : elles donnent de l'énergie et créent une hypervigilance et de l'euphorie tout en supprimant l'appétit. Aux fins du présent document, seules les amphétamines et la cocaïne seront abordées plus en détail. L'ecstasy (MDMA) produit à la fois des effets stimulants et hallucinogènes.

Perturbateurs (hallucinogènes)

Les perturbateurs du système nerveux central altèrent les perceptions visuelles, auditives et tactiles ainsi que le fonctionnement cognitif, le jugement et/ou l'humeur. On compte parmi cette classe le cannabis, la kétamine, le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), la mescaline, le phénylcyclidine (PCP), la psilocybine (champignons magiques). Aux fins du présent document, seuls le cannabis et la MDMA seront abordés plus en détail.

Détection et diagnostic des TU

Détection d'un potentiel TU

Aborder la question de la consommation d'alcool ou d'autres substances doit être fait de façon neutre, sans jugement. Le motif de la consultation peut en soi être une demande d'aide dans le traitement du TU, ou encore, la présence d'un TU peut devenir évidente lors d'une hospitalisation pour un autre problème engendré ou exacerbé par la consommation ou encore suite à un dépistage toxicologique urinaire à la demande d'un employeur ou d'une compagnie d'assurances. La meilleure façon d'amorcer le questionnaire est de demander directement au patient s'il a abusé d'alcool ou consommé d'autres substances au courant de la dernière année et d'approfondir l'anamnèse suite à une réponse affirmative.

Il est recommandé de questionner systématiquement la consommation d'alcool et d'autres substances au moment de la prise en charge d'un nouveau patient. On peut relever les habitudes de la dernière année ou encore spécifier celles de la dernière semaine.

Lors que votre niveau de suspicion d'un TU s'élève, il convient d'explorer davantage les quantités consommées ainsi que l'impact de la consommation sur leur vie personnelle, professionnelle et familiale. De plus, il existe des outils standardisés pour la détection des TU : le CAGE est un exemple d'un tel outil, couramment employé pour la détection du TU d'alcool.

Diagnostic d'un TU

Il est essentiel d'établir un diagnostic afin de pouvoir traiter et accompagner adéquatement son patient. Pour ce faire, il convient de se référer aux critères du DSM-V. Dans cette plus récente révision, la notion d'abus et de dépendance a été délaissée pour faire place au trouble d'usage (TU) de la substance « X ». Le diagnostic peut être retenu si deux critères ou plus parmi les suivants sont présents sur une période de douze mois :

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
2. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.
3. Une grande partie du temps est consacrée à des activités nécessaires pour obtenir la substance, consommer cette substance, ou récupérer de ses effets.
4. « Craving », ou un désir impérieux/ besoin de consommer de consommer.
5. La consommation de substance de façon récurrente amène des manquements à des obligations au travail, l'école, ou à la maison.
6. La consommation de substance continue, malgré la persistance ou la récurrence de troubles sociaux ou interpersonnels.
7. Une réduction ou abandon d'activités importantes, d'activités sociales à cause de la consommation de substances.
8. La consommation de substances dans des situations où il est physiquement dangereux.

9. L'utilisation de substances est poursuivie malgré la réalisation d'avoir un problème physique ou psychologique qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
10. La tolérance, telle que définie par l'une des conditions suivantes :
 11. Un besoin de plus grandes quantités de substance pour obtenir un niveau d'intoxication désiré.
 12. Un effet diminué en utilisation de la même quantité de substance.
 13. Retrait, qui se manifeste par l'une des conditions suivantes :
 14. Le syndrome de sevrage caractéristique de la substance consommée.
 15. La substance (ou un analogue) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

On peut établir la sévérité de la problématique en fonction du nombre de critères qui sont remplis :

- 2-3 critères : le TU est dit léger ;
- 4-5 critères : le TU est dit modéré ;
- 6 critères et plus : le TU est dit sévère.

Dimension biologique de la prise en charge du TU

Histoire de la consommation actuelle (HCA)

Toute prise en charge adéquate d'un TU débute par une anamnèse appropriée, avec une attention particulière à l'histoire de la consommation actuelle (HCA) qui comprend les éléments suivants :

- Historique de chaque substance utilisée, quantité et voies d'administration;
- Moment et circonstances du début de la consommation;
- Moment où la consommation est devenue régulière et/ou problématique;
- Périodes de sobriété et/ou tentatives de sobriété;
- Conséquences de la consommation :
 - Sur la santé (surdose, infections cutanées, infections virales, malnutrition, etc.);
 - Sur les relations interpersonnelles (ruptures amoureuses, pertes d'amitiés, isolement social, etc.);
 - Judiciaires (activités illicites comme vols, la prostitution, etc.);
 - Financières (dettes légales et « illégales », perte d'emploi, etc.).
- Antécédents de complications de sevrage ou liées à l'usage: convulsions, délirium, hallucinose; syndrome de Wernicke-Korsakoff, psychose, etc.;
- Fréquence et quantité de l'usage dans les 7 ou 30 derniers jours, et à quand remonte la dernière consommation.

En plus de l'HCA, il convient également d'explorer les aspects suivants :

- Antécédents médico-chirurgicaux, psychiatriques et familiaux pertinents;
- Symptômes suggestifs de comorbidités psychiatriques;
- Milieu de vie (statut civil, relations familiales, réseau social);
- Vision du problème, autocritique, ambivalence, état motivationnel, objectifs et attentes du patient.

Examen physique

Un examen physique complet doit être réalisé tout en le ciblant davantage sur les stigmates liés à l'usage de substances :

- Apparence générale : état nutritionnel, ecchymoses et autres stigmates d'un trauma, état mental
- Signes d'intoxication ou de sevrage : signes vitaux, tremblements, diaphorèse, stigmates anxieux, myosis vs mydriase, rhinorrhée, larmoiement;
- Atteinte d'organes cibles : démarche, coordination, nystagmus, mouvements oculaires, stigmates d'une hépatopathie.

Bilan paraclinique

Les investigations paracliniques à prescrire sont variables en fonction de la condition du patient, des substances utilisées et des voies d'administration. En général, il faut minimalement considérer une formule sanguine complète (FSC), une créatininémie, un dosage des électrolytes ainsi qu'un bilan hépatique. Le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sera à prescrire en fonction des facteurs de risque. Il convient aussi de porter une attention particulière au diagnostic d'une potentielle grossesse. Le dépistage toxicologique urinaire est abordé plus loin dans le document (une section y est dédiée).

Vaccination

Les vaccinations appropriées devraient être offertes aux patients, selon leur profil de facteurs de risque (se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)).

Sevrage assisté médicalement

Lorsqu'un patient nécessite une aide pour cesser de consommer, il est important compléter une évaluation des besoins, et de déterminer si une hospitalisation s'avérera nécessaire pour offrir un cadre sécuritaire pour le sevrage ou encore si un suivi médical en externe peut être adéquat. Pour certains patients, seul un accompagnement psychosocial sera indiqué (cf. plus bas, la section qui y est dédiée). La sévérité du TU et le type de substances consommées aideront à déterminer quel niveau d'intervention est nécessaire.

Type de substance	Sevrage dangereux	Traitement assisté par la médication
Alcool	Oui, risque de convulsions, de delirium tremens et d'hallucinose	Benzodiazépines
Benzodiazépines	Oui, risques de convulsions et de delirium	Benzodiazépines, anticonvulsivants
GHB	Oui, risque de convulsion et de delirium	Benzodiazépines
Opioïdes	Non	Méthadone ou buprénorphine
Cannabis	Non	Non
Psychostimulants	Non	Non

L'hospitalisation est appropriée pour les TU sévère, les patients ayant des comorbidités médicales, ou pour des sevrages compliqués, i.e. en présence d'un risque significatif de convulsions et/ou de delirium ou encore, devant un sevrage de plusieurs substances. Ceci est rarement nécessaire pour les sevrages de cannabis, d'opioïdes, de stimulants ou de benzodiazépines*.

**Le sevrage des benzodiazépines consiste généralement en un sevrage progressif lent en externe.*

Un suivi médical en externe est souvent requis dans les cas de TU aux opioïdes, de benzodiazépines, d'alcool, ou encore pour ceux ayant un TU modéré à sévère. Le suivi médical peut être accompagné d'un traitement pharmacologique.

Dimension psychosociale de la prise en charge du TU

Il convient, si le patient est réceptif, de le référer aux services du centre de réadaptation en dépendance (CRD) de son secteur*.

**Les coordonnées des CRD sont disponibles dans un répertoire en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/>*

Les interventions psychosociales sont la pierre angulaire du traitement dans tous les cas, et sont appropriées comme seul traitement pour des patients présentant un TU léger, stables médicalement et émotionnellement et qui ont un environnement de support. Ceci est souvent appropriée dans les cas de TU au cannabis, cocaïne et drogues de rues.

L'approche d'entretien motivationnel est couramment utilisée pour aider les personnes ayant un TU. Cette approche se base sur le modèle de Prochaska. James Prochaska a publié en 1992 un article sur le cheminement qu'une personne fait pour changer de comportement. Ce modèle est bien connu des médecins de famille pour son utilisation en cessation tabagique et s'applique tout aussi bien aux TU.²



Il est important de bien identifier à quelle étape se trouve son patient afin de procéder à l'intervention appropriée.

Précontemplation

L'individu n'est pas prêt à considérer un changement. Il y a souvent une absence d'introspection par rapport à une possible problématique de consommation. Il est inutile pour le médecin d'encourager l'arrêt de consommation à cette étape-ci, et les interventions devraient cibler l'aide au cheminement vers l'étape de contemplation. À cette fin, les techniques d'entretien motivationnel sont utiles.

Contemplation

L'individu reconnaît qu'il a un problème de consommation, mais n'est pas convaincu du bienfait d'arrêter. Consciemment ou non, l'individu évalue les bénéfices et risques de poursuivre ou de cesser la consommation. L'individu peut bénéficier de l'approche motivationnel à ce stade-ci afin de progresser dans son processus de changement.

Détermination (ou action)

L'individu est prêt et motivé à cesser sa consommation. Ce dernier met en place des stratégies pour cesser, soit en changeant son environnement, son cercle social, ses activités, etc.

Maintien puis abstinence

L'individu veut maintenir sa sobriété, et désire harmoniser ses relations avec ses amis et sa famille.

Rechute

La rechute fait partie du processus de sevrage, et peut survenir à n'importe quel moment durant le maintien et l'abstinence. Le cas échéant, l'individu retourne à l'étape de précontemplation ou de contemplation.

Utilisation du dépistage toxicologique urinaire

Au même titre que le questionnaire effectué auprès du patient, le dépistage urinaire de drogues ou de substances doit être vu comme un outil diagnostique et thérapeutique visant à améliorer la sécurité du patient et à bonifier son plan de traitement. Un résultat inattendu ne devrait pas mettre fin à la relation thérapeutique et à la prise en charge médicale, mais plutôt servir à établir un dialogue.

Les dépistages urinaires visent trois objectifs :

- I. Valider la prise d'opioïdes par le patient (incluant la prise de méthadone et de buprénorphine):
 - Avant de débiter tout traitement avec la méthadone ou la buprénorphine, le clinicien devrait disposer d'un test positif aux opioïdes chez son patient afin de s'assurer que celui-ci est activement consommateur d'opioïdes;
 - En cours de traitement, un dépistage urinaire peut permettre de valider que le patient prend bien son traitement de méthadone ou de

buprénorphine. Un résultat négatif pourrait par exemple indiquer que le patient ne prend pas ses opioïdes ou que l'urine analysée n'est pas celle du patient. Toutefois, il faut garder en tête que si le patient ne prend que la moitié de la dose ou s'il ne la prend que quelques fois par semaine, par exemple, le résultat pourrait tout de même être positif ;

2. Vérifier la prise d'autres médicaments, prescrits ou non :
 - de nombreux médicaments prescrits ou offerts sur le marché noir peuvent interagir avec la méthadone et la buprénorphine. Par exemple, la prise concomitante de benzodiazépines devrait entraîner une réévaluation de la sécurité du patient et de son risque de surdose;
 - un résultat négatif, alors qu'une médication est prescrite par le clinicien, entraînera une discussion sur la pertinence de poursuivre le traitement ou sur la possible revente des médicaments;
3. Exclure la prise concomitante de drogues illicites :
 - Au même titre que la prise concomitante de certaines médications prescrites, la prise de drogues illicites, spécifiquement celles à potentiel sédatif, entraîne un risque accru de surdose lorsqu'utilisées avec un traitement de méthadone ou de buprénorphine. La prise concomitante de drogues sédatives devrait entraîner une réévaluation de la sécurité du patient et de son risque de surdose;
 - La persistance d'utilisation d'opioïdes en plus du traitement assisté par la méthadone ou la buprénorphine devrait engendrer une réévaluation des doses du traitement afin de statuer si celles-ci sont suffisantes pour permettre l'arrêt de la consommation d'opioïdes.

Les tests de dépistages urinaires peuvent être effectués de manière rapide en cabinet ou acheminés en laboratoire. Chaque test et chaque laboratoire dépiste un certain nombre de substances (par exemple plusieurs laboratoires ne détectent pas systématiquement le fentanyl ou la buprénorphine) et possède des sensibilités et spécificités qui peuvent différer et doivent être connues du clinicien afin que le test soit interprété adéquatement. De faux positifs et de faux négatifs sont donc possibles pour presque tous les tests courants. De plus, les tests de dépistage urinaire de drogues ne détectent pas la présence d'alcool, une des substances dont la prise concomitante avec la méthadone et la buprénorphine met l'utilisateur le plus à risque de surdose.

Tableau des temps de dépistage de substances consommées.

(Adapté de l'ASAM handbook of addiction medicine (2016))

Drogues	Temps de dépistage approximatif post-usage (jours)
Amphétamines	3
Benzodiazépines	7
Marijuana	7 (usage léger) 21 et + (usage régulier)
Cocaïne	3 (usage léger) 22 et + (usage régulier)
Héroïne	3
LSD	5
PCP	7 (une seule dose), 21 (usage régulier)
Opioïdes	3

Réduction des méfaits

La philosophie de la réduction des méfaits tire ses racines d'une approche en santé publique ; la reconnaissance que l'usage de drogues est une réalité et que la réduction de ses conséquences néfastes est une priorité populationnelle. La réduction de la morbidité et mortalité liée aux troubles d'usage de substances est aussi importante que la promotion de l'abstinence, et permet de réduire les décès, les incidences de VIH, de l'hépatite C et les activités criminelles.

Un travail d'éducation pour les consommateurs de substances sur les pratiques sécuritaires de consommation, la prévention des surdoses ainsi que distribution de matériel stérile sont tous des exemples de réduction des méfaits.

Conseils pour éviter la surdose

La surdose de médicaments prescrits et non-prescrits ne cesse d'augmenter³. Suite à un programme de sevrage ou une incarcération, le risque de décès augmente, la tolérance ayant diminué et les individus rechutant avec les mêmes doses utilisées avant l'arrêt. Le risque de décès augmente aussi avec le polyusage, surtout lors d'un mélange d'alcool, d'opioïdes et de benzodiazépines. De plus, la disponibilité grandissante des opioïdes sur le marché a eu l'effet de quadrupler le nombre de décès entre 1999 et 2010.³

Dans l'objectif de réduire ce nombre de décès, il est souhaitable de réduire la disponibilité des médicaments opioïdes. Ceci peut être réalisé en réduisant le nombre de personnes recevant des prescriptions d'opioïdes, en rédigeant une prescription plus courte pour un traitement d'opioïdes, et par la dispensation d'un plus petit nombre de comprimés à la fois (par exemple, à la semaine plutôt qu'au mois).

De plus, il faut offrir un counseling aux patients sur les risques de surdoses et de décès lors des rechutes. Finalement, la prescription de naloxone injectable permet de réduire les incidences de décès lors d'une surdose.

Le counseling offert aux patients sur la prévention des surdoses doit miser sur l'information concernant les risques et dangers de la surdose, les méthodes pour réduire les risques de surdose et les options thérapeutiques lorsque la surdose survient. En général, celui-ci devrait inclure les conseils suivants:

- Consommez une drogue à la fois ;
- Consommez une quantité moindre de chaque drogue ;
- Évitez la consommation d'alcool antécédente ou concomitante à la consommation de drogues ;
- Consommez-en plus petite quantité après une période d'abstinence (testez votre tolérance) ;
- Consommez-en plus petite quantité lorsque votre système immunitaire est affaibli ou en présence de problèmes de santé (ex. grippe, pneumonie, abcès, etc.) ;
- Considérez un autre mode de consommation (ex. priser la drogue au lieu de l'inhaler ou l'injecter) ;
- Testez la puissance d'une drogue avant d'en consommer la quantité complète ;
- Essayez de toujours acheter du même *dealer* ;

- Parlez aux personnes qui se sont procurées des drogues auprès du même *dealer* ;
 - Bien connaître les pilules qui sont consommées et les différentes variations disponibles ;
 - Soyez prudent lors du passage d'un type de pilule à un autre, car la puissance et le dosage varient ;
 - Ne consommez pas seul ;
 - Développez un plan en cas de surdose avec des amis ou des partenaires de consommation ;
 - Informez vos amis/partenaires de ce que vous allez consommer ;
 - Ayez sur vous une seringue de naloxone.
-
1. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. A single-question screening test for drug use in primary care. *Arch Intern Med.* 2010;170(13):1155-1160.
 2. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102-1114.
 3. Jones CM, Mack KA, Paulozzi LJ. Pharmaceutical overdose deaths, United States, 2010. *JAMA.* 2013;309(7):657-659.

Annexe 2 : Connaissances spécifiques au TU alcool

préparé par Marie-Chantal Pelletier, MD

Connaître la prévalence de la consommation d'alcool et des troubles qui lui sont liés dans la société

Selon Educ-Alcool :

- 83% des Québécois âgés de 15 ans et plus consomment de l'alcool : 25 % en consomment plus d'une fois par semaine, 20 % une fois par semaine et 38 % à l'occasion ; 17 % n'en consomment jamais.
- En moyenne, les Québécois consomment 3,3 verres d'alcool par semaine.
- 10% des consommateurs réguliers d'alcool ont senti que leur consommation nuisait à leur santé au cours de la dernière année.
- 6% à 7% de consommateurs disent boire des quantités excessives d'alcool sur une base hebdomadaire.
- 27% de consommatrices d'alcool et 37% des consommateurs ont dépassé au moins une fois par mois, au cours de la dernière année, les limites recommandées de 3 verres pour les femmes et de 4 verres pour les hommes.
- 6% des conducteurs québécois admettent avoir conduit un véhicule avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale.

Définir la consommation d'alcool sécuritaire et selon le DSM-V

Connaître le contenu en alcool d'une consommation standard et pouvoir le calculer.

Équivalences de consommation d'alcool

Type de boisson alcoolisée	Pourcentage d'alcool	Volume représentant une consommation standard
Bière	5%	341ml ou 12 oz
Vin	12%	142ml ou 5 oz
Vin fortifié	18%	85ml ou 3 oz
Fort	40%	43ml ou 1.5 oz

Définir la consommation d'alcool sécuritaire.

Consommation à faible risque

- *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* (Comité consultatif sur la stratégie nationale sur l'alcool, 2011)
 - chez les hommes : max. 15 cons./semaine, max. 3 cons./jour
 - chez les femmes : max. 10 cons./semaine, max. 2 cons./jour

Consommation problématique

- Un patient qui consomme régulièrement au-delà des directives à faible risque, sans démontrer de manifestations cliniques d'un trouble lié à la substance.

*Reconnaître les comorbidités associées avec l'usage d'alcool***Mortalité**

Mortalité augmentée en cas de consommation importante (>60g par jour) : cirrhose, cancer du foie, cancers du tube digestif supérieur, accidents, suicides, homicides, problèmes cardiaques.

Morbidité

- Organes atteints par l'alcool :
 - Foie
 - Système digestif (RGO, gastrite, pancréatite...)
 - SNC : atrophie cérébrale et cérébelleuse, troubles mnésiques, démence, Korsakoff
 - SNP : polyneuropathies
 - Psychiatrique : dépression, suicidalité, dysfonctionnement personnel et social
 - État général, malnutrition, perte de masse musculaire, ostéoporose...
- Conditions aggravées par l'usage de l'alcool :
 - Majorité des troubles des axes I et II
 - Hypertension artérielle
 - Diabète
 - Épilepsie
 - Hépatopathie, pancréatite
 - Interactions médicamenteuses

Discuter de l'effet de l'alcool sur la grossesse, les complications prénatales et le développement du syndrome alcoolo-fœtal.

(Source: ASAM et <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-804-02F.pdf>)

- Alcool ingéré par la mère traverse rapidement la barrière hémato-placentaire et entre dans la circulation fœtale.
- Métabolisme de l'alcool plus lent chez le fœtus
- Complications prénatales : Risque augmenté d'avortement spontané, d'accouchement prématuré et de mortinaissance
- Syndrome alcoolo-fœtal comprend les caractéristiques suivantes : Retard de croissance, retard de croissance cérébrale (microcéphalie), patterns caractéristiques d'anomalies faciales mineures (fente palpébrale mince, lèvre supérieure mince, nez court, milieu du visage plat)

Faire le counseling approprié concernant les risques associés à la consommation, consommation abusive, et consommation chronique

- Préférence des patients pour consulter leur médecin plutôt que les centres spécialisés.
- Intervention brève (efficace pour réduire la morbidité):
 - Consommation supérieure aux recommandations?
 - Effets bénéfiques vs indésirables de la consommation
 - Contre-indications à l'usage? Interactions médicamenteuse?
 - Aider le patient à se fixer des objectifs
 - Faire le suivi.

Reconnaître les particularités de l'anamnèse et l'examen physique d'un patient consommateur d'alcool

Outils de détection : questionnaires CAGE et CIWA.

Test simple en 4 questions, permettant d'estimer rapidement si votre consommation d'alcool est problématique ou non (2 réponses positives):

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 le besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
4. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

NB : il existe une tendance (non fondée) à dépister moins fréquemment les groupes suivantes : femmes, personnes âgées, statut économique élevé.

Anamnèse

- Histoire de consommation: durée de l'usage d'alcool, périodes de sobriété, quantités, horaire de consommation, fréquence dans les derniers 30 jours, symptômes de sevrage ;
- Effets indésirables sur le fonctionnement personnel: troubles de comportement, amnésie, conduite automobile, prise de risque, chutes, perte d'emploi, absentéisme, négligence des tâches parentales, problèmes financiers, arrestations, problèmes relationnels, etc. ;
- Effets indésirables sur la santé: négligence de l'hygiène personnelle, non-observance des traitements médicaux en cours, malnutrition, perte de poids, état général, perte de masse musculaire, atteinte d'organes cibles ;
- Antécédents de complications de sevrage: convulsions, délirium, hallucinose, Wernicke ;
- Usage d'autres substances ;
- Antécédents de traitement pour alcool ou autres substances ;
- Antécédents médicaux et psychiatriques (fardeau de maladies chroniques > population générale) ;
- Situation sociale : état civil, milieu de vie, réseau social, emploi, revenu, problèmes légaux, victimisation, violence conjugale, famille ;
- Symptômes de maladie mentale, suicidalité ;
- Vision du problème, autocritique, ambivalence, état motivationnel ;
- Objectifs et demandes du patient.

Examen physique

- Apparence générale: état nutritionnel, ecchymoses, état mental ;
- Signes d'intoxication ou sevrage: signes vitaux, tremblements, sudation, anxiété ;
- Atteinte d'organes cibles: démarche, coordination, nystagmus, mouvements oculaires; stigmates d'hépatopathie;
- Examen complet.

Investiguer et suivre le patient par un bilan approprié.

- Formule sanguine complète (FSC), créatininémie, dosage des électrolytes et bilan hépatique;
- Dépistage des ITSS en fonction des facteurs de risque.

Énumérer les signes et symptômes de l'intoxication alcoolique et du sevrage alcoolique

Signes et symptômes de l'intoxication alcoolique.

- Sévérité selon le taux d'alcoolémie : D'abord perte de coordination, changement de l'humeur, désinhibition.
- Par la suite, changements neurologiques plus marqués : augmentation du temps de réaction, ataxie, amnésie, No, Vo, dysarthrie, incontinence urinaire.
- Peut progresser vers le coma éthylique et l'hypothermie, surtout si grande quantité d'alcool ingérée rapidement chez patients sans tolérance (autour de 400-800mg%).
- Le niveau d'alcoolémie auxquels les signes d'intoxication surviennent dépend de la tolérance du patient. (Source : ASAM)

Signes et symptômes du sevrage alcoolique.

- Symptômes : Anxiété, insomnie, anorexie, nausées, vomissements et diarrhées, céphalées, rechercher les symptômes de complications de sevrage : hallucinations, confusion, convulsions
- Signes : Tachycardie, HTA, hyperthermie, hyperréflexie, sueurs, tremblements fins des extrémités (6-8 cycles par sec).
- Sévérité des signes et symptômes varie grandement d'un individu à l'autre.
- Évolution naturelle : Début des symptômes 6-24h après dernière consommation ou après une diminution marquée de la consommation. Chez la majorité, les symptômes sont légers à modérés et durent 1-2 jours.

Démontrer une connaissance des signes cliniques, des facteurs de risques et du traitement du syndrome de Wernicke-Korsakoff

Critères diagnostics (Caine) : deux parmi les suivants doivent être présents :

1. Dénutrition
2. Anomalie oculomotrice (nystagmus/parésie)
3. Atteinte cérébelleuse
4. Atteinte cognitive aigue

Traitement : Thiamine IV, habituellement 500mg BID pendant minimum 72h ou selon évolution des symptômes.

Source : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC486695/pdf/jnnpsyc00001-0059.pdf>

Démontrer une connaissance de la pathologie, des signes cliniques et du traitement du delirium tremens

Démontrer une connaissance de la pathologie, des signes cliniques et du traitement du delirium tremens (DT).

- Présentation de délirium (diminution de l'attention, désorientation, tr. perceptuels) qui s'accompagne d'une "tempête autonome" où les symptômes de sevrage sont sévères (hypertension importante, tremblement, sueurs).
- Delirium tremens apparait typiquement 72-96h après la dernière consommation
- Les patients peuvent également présenter des sx de delirium en l'absence de tempête autonome, on parle alors plutôt de delirium dû au sevrage d'alcool

- Traitement: benzodiazépine (diazepam) le plus souvent IV. Nécessite souvent hautes doses. Réhydratation IV au besoin. Surveillance rapprochée. En cas d'agitation importante malgré benzodiazépines, antipsychotiques. (Source : ASAM)

Savoir offrir un traitement de sevrage approprié

Principe de base

Assurer la stabilité clinique et encourager le traitement à plus long terme du TU.

Indications d'un sevrage sous surveillance médicale

- Antécédents de complications de sevrage majeures : convulsions, délirium, hallucinose, Wernicke
- Présence d'une condition médicale associée
- Présence de symptômes de sevrage marqués à l'examen : FC >120, TAd >100, etc.
- Convulsion récente, delirium
- Nécessité de doses importantes de médication lors de sevrages précédents
- Âge, autonomie, isolement
- « Cerveau fragilisé », troubles cognitifs
- Quantités d'alcool très élevées
- Usage continu vs discontinu, symptômes de sevrage significatifs au lever

Critères d'hospitalisation

Pour les patients avec antécédents de complications de sevrage ou facteurs prédicteurs de sevrage compliqué ou sévère.

Tx pharmacologique = benzodiazépine en raison de la tolérance croisée et action similaire sur récepteurs GABA.

Indications, posologie et contre-indications des benzodiazépines dans le traitement du sevrage alcoolique

- Benzodiazépines employées en raison de la tolérance croisée et action similaire sur récepteurs GABA.
- Choix de la benzodiazépine: utilisation en général d'une molécule à longue demi-vie (diazepam 5mg). Intermédiaire (lorazepam 1mg) ou courte (oxazepam 15mg) utilisée si: âgé, MPOC, insuffisance rénale, insuffisance hépatique.
- Dose selon âge, état de santé, autres médicaments du patient, sévérité des symptômes de sevrage rapportés par le patient. Maximum 8mg de lorazepam ou l'équivalent (diazepam 40mg, oxazepam 120mg) en ambulatoire.
- Utilisation de doses de charge en milieu médical.

Réplétion des déficits vitaminique

Thiamine, pyridoxine, acide folique, multivitamines.

Traitements adjuvants

Anticonvulsivants, antipsychotiques, bêta-bloqueurs pour certains cas particuliers. (Source : ASAM)

*Connaître les options thérapeutiques pour conserver la sobriété.***Naltrexone (Revia®)**

- Couverture RAMQ : sur la liste
- Contre-indications :
 - Prise régulière opioïdes (risque sevrage provoqué, faire dépistage urinaire)
 - Non étudié en grossesse
 - Hépatopathie n'est pas C-I formelle, mais faire bilan hépatique de base avant d'initier
- Posologie : 25 mg PO DIE x 3-4 jours puis 50mg PO DIE;
 - Peut augmenter q4 semaines jusqu'à 100-150mg selon la réponse et la tolérance
- Excrétion : hépatique
- Effets secondaires : céphalées, nausées, lipothymies, insomnie/hypersomnie, anxiété Monitoring : bilan hépatique à 3-4 semaines

Acamprosate (Campral®)

- Couverture RAMQ : médicament d'exception
 - Maintien abstinence ≥ 5 jours
 - Participation à un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence d'alcool
- Contre-indications :
 - Grossesse
 - CICr < 30 cc/min
- Posologie : 333mg/co, 2co PO TID
 - 1 co PO TID si CICr < 50 cc/min
- Excrétion: rénale
- Effets secondaires: diarrhées

Annexe 3 : Connaissances spécifiques au TU benzodiazépines

préparé par Martin Potter, MD, M.Sc.

Les benzodiazépines sont des médicaments représentant la classe d'anxiolytiques. La benzodiazépine potentialise et renforce la liaison de GABA sur les récepteurs GABA, augmentant l'effet inhibiteur de GABA sur l'activité du système nerveux central. Lors de leur découverte, leurs potentiels d'abus et de dépendance étaient sous-estimés.

Ils peuvent être classés soit par la présence ou non de métabolites actifs, ou par leur durée d'action. Ci-dessous, 2 tableaux classant chaque benzodiazépine.

Tableau 1. Classification des benzodiazépines selon leurs métabolites

Métabolites actifs	Métabolites peu actifs	Métabolites inactifs
chlordiazepoxide	alprazolam	Lorazepam
diazepam	triazolam	Oxazepam
flurazepam		
flunitrazepam		
clorazepate		

Tableau 2. Classification des benzodiazépines selon durée d'action et puissance.

Médicament	Dose orale équivalente (mg)	Demi-vie (hrs)
Courte durée d'action et moins puissant		
Oxazepam (serax)	30	4-15
Temazepam (restoril)	60	5-15
Courte durée d'action et plus puissant		
Alprazolam (xanax)	1	6-25
Lorazepam (ativan)	2	12-16
Triazolam (Halcion)	1	1-3
Bromazepam (Lectopam)	6	12-20
Longue durée d'action et moins puissant		
Chlordiazepoxide (librium)	25	5-30
Diazepam (valium)	10	20-80
Flurazepam (dalmane)	60	
Longue durée d'action et plus puissant		
Clonazepam (rivotril)	1	22-54
Flunitrazepam (rohypnol)	2	20-30

Discuter des indications et contre-indications de l'ordonnance de benzodiazépines

L'usage de benzodiazépines ne cesse de croître et se chiffre à 3.4% de la population canadienne⁴⁻⁶. L'indication de prescrire des benzodiazépines se limite habituellement pour des conditions spécifiques telle, épilepsie, insomnie⁷ et pour des symptômes d'anxiété.

Lorsqu'un individu utilise des benzodiazépines, l'indication de la prescription devrait être claire, et l'utilisation devrait être pour une courte période^{8,9}. Le choix de benzodiazépine est important car le potentiel d'abus est plus élevé chez les personnes qui utilisent les benzodiazépines à courte action¹⁰. De plus, une benzodiazépine à courte action, telle qu'alprazolam (Xanax) est associée avec un plus grand risque de surdose et de mortalité^{11,12}. Une étude canadienne a démontré que les femmes étaient de plus grands consommateurs de benzodiazépine; de plus, les consommateurs de benzodiazépines étaient plus souvent des fumeurs et étaient des non-anglophones (francophones surtout)¹³.

L'indication d'une utilisation à long-terme de benzodiazépines est peu supportée par la littérature⁶. Le facteur qui est le plus associé avec une utilisation à long-terme de benzodiazépines est le fait d'avoir déjà reçu des benzodiazépines^{13,14}. De plus, une fois qu'une personne débute des benzodiazépines, il est difficile pour eux de cesser, et de vouloir cesser de prendre des benzodiazépines^{15,16}.

L'utilisation de benzodiazépines mène à une diminution d'anxiété, une relaxation musculaire et une somnolence. Lorsqu'utilisée pour l'induction de sommeil, la période de latence est diminuée; par contre, avec l'usage continue, l'effet sur le sommeil devient de moins en moins efficace.

Lorsqu'utilisées à dose supra-thérapeutique, les benzodiazépines sont associées avec un excès de somnolence, mais rarement des décès, sauf si en combinaison avec un autre déprimeur du système nerveux central, tel alcool ou un barbiturique.

L'utilisation à long-terme de benzodiazépines peut être associée avec des risques de chutes, démence et troubles cognitifs, surtout chez les personnes âgées¹⁷⁻¹⁹. Chez les personnes âgées, l'usage de benzodiazépines est associé à un risque plus élevé de chutes et fractures de hanche²⁰⁻²². De plus, les risques d'accidents de voitures étaient aussi plus élevés chez cette population.²³

Connaître les principes d'une prescription sécuritaire de benzodiazépines.

La meilleure option pour éviter une dépendance aux benzodiazépines, est de ne pas prescrire une benzodiazépine^{24,25}. Pour des troubles de sommeil ou d'anxiété, il y a des thérapies non-pharmacologiques qui ont des preuves de leur efficacité (thérapies comportementales, et /ou psychologiques). Par contre, si une prescription de benzodiazépines est jugée nécessaire, émettre des prescriptions de courtes durées (1-2 semaines) devrait être privilégiée²⁴.

Différencier le mésusage des benzodiazépines du trouble d'usage des benzodiazépines

Se référer à l'annexe I (critères diagnostiques du DSM-V).

Établir un plan de sevrage approprié des benzodiazépines

La survenue des symptômes de sevrage varie selon la demi-vie des benzodiazépines; plus la demi-vie est courte, plus tôt après la dernière prise de la benzodiazépine les symptômes vont survenir. Les symptômes de sevrage sont l'anxiété de rebond, l'insomnie, les tremblements et plus rarement, les convulsions; ces derniers surviennent surtout chez ceux qui abusent aussi de l'alcool. Les symptômes peuvent perdurer pour plusieurs semaines.

Le sevrage des benzodiazépines est souvent difficile, et les patients ne sont pas toujours réceptifs à l'idée de cesser leur usage. Si le patient n'est pas prêt d'arrêter ou est seulement en phase de contemplation, les entrevues motivationnelles peuvent les aider à cheminer. Dans l'éventualité où la personne soit prête à se sevrer des benzodiazépines, il se pourrait que l'arrêt complet ne soit pas possible, et pour les populations à bas risque, il se peut qu'un maintien à la plus petite dose possible soit la seule option.²⁴

Pour un sevrage des benzodiazépines, il existe différentes options thérapeutiques, notamment, le sevrage graduel du dosage des benzodiazépines, le phénobarbital, et l'utilisation d'anticonvulsivant comme traitement de substitution. Ces 2 derniers ont moins de littérature qui démontre clairement son avantage dans le sevrage de benzodiazépine, et donc ne seront pas vraiment abordés.

L'option la plus commune est le sevrage graduel des benzodiazépines. Premièrement, si la benzodiazépine en question a une courte demi-vie, elle devrait être substituée pour une benzodiazépine ayant une plus longue demi-vie.²⁶⁻²⁸ La diminution de la dose peut se faire de différentes façons, mais peu importe le taux de diminution optée, les derniers 25% seront les doses les plus difficiles à sevrer.²⁹ Pour les cas les plus sévères, avec des doses de benzodiazépines très élevées, dans un contexte de polypharmacie, ou dans les cas de comorbidités associées, l'option d'un sevrage intra-hospitalier devrait être envisagé.

Références

4. Kassam A, Patten SB. Hypnotic use in a population-based sample of over thirty-five thousand interviewed Canadians. *Popul Health Metr.* 2006;4:15.
5. Islam MM, Conigrave KM, Day CA, Nguyen Y, Haber PS. Twenty-year trends in benzodiazepine dispensing in the Australian population. *Intern Med J.* 2014;44(1):57-64.
6. Lader M. Benzodiazepines revisited--will we ever learn? *Addiction.* 2011;106(12):2086-2109.
7. van Rijswijk E, Borghuis M, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2007;45(1):23-29.
8. Nelson J, Chouinard G. Guidelines for the clinical use of benzodiazepines: pharmacokinetics, dependency, rebound and withdrawal. Canadian Society for Clinical Pharmacology. *Can J Clin Pharmacol.* 1999;6(2):69-83.
9. Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs.* 1994;48(1):25-40.
10. Griffiths RR, Wolf B. Relative abuse liability of different benzodiazepines in drug abusers. *J Clin Psychopharmacol.* 1990;10(4):237-243.

11. Isbister GK, O'Regan L, Sibbritt D, Whyte IM. Alprazolam is relatively more toxic than other benzodiazepines in overdose. *Br J Clin Pharmacol.* 2004;58(1):88-95.
12. Rintoul AC, Dobbin MD, Nielsen S, Degenhardt L, Drummer OH. Recent increase in detection of alprazolam in Victorian heroin-related deaths. *Med J Aust.* 2013;198(4):206-209.
13. Neutel CI. The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *Int Rev Psychiatry.* 2005;17(3):189-197.
14. van Hulten R, Isacson D, Bakker A, Leufkens HG. Comparing patterns of long-term benzodiazepine use between a Dutch and a Swedish community. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2003;12(1):49-53.
15. Ten Wolde GB, Dijkstra A, Van Empelen P, Knuistingh Neven A, Zitman FG. Psychological determinants of the intention to educate patients about benzodiazepines. *Pharm World Sci.* 2008;30(4):336-342.
16. Linden M, Bar T, Geiselman B. Patient treatment insistence and medication craving in long-term low-dosage benzodiazepine prescriptions. *Psychol Med.* 1998;28(3):721-729.
17. Billioti de Gage S, Begaud B, Bazin F, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ.* 2012;345:e6231.
18. Pariente A, Dartigues JF, Benichou J, Letenneur L, Moore N, Fourrier-Reglat A. Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. *Drugs Aging.* 2008;25(1):61-70.
19. Ballokova A, Peel NM, Fialova D, Scott IA, Gray LC, Hubbard RE. Use of benzodiazepines and association with falls in older people admitted to hospital: a prospective cohort study. *Drugs Aging.* 2014;31(4):299-310.
20. Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, et al. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: who is at greatest risk? *Arch Intern Med.* 2004;164(14):1567-1572.
21. Bartlett G, Abrahamowicz M, Grad R, Sylvestre MP, Tamblyn R. Association between risk factors for injurious falls and new benzodiazepine prescribing in elderly persons. *BMC Fam Pract.* 2009;10:1.
22. Ray WA, Griffin MR, Downey W. Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. *JAMA.* 1989;262(23):3303-3307.
23. Ray WA, Fought RL, Decker MD. Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers. *Am J Epidemiol.* 1992;136(7):873-883.
24. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr.* 2015;38(5):152-155.
25. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia: family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. *Can Fam Physician.* 2010;56(11):e398-406.
26. Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ, et al. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2003;182:498-504.
27. Sullivan JT, Sellers EM. Detoxification for triazolam physical dependence. *J Clin Psychopharmacol.* 1992;12(2):124-127.
28. Liebreuz M, Boesch L, Stohler R, Caflisch C. Agonist substitution--a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? *Addiction.* 2010;105(11):1870-1874.
29. Schweizer E, Rickels K, Case WG, Greenblatt DJ. Long-term therapeutic use of benzodiazepines. II. Effects of gradual taper. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47(10):908-915.

Annexe 4 : Connaissances spécifiques au TU opioïdes

préparé par Marie-Ève Goyer, MD, M.Sc.

Connaître les principales molécules opioïdes prescrites ou illicites utilisés par les consommateurs

Le terme opioïde réfère aux substances naturelles et synthétiques qui agissent via l'un des 3 récepteurs principaux pour les opioïdes dans le système nerveux central (mu, kappa, delta) alors que le terme opioïdes fait plus spécifiquement référence aux substances dérivées directement de l'opium (*papaver somniferum*). Les opioïdes peuvent avoir un effet analgésique et un effet dépressur sur le système nerveux central en plus d'avoir le potentiel d'indure de l'euphorie. L'héroïne a longtemps été connue comme le principal opioïde utilisé illégalement de façon récréative, puisque l'opium est très peu utilisé au Canada. Toutefois, même les opioïdes prescrits à des fins médicales peuvent parfois entraîner du mésusage ou de la dépendance chez certains patients, et leur utilisation à des fins récréatives dépassent maintenant celle de l'héroïne dans plusieurs milieux. Ces médicaments peuvent donc aussi se trouver sur le marché noir et ont le potentiel d'être injectés. À cet effet, il importe que le résident en médecine familiale soit habileté tant à bien évaluer et prendre en charge la douleur chronique afin de prescrire adéquatement les opioïdes médicamenteux et d'en éviter le mésusage, mais aussi à prendre en charge les patients qui se présentent avec un trouble lié à l'usage des opioïdes.

Classification des opioïdes

Quand ils sont produits directement par le corps humain, les opioïdes sont dit endogènes, sinon, ils sont divisés en opioïdes naturels (i.e. dérivés directement de l'opium), semi-synthétiques et synthétiques. Voir tableau (Source : UptoDate version 18.0)

Naturels = Opioïdes : dérivés de l'opium <ul style="list-style-type: none"> ▪ Morphine <ul style="list-style-type: none"> ○ (Statex, MS Contin, MElson, Kadian) ▪ Codéine 	Synthétiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Méthadone ▪ Buprénorphine ▪ Meperidine <ul style="list-style-type: none"> ○ (démérol) ▪ Fentanyl <ul style="list-style-type: none"> ○ (duragésic) ▪ Tramadol <ul style="list-style-type: none"> ○ (Ultram, Zytram, Ralivia, Tridural, Durela)
Semi-synthétiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hydromorphe <ul style="list-style-type: none"> ○ (dilaudid, hydromorphe Contin) ▪ Oxycodone <ul style="list-style-type: none"> ○ (supeudol, OxyContin) ▪ Héroïne 	Endogènes <ul style="list-style-type: none"> ▪ endorphines ▪ enkephalines

Les opioïdes peuvent être classifiés en fonction de leur potentiel d'activité sur le récepteur mu

Agonistes purs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Héroïne ▪ Méthadone ▪ Oxycodone
Agonistes partiels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buprénorphine
Antagonistes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Naloxone

En savoir plus sur l'héroïne (diacétylmorphine)

- Autres noms : smack, speedball (lorsque mélangée avec de la cocaïne)
- Apparence : poudre blanche, beige ou brune
- Voie de consommation : iv, fumée (chasing the dragon), prise
- Unité de mesure : en points (1 point = 0.1 g). Un grand consommateur peut consommer jusqu'à 5-10 points die
- Effets recherchés : lorsque injectée, l'effet immédiat de l'héroïne est de type orgasmique. C'est le *rush*. Il est suivi d'une sensation d'euphorie et de somnolence.
- Effets indésirables :
 - liés à la substance : nausées, vertiges, somnolence, dépression respiratoire
 - liés à l'injection : VIH, VHC, infection des tissus mous, endocardite, phlébites.
- Demi-vie : 30 minutes
- Début de l'effet : l'héroïne est plus liposoluble que les autres opioïdes, ce qui lui permet de traverser rapidement la barrière hémato-encéphalique (en 15-20 secondes) et ainsi atteindre rapidement de hautes concentrations dans le SNC
- Durée de l'effet : 4-5 h
- Syndrome de sevrage : idem à tous les opioïdes, cf section sevrage
- Toxidrome (surdose) : idem à tous les opioïdes, cf section intoxication
- Complications de l'usage chronique : idem à tous les opioïdes. Par exemple constipation, hypogonadisme, prurit, etc.
- Traitement : idem à tous les opioïdes, i.e. soit désintoxication ou traitement assisté par la méthadone ou la buprénorphine/naloxone à long terme

http://www.toxquebec.com/livre_drogues2/index4.htm

Uptodate, version 18.0

Énumérer les indications d'utilisation des opioïdes en douleur chronique non cancéreuse (DCNC) et les situer au sein des algorithmes de traitements de la DCNC actuels

Se référer aux lignes directrices les plus à jour du CMQ et canadiennes :

- CMQ: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-05-01-fr-douleur-chronique-et-opioides.pdf>
- Canada: <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/>

Décrire les risques des opioïdes afin d'identifier à l'avance les patients avec potentiel de développer des complications dont la dépendance

Épidémiologie

Le Canada est désormais le plus grand consommateur d'opioïdes au monde^{1,2} et au Québec, le nombre de décès attribuables à un **surdosage** d'opioïdes augmente

constamment depuis le début des années 2000³. Parallèlement à cela, les cliniciens voient croître le nombre de patients qui font un **mésusage** de ces médicaments, c'est-à-dire une utilisation à des fins autres que celle pour laquelle ils sont généralement prescrits, ce qui inclut l'obtention de médicaments de sources illégitimes et les habitudes de consommation à risque⁴.

De fait au Canada, au cours de la dernière décennie, l'injection de médicaments opioïdes destinés à un usage oral a augmenté en popularité. Selon les données recueillies en 2010-2012, l'hydromorphone, la morphine et l'oxycodone occupaient respectivement la 2e, 3e et 4e position des drogues injectées les plus rapportées au pays⁵. Les médicaments opioïdes devançaient l'héroïne.

À Montréal, la cocaïne demeure la drogue la plus injectée (78 %) et les médicaments opioïdes (MO) suivent de très près (58 %). La proportion de personnes s'étant injectées des médicaments opioïdes dans les derniers six mois est en hausse depuis la dernière décennie à Montréal. De plus, l'injection de médicaments opioïdes est de plus en plus fréquente, surtout chez les jeunes de moins de 24 ans⁶.

Source:

1. Opioid Consumption Maps — Morphine, mg/capita, 2013. <https://ppsg.medicine.wisc.edu/>
2. Fischer B, Jones W, Rehm J. Trends and changes in prescription opioid analgesic dispensing in Canada 2005-2012: an update with a focus on recent intervention. *BMC Health Services Research* 2014, 14: 90.
3. INSPQ. Décès attribuables à une intoxication par opioïde au Québec, 2000 à 2009 : mise à jour 2010-2012. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1945_Deces_Intoxication_Opiodes_2010-2012.pdf
4. INSPQ. INSPQ. Décès attribuables à une intoxication par opioïde au Québec, 2000 à 2009. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1738_DecesAttribIntoxOpiodesQc_2000-2009.pdf
5. Agence de la santé publique du Canada (2014). Résumé des résultats clés de la phase 3 du système I-Track (2010 à 2012).
6. Leclerc, P., Morissette, C., Tremblay, C. et Roy, E. (2013). Le volet montréalais du réseau SurvUDI. Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Connaître les outils de dépistage de la dépendance aux opioïdes

Évaluation du risque de dépendance aux opioïdes à effectuer avant la prescription d'opioïdes médicamenteux (outil de dépistage)

Outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes pour le clinicien		
(comprend des valeurs ponctuelles pour déterminer le score total)		
Cocher chaque case qui s'applique		
1. Antécédents familiaux d'abus de drogue :	Femme	Homme
Alcool	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
Drogues illégales	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Médicaments d'ordonnance	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
2. Antécédents personnels d'abus de drogues :		
Alcool	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Drogues illégales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Médicaments d'ordonnance	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
3. Âge (cocher la case si âgé de 16 à 45 ans)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
4. Antécédents d'abus sexuel à la préadolescence	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
5. Maladie mentale		
Trouble déficitaire de l'attention, trouble obsessionnel compulsif, maladie bipolaire, schizophrénie	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Dépression	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Score total :		
On peut placer le patient dans l'une des trois catégories de risque de dépendance aux opioïdes		
Faible risque = 0 – 3 points		
Risque moyen = 4 – 7 points		
Risque élevé = 8 points et plus		

Source : Douleur chronique et opioïdes: l'essentiel. Lignes directrices du CMQ. Mai 2009
<http://www.cmq.org/fr/medias/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~/media/Files/Lignes/Lignes%20doul%20chronique%202009.pdf?91425>

Se référer au numéro de novembre 2016 du Médecin du Québec :

<http://lemedecinquebec.org/archives/2016/11/>

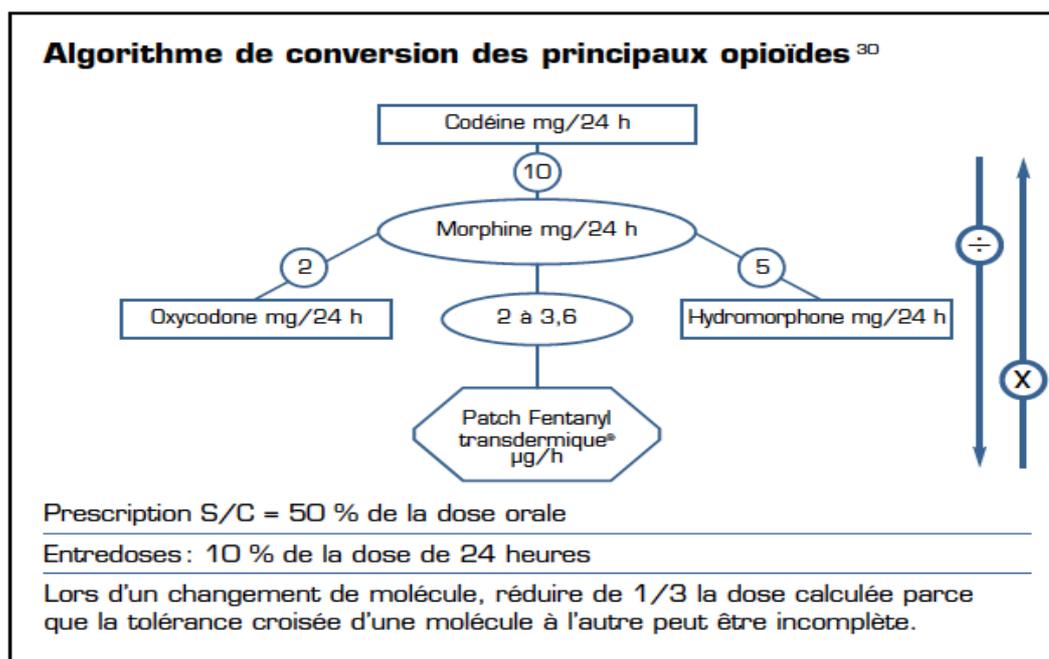
- Dépistage des risques de mésusage et de dépendance lors de la prescription d'opioïdes médicamenteux

Savoir effectuer une prescription judicieuse d'opioïdes et encadrer la prescription afin de limiter les risques;

Il est essentiel de connaître les équivalences posologiques des différents opioïdes.

ÉQUIVALENCES POSOLOGIQUES			
Médicament	Dose orale (mg)	Proportion approximative	Dose SC (mg)
Codéine	200	50	120
Morphine	20	5	10
Oxycodone	10	2	Non disponible
Hydromorphone	4	1	2
Fentanyl TD* 25 mcg / h *Timbre transdermique (TD)	Morphine 50 mg PO / 24 h	Pour faciliter le calcul $\frac{1}{2}$ = $\frac{2}{1}$ fentanyl = morphine PO	Morphine 25 mg SC / 24 h
Équivalences - voies d'administration		Exemples	
<ul style="list-style-type: none"> • Dose sous-cutanée = $\frac{\text{dose per os}}{2}$ • Dose per os = dose sous-cutanée X 2 • Dose rectale = dose orale 		<ul style="list-style-type: none"> 40 mg per os = 20 mg sous-cutanée 15mg sous-cutanée = 30 mg per os 	

Tiré du mini-guide palli-science 2016 : <http://palliscience.com/sites/default/files/protocoles/miniguide.pdf>



Source : Douleur chronique et opioïdes: l'essentiel. Lignes directrices du CMQ. Mai 2009
<http://www.cmq.org/fr/medias/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~/media/Files/Lignes/Lignes%20doul%20chronique%202009.pdf?91425>

Se référer au numéro de novembre 2016 du Médecin du Québec :

<http://lemedecinquebec.org/archives/2016/11/>

- Encadrement de la prescription d'opioïdes médicamenteux

Connaître les effets secondaires des opioïdes pouvant mener à un échec de traitement

Effets secondaires et complications des opioïdes	
<p>Constipation induite par les opioïdes (CIO) 26%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peut survenir avec une seule dose. Pas de dose effet direct. - Plus fréquent avec la morphine et avec la voie orale que transdermique. - Pas d'atténuation avec le temps. - Traiter en prophylaxie et d'optimiser les saines habitudes de vie; - Traiter si 30 points et plus sur le Bowel Function Index (BFI) (Voir boîte à outils) - Inscrire le code d'exception de la RAMQ GI28
<p>Nausée 28% et vomissement 15%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peut survenir dès la première dose et s'estompe avec le temps, généralement après 5 à 7 jours de traitement continu. Peuvent malgré tout récidiver et être persistants. - Aucune donnée ne semble cibler une molécule ou une voie d'administration en particulier bien que des sensibilités individuelles existent.
<p>Effets cognitifs et sédatifs 24% Jusqu'à 62% pour les thérapies à long terme (3 mois et plus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Effet secondaire pour lequel les patients rapportent le plus souvent un arrêt des opioïdes. - L'hydromorphone et la morphine semblent provoquer le plus de trouble cognitif et psychomoteur. - S'estompe avec le temps en quelques jours ou semaines, mais peuvent aussi persister. - Il est conseillé de réduire les doses et de faire une rotation d'opioïdes.
<p>Vertige ou étourdissement 18%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pour diminuer l'effet secondaire, il est conseillé de réduire les doses et de privilégier les formes longue action.
<p>Prurit et peau sèche 15%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de données disponibles
<p>Dépression respiratoire - Apnée obstructive du sommeil (15 à 57%) - Apnée centrale du sommeil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire attention aux interactions, notamment avec les benzodiazépines et l'alcool - Titrer plus lentement chez patients avec atteintes respiratoires connues.

- Hypoxémie nocturne et hypoventilation (10%)	
Hypogonadisme provoqué	<ul style="list-style-type: none"> - Effet moindre avec le tramadol - Toucherait 75 à 100% des hommes et 21 à 84% des femmes prenant depuis au moins 4 semaines 100mg d'équivalent morphine et plus par jour. - Il est suggéré de réévaluer la dose prescrite ou de faire une rotation d'opioïdes avant de prescrire de la testostérone.⁷
Hyperalgésie aux opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> - Tenter une diminution des doses pour poser le diagnostic et traiter la cause. - Faire rotation à la méthadone ou buprénorphine et avoir recours à des adjuvants. - Pas de consensus dans la littérature d'une dose à laquelle l'hyperalgésie se manifeste, mais pourrait être possible avec de petites doses.

Tiré du numéro de novembre 2016 du Médecin du Québec (à paraître)

Évaluer l'effet des opioïdes sur la douleur et la fonctionnalité du patient

Se référer aux lignes directrices les plus à jour du CMQ et canadiennes :

- CMQ: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-l-2009-05-01-fr-douleur-chronique-et-opioides.pdf>
- Canada: <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/>

Reconnaître le mésusage des opioïdes

Discuter du mésusage des opioïdes dans un esprit de respect et de collaboration avec le patient

Signaux d'alarme d'un TU opioïdes en installation

- Modification de la voie d'administration
- Multiples sources d'approvisionnement
- Augmentation des doses
- Recherche de médicaments:
 - Perte d'ordonnance
 - Renouèlements précoces
 - Insistance auprès du personnel
 - Rien d'autre ne fonctionne
- Autres dépendances concomitantes
- Détérioration de la condition ou du fonctionnement
- Inquiétudes de l'entourage
- Forte opposition à une diminution des doses ou à un changement d'opioïde
- Préférence marquée pour les médicaments à action brève

Tiré des guides «Canadian guidelines for safe and effective use of opioïdes for chronic non-cancer pain» et «Douleur chronique et opioïdes: l'essentiel. Lignes directrices du CMQ»

Réaliser un sevrage sécuritaire et confortable des opioïdes, dans le respect du patient

Accompagner le patient dans son sevrage des opioïdes en reconnaissant l'importance d'un cadre clair et cohérent

Utiliser différents outils pratiques permettant le suivi du sevrage ou l'encadrement d'un patient qui a des comportements inappropriés

Désamorcer la tension liée à l'inquiétude, à la colère et au désarroi des patients pour lesquels la prescription d'opioïde n'est pas indiquée ainsi que pour les patients chez qui un sevrage des opioïdes est envisagé

Maintenir le rôle et le lien thérapeutique avec le patient à travers le processus de sevrage des opioïdes

Se référer **au numéro de novembre 2016 du Médecin du Québec :**

<http://lemedecinquebec.org/archives/2016/11/>

- Comment effectuer le sevrage des opioïdes médicamenteux

La règle d'or, c'est de minimiser les symptômes de sevrage. C'est donc le patient qui contrôle le rythme de son sevrage, qui va de 10 à 50% de diminution de la dose totale par semaine (Dowell et al., 2015). Débuter avec une diminution de 10% est généralement recommandé. Si les symptômes de sevrage se manifestent, prendre une pause ou même augmenter la dose est tout à fait acceptable (National Opioid Use Guideline Group (NOUGG), 2010). Le sevrage pourra être repris par la suite. Quand les doses deviennent de plus en plus faibles, les impacts de chaque diminution peuvent se faire sentir plus fortement : il faudra donc diminuer la vitesse du sevrage en fin de course. Enfin, on conserve le même nombre de prises quotidiennes le plus longtemps possible (Dowell et al., 2015).

Il est important d'aviser le patient qu'au fur et à mesure que le sevrage progresse, sa tolérance aux opioïdes diminue. La reprise subite de sa dose initiale pourrait résulter en une surdose (Dowell et al., 2015).

Le sevrage peut donc durer de quelques semaines à plusieurs mois. Certaines personnes auront des diminutions hebdomadaires plus petites : les patients anxieux, ceux qui ont des comorbidités cardio-respiratoires, une dépendance psychologique ou tout simplement ceux qui le désirent préféreront un sevrage sur une plus longue période (NOUGG), 2010).

L'anxiété et la dépression sont aussi des comorbidités sous-jacentes fréquentes qui se doivent d'être traitées adéquatement pour que le sevrage se déroule bien. (NOUGG 2010) Par contre, les benzodiazépines, qui ont un haut potentiel de dépendance et des effets secondaires importants, comme l'apnée du sommeil, sont à proscrire.

Enfin, si les opioïdes ont été prescrits au départ, c'est qu'il y avait certainement la présence d'une composante de douleur, aigüe ou chronique. Il faut donc garder en tête l'importance de maximiser parallèlement le traitement de cette douleur sous-jacente. (NOUGG 2010)

Situations particulières (Guidelines CDC 2015)

- Si le sevrage est fait suite à une overdose, la priorité est de protéger le patient : il faut donc viser un sevrage plus rapide en 2 à 3 semaines.
- Le sevrage des opioïdes chez les femmes enceintes est associé à plusieurs risques pour le fœtus, dont l'avortement spontané. Il est préférable de référer ces patientes à un centre spécialisé.

Diagnostiquer un trouble lié à l'usage des opioïdes

Se référer à l'annexe I (critères diagnostiques du DSM-V).

*Reconnaître les symptômes d'une intoxication et d'un sevrage aux opioïdes***Intoxications aux opioïdes**

- Triade classique
 1. Dépression respiratoire
 2. Diminution état conscience
 3. Myosis
- Somnolence (*nodding*)
- Dépression respiratoire :
 - Diminution fréquence et l'amplitude respiratoire
 - Diminution de la réactivité à l'hypercapnie et à l'hypoxie
 - Interférence avec le réflexe de toux
 - Rigidité musculaire (fentanyl, le sufentanyl, le rémifentanyl)
 - Diminution du tonus au niveau des voies respiratoires supérieures
 - Hypothermie
 - Rhabdomyolyse si immobilisation prolongée
 - Œdème pulmonaire
 - Hypotension
 - Décès

Toxicités particulières de certains opioïdes en intoxication aiguë

- Fentanyl, l'oxycodone, la mépéridine, la méthadone, la dextrométhorphanne, le tramadol et la buprénorphine : syndrome sérotoninergique
- Méthadone : allongement du QTc
- Mépéridine (normépéridine): myoclonies, délirium, convulsions non renversées par l'administration de naloxone
- Tramadol: convulsions
- Plusieurs formulations contiennent de l'acétaminophène auquel il faut penser en intoxication aiguë. Le nomogramme de Rumack-Matthew n'est alors pas fiable.

Source :

<http://portails.inspq.qc.ca/toxicologieclinique/SharedFiles/Download.aspx?pageid=189&mid=250&fileid=296>

Sevrage aux opioïdes

- En aigu :
 - Débute de 6 – 24 heures post-dose
 - Atteint son paroxysme en 2-4 jours
 - **Sevrage pénible mais non risqué**
 - Majorité des signes physiques disparaissent dans les 7 premiers jours
- L'état de manque, les troubles du sommeil et de l'humeur persistent plusieurs semaines
- Un stimulus («cue») environnemental peut le déclencher

Syndrome de sevrage des opioïdes

Stade	Caractéristiques
Stade 1	Peur du sevrage, anxiété, <i>craving</i> ,
Stade 2	Insomnie, agitation, anxiété, bâillements, crampes abdominales, larmoiement, rhinorrhée, diaphorèse, mydriase
Stade 3	Vomissements, diarrhée, fièvre, frissons, spasmes musculaires, tremblements, tachycardie, pilo-érection, hypertension, convulsions chez les nouveau-nés

Adapté de UpToDate, février 2014

https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PEDS%2F78321&topicKey=EM%2F6505&source=outline_link&search=opioïd%20withdrawal&selectedTitle=3~129

Outils utilisés pour l'évaluation de la sévérité du sevrage : Échelle d'évaluation du sevrage (Clinical Opiate Withdrawal Scale-COWS)

L'échelle d'évaluation du sevrage (*Clinical Opiate Withdrawal Scale-COWS*) : le COWS est un outil qui permet de quantifier la sévérité du sevrage des opioïdes. Cette échelle est surtout utilisée chez des patients chez qui l'on souhaite débiter un traitement assisté par la buprénorphine/naloxone.

<p>1. Fréquence cardiaque au repos: _____ /min. Mesurer après plus d'une minute assis ou couché</p> <p>0 pouls 80 ou moins 1 pouls 81-100 2 pouls 101-120 4 pouls 121 ou plus</p>	<p>7. Inconfort gastro-intestinal: depuis les 30 dernières minutes</p> <p>0 absent 1 crampes abdominales 2 nausée ou selles molles 3 vomissements ou diarrhée 5 plusieurs épisodes de vomissements ou diarrhée</p>
<p>2. Sudation: évaluer depuis les 30 dernières minutes</p> <p>0 aucun frisson ou rougeur («flushing») 1 se plaint de frissons ou rougeurs 2 rougeur ou sudation évidente au visage 3 diaphorèse qui perle sur le front 4 sueurs qui coulent du visage</p>	<p>8. Tremblements: observer avec les bras étendus, doigts écartés</p> <p>0 absent 1 tremblements non visibles mais ressentis lors d'une pression sur le bout des doigts 2 tremblements légers 4 tremblements sévères ou spasmes musculaires</p>
<p>3. Agitation: observer durant l'évaluation</p> <p>0 capable de rester en place 1 activité normale quelque peu augmentée 3 un peu de difficulté à rester en place, agité, impatient 5 se balance d'avant en arrière durant l'entrevue ou fait sautiller ses jambes constamment</p>	<p>9. Bâillements: observer durant l'évaluation</p> <p>0 absent 1 1-2 bâillements durant l'évaluation 2 plus de 3 bâillements durant l'évaluation 4 plusieurs bâillements/minute</p>
<p>4. Pupilles</p> <p>0 grosseur normale à la lumière de la salle 1 possiblement plus grandes que la normale 2 dilatation modérée 5 dilatation sévère (l'iris n'est presque plus visible)</p>	<p>10. Angoisse ou irritabilité</p> <p>0 absent 1 se plaint d'angoisse ou d'irritabilité 2 angoisse ou irritabilité objectivable 4 patient si angoissé ou irritable que sa participation à l'évaluation est difficile</p>
<p>5. Douleur osseuse, arthralgie en tenant compte des douleurs liées au sevrage</p> <p>0 absent 1 inconfort diffus 2 se plaint de douleur diffuse sévère des muscles/ articulations 4 patient se frotte les articulations/muscles et est incapable de rester tranquille à cause de la douleur</p>	<p>11. Chair de poule</p> <p>0 peau lisse 3 piloérection est ressentie, on voit les poils des bras redressés 5 piloérection proéminente</p>
<p>6. Rhinorrhée ou larmolement: non causé par le rhume ou les allergies</p> <p>0 absent 1 congestion nasale, yeux humides 2 rhinorrhée ou larmolement 4 rhinorrhée constante ou larmes qui coulent sur les joues</p>	<p>Total: _____</p> <p>(somme des 11 points) Initiales de l'évaluateur:</p>

Échelle: 5-12=Faible; 13-24=Modéré; 25-36=Modérément sévère; >36= Sevrage sévère

Source: Traduit de l'anglais de Wesson, DR et Ling. Dans Journal of Psychoactive Drugs, 2003 Apr-Jun;35(2):253-9

Savoir utiliser la naloxone lors d'une intoxication sévère aux opioïdes (en milieu hospitalier);

Si dépendance aux opioïdes

- 0,04-0.05 mg iv q 2 à 3 minutes jusqu'à correction de la dépression respiratoire

Sujet non dépendant

- 0,1 à 0,4 mg iv q 2-3 min prn
- Durée d'action : 45 à 60 min
- Un autre diagnostic devrait être considéré en l'absence de réponse adéquate après administration de 10 mg de naloxone
- L'utilisation de naloxone chez le patient déjà intubé n'est pas recommandée.

Surveillance post naloxone

- Absence de signes cliniques de toxicité (respiration normale, saturation normale à l'air ambiant) **2 h après la dernière dose IV ou la fin de la perfusion.**
- Ad 4-6h?
- Sans administration d'oxygène afin de dépister précocement la réinstallation d'une dépression respiratoire
- Le patient doit être réévalué dans un milieu calme, alors que les stimuli sensoriels sont négligeables.
- Une observation minimale **de 9 heures** suivant l'ingestion de méthadone est donc nécessaire avant de conclure à l'absence de toxicité

Source :

<http://portails.inspq.qc.ca/toxicologieclinique/SharedFiles/Download.aspx?pageid=189&mid=250&fileid=296>

Savoir prescrire la naloxone à emporter chez un patient à risque de surdose

Se référer au document «Naloxone communautaire, 5 étapes pour sauver une vie», <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Montreal/9782550762560.pdf>

La naloxone, mieux connue sous le nom de Narcan^{md}, est l'antidote lors d'une intoxication aux opioïdes. Autrefois utilisée uniquement en milieu hospitalier, elle est maintenant disponible sans ordonnance en pharmacie communautaire et inscrite au formulaire de la RAMQ (elle est donc couverte lorsque prescrite). La naloxone actuellement remboursée se présente en solution injectable sous la forme d'une ampoule de 1ml (0,4 mg / ml), mais la formulation intra-nasale est aussi disponible.

En théorie, toute personne utilisant des opioïdes devrait se voir offrir une prescription de naloxone à emporter, que l'utilisation soit illicite ou telle que prescrit par un médecin. Cela devrait aussi inclure l'entourage des usagers d'opioïdes, puisque ce sont eux qui seront les témoins de la surdose.

En pratique, la naloxone devrait systématiquement être prescrite :

- A tous les utilisateurs d'opioïdes (prescrits ou illicites) qui ont déjà fait une surdose, intentionnelles ou non
- Aux patients souffrant de douleur chronique les plus à risque de surdose :
 - Maladie psychiatrique
 - Âge avancé
 - Apnée du sommeil
 - MPOC
 - Insuffisance rénale
 - Insuffisance hépatique

- Troubles neurologiques et neuromusculaires
- Trouble du sommeil
- Déficit cognitif
- Obésité
- Polypharmacie, notamment prise concomitante de dépresseurs du système nerveux central
- Consommation d'alcool
- Dépression
- Aux usagers d'opioïdes illicites ou intraveineux

La naloxone devrait être prescrite avec une trousse contenant les éléments qui en permettront l'injection. De plus, l'usager qui reçoit une prescription de naloxone devrait bénéficier d'une formation permettant son utilisation.

La formation devrait contenir les éléments suivants :

- reconnaissance des signes de surdoses aux opioïdes ;
- actions à faire en situation de surdose aux opioïdes ;
- actions à faire après l'administration de naloxone ;
- les considérations légales entourant liées à l'utilisation de la naloxone dans la communauté par un non professionnel ;
- les comportements et situations à risque et les stratégies qui permettent de les éviter.

Le médecin peut, s'il se sent habilité, former son patient à l'utilisation de naloxone. Sinon, il peut le référer vers les pharmacies communautaires qui offrent la formation ou des programmes tels PROFAN (<http://metadame.org/profan-formation-naloxone/>) , qui a pour mandat de former les usagers de drogues et leur entourage.

INTERVENTIONS EN CAS D'OVERDOSES (OD)

PRINCIPAUX
OPIOIDES

Dilaudid • Hydromorphy Contin • Héroïne • Morphine • Fentanyl
• OxyContin/oxycodone • Méthadone/suboxone • Codéine

La naloxone est un antidote aux opioïdes seulement

SIGNES
D'UNE OD



Ne répond pas
au bruit ou
au toucher



Respiration difficile
très lente
ou inexistante



Somnolence



Lèvres bleutées
tout des doigts bleutés



Pupilles en
pointe d'aiguille
(pinées)

AGIR EN
CAS D'UNE OD

5 ÉTAPES POUR SAUVER UNE VIE



Frotte tes jointures
au centre de la poitrine (sternum)
de la personne

Parle fort
et dis le nom de la personne



Appelle le 911
si la personne ne se réveille
pas et suis leurs instructions



Injecte la naloxone
dans le muscle de l'épaule ou de la cuisse

SIÈGES D'INJECTION DE LA NALOXONE

Comment utiliser la naloxone



1 Casse
l'ampoule



2 Aspire le
médicament

3 injecte la naloxone



Fais les compressions
thoraciques

Fais le bouche-à-bouche
avec le masque



Après 3 à 5 minutes : aucune amélioration ? La personne ne se réveille pas ?

Injecte la naloxone une deuxième fois

Continue les compressions thoraciques et le bouche-à-bouche jusqu'à l'arrivée des ambulanciers

Si tu dois quitter, mets la personne en position latérale



La personne se réveille ? **RASSURE-LA** et explique-lui ce qui vient de se passer.

TROUSSE



Conservation de la naloxone :
Pas de lumière directe
Date d'expiration à vérifier

Québec

Prescrire un traitement assisté par la méthadone ou la buprénorphine/naloxone lorsqu'indiqué

Se référer au numéro de novembre 2016 du Médecin du Québec :

<http://lemedecinquebec.org/archives/2016/11/>

Une fois que le diagnostic de trouble de l'usage des opiacés a été effectué, l'étape suivante est de choisir, conjointement avec le patient, la modalité de traitement souhaitée. Le traitement devrait inclure un suivi psychosocial lorsque disponible. Les modalités de traitement possibles incluent la **désintoxication** (i.e. la gestion d'un sevrage des opioïdes jusqu'à l'arrêt complet de ceux-ci), le traitement assisté par la méthadone ou la buprénorphine/naloxone à long terme (aussi appelé **traitement de maintien**) et la **prévention de la rechute** via la prescription de naloxone (seule la version orale est disponible actuellement au Canada, mais plusieurs pays disposent de naloxone injectable longue action). La littérature démontre que le traitement assisté par la méthadone et la buprénorphine/naloxone à long terme est supérieur à la désintoxication. La désintoxication, lorsqu'effectuée seule, est associée à des taux élevés de rechute, d'infection par le VIH et de mort par overdose.

Désintoxication

Deux stratégies de désintoxication existent : soit un traitement symptomatique des symptômes de sevrage, soit une désintoxication via la prescription de doses décroissantes d'opioïdes. L'utilisation de doses décroissantes d'opioïdes lors d'une désintoxication a été démontrée supérieure à l'utilisation de clonidine (traitement symptomatique) en terme de rétention en traitement et d'abstinence. Tel que mentionné précédemment, bien que la désintoxication ne soit pas l'approche à favoriser, lorsqu'elle est tout de même choisie par le patient malgré un counselling adéquat sur les meilleures options disponibles, il est alors recommandé d'effectuer la désintoxication sur une longue période, avec des agonistes des opioïdes (méthadone et buprénorphine/naloxone) et en faisant bénéficier le patient d'un traitement à long terme de sa dépendance (*le terme «traitement de dépendance à long-terme» désigne la prise en charge continue d'un trouble de l'usage d'opioïdes par un prestataire de soins expérimenté, ce qui peut comprendre un traitement pharmacologique (traitement avec un agoniste ou antagoniste opioïde), des interventions psychosociales, un traitement résidentiel ou une combinaison de ces traitements*).

▪ **Traitement symptomatique qui comprend habituellement :**

- Clonidine: 0.1 bid-tid, dose max 1.2 mg die
- Benzodiazépines: si anxiété, insomnie
- Lopéramide: si diarrhées
- Acétaminophène, AINS: si douleur, myalgie
- Dimenhhydrinate ou ondansétron: si nausées

▪ **Traitement vec des opioïdes à doses décroissantes**

- Avec un opioïde courte action
- **Avec la méthadone ou la buprénorphine/naloxone**

Source : <http://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline.pdf?sfvrsn=0>

Traitements assistés par la méthadone ou la buprénorphine/naloxone à long terme (les traitements de maintien)

- Indications du traitement assisté par la méthadone ou la buprénorphine
 - TU d'opioïdes établi au cours **d'une période de 12 mois** (ex. rechute après désintox, tentatives infructueuses d'abstinence)
 - Confirmation par :
 - Dossiers antérieurs médicaux ou psychosociaux
 - Entourage
 - Signes d'intoxication ou de sevrage
 - Recherche d'opioïdes dans urine positif x 1
 - Aptitude à consentir
- Indications du traitement assisté par la méthadone ou la buprénorphine : **URGENT**
 - État de santé précaire :
 - Sepsis
 - Endocardite
 - SIDA
 - Comportements à risque, vie en danger
 - Grossesse
 - Condition psychiatrique instable
 - Parents de jeunes enfants

Le permis de prescrire de la méthadone et les règles entourant la buprénorphine/naloxone

Au Québec il est nécessaire d'obtenir une exemption auprès du Collège des médecins du Québec pour obtenir un permis de prescrire de la méthadone. Cette demande peut être faite après avoir suivi une formation de base sur le traitement du trouble de l'usage d'opioïdes à l'aide de la médication. Il n'existe pas de telle exigence pour prescrire de la buprénorphine/naloxone. Il est tout de même recommandé que le médecin ait suivi cette même formation de base ou une autre formation disponible avant de débiter des traitements avec la buprénorphine/suboxone.

L'Institut National de santé publique du Québec (INSPQ) offre régulièrement cette formation de base interdisciplinaire sur le traitement du trouble de l'usage des opioïdes assisté par la médication. Cette formation est destinée aux médecins, infirmières et intervenant psychosociaux. Les inscriptions se font auprès de l'INSPQ qui recueille les demandes et organise les formations qui sont gratuites. Les coordonnées pour les joindre sont : linda.Cleroux@inspq.qc.ca. Le matériel pédagogique de la formation est disponible en ligne à : <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/itss/traitement-des-troubles-lies-a-l-usage-d-opioides>

Une formation en ligne existe sur l'utilisation de la buprénorphine/naloxone qui permet aux médecins d'en savoir assez pour initier des traitements. (www.suboxonecme.ca).

Deux lignes directrices produites par le Collège des Médecins du Québec balisent la pratique des cliniciens qui prescrivent la méthadone et la buprénorphine :

- Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés : http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/Ligne_directrices_CMQOPQ.pdf

- Modifications aux lignes directrices : Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés :
http://www.opq.org/doc/media/811_38_fr-ca_0_ld_methadone_modif.pdf
- La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes :
<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-06-01-fr-buprenorphine-traitement-dependance-aux-opioides.pdf>

Utiliser les références principales offrant du soutien aux cliniciens, ainsi que celles informant sur les ressources d'aide aux personnes narcomanes

Le Centre de recherche et d'aide pour les narcomes (CRAN) offre un service de soutien aux médecins partout au Québec qui dispensent des traitements de la dépendance aux opioïdes. Le Service de consultation médicale peut être rejoint au 514 527-6939 poste 224 (à Montréal) / 1 866-726-2343 (en région). <http://cran.qc.ca/>

Coordonnées des personnes pivots TDO - JANVIER 2016			
Région	Personne-pivot	Téléphone	Fax
1- Bas St-Laurent/ Centre hospitalier de Rivière-du-Loup	Christine Veilleux	418-868-1020 p. 4	418-868-0530
2- Saguenay-Lac St-Jean/CRD	Karine Gagnon	418-695-7710 p. 2600	418-695-7829
3- Québec/CRD	Denis Blais	418-663-5008	418-687-3585
4- Mauricie/Trois-Rivières/CRD	Guylaine Beaudoin	819-374-7711 p. 128	819-374-1079
5- Estrie/CRD	Lucie Roy	819-821-2500	819-563-8322
6- Montréal/CRAN	Frédéric Venne	514-527-6939 p. 224	514-527-0031
Hôpital St-Luc	Pascal Miquet	514-890-8321	514-412-7320
7- Outaouais/CRD	Louiselle Rioux	819-776-5584 p. 306	819-776-0255
8- Abitibi-Témiscamingue/CRD	Caroline Mercier	819-762-0088 p. 47029	819-764-2965
11- Gaspésie/ UMF de Maria	Élise Roy	418-759-1336 p.1835	418-759-1344
12- Chaudière-Appalaches/CRD	Alexandre St-Hilaire	418-830-1221 p. 3215	418-830-0516
13- Laval/CRD	Pénélope Boudreault	450-937-5290 p.294	450-975-4053
14- Lanaudière/Terrebonne/CRD	Martine Martel	450-492-7444	450-492-5624
15- Laurentides/CRD	Marlène Mailloux	1-888-345-1395 p. 235	450-432-8654
16- Montérégie/CRD	Mireille Forget	450-443-2100 p. 3373	450-443-4196

Bibliographie

- Fischer et al. Trends and changes in prescription opioid analgesic dispensing in Canada 2005-2012: an update with a focus on recent intervention. BMC Health Services Research 2014, 14:90
- Canadian guidelines for safe and effective use of opioïdes for chronic non-cancer pain
- Turk, Swanson et Gatchel . Clin J Pain □ Volume 24, Number 6, July/August 2008

Annexe 5 : Connaissances spécifiques au TU cannabis

préparé par Martin Potter, MD, M.Sc.

Le cannabis, aussi communément appelé marijuana, est une plante dont l'ingrédient psychoactif est le tétrahydrocannabinol (THC).³⁰ L'utilisation du cannabis se fait usuellement par inhalation, mais l'ingestion orale est une autre voie d'administration courante. Une autre composante du cannabis, le cannabidiol, n'a pas de propriétés psychoactives, mais pourrait avoir un rôle dans l'analgésie³¹. Le présent document traitera spécifiquement de l'utilisation du cannabis à but récréatif, de ses effets psychotropes, des impacts du cannabis sur la santé et des traitements disponibles pour faciliter la cessation du cannabis.

Épidémiologie

Selon Santé Canada (2013), la prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année 2013 chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus était de 11%. Cette prévalence était de 22% chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans et de 26% chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans alors qu'il était de 8% chez les adultes de 25 ans ou plus. La prévalence annuelle de l'usage de cannabis était deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (14% contre 7%).

Des données recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquent que le taux d'hospitalisation où l'utilisation du cannabis a été enregistrée comme étant le diagnostic principal a doublé entre 1996 et 2005, passant de 14 à 31 pour 100,000.³³

Entre 2006 et 2011, le nombre de séjours hospitaliers en raison de troubles liés au cannabis a bondi de 44% et le nombre de jours passés à l'hôpital pour les mêmes raisons a pour sa part augmenté de 39%. Cette augmentation est principalement attribuable à l'augmentation des troubles liés au cannabis chez les jeunes de 15-24 ans.

Énumérer les signes et symptômes du toxidrome et du syndrome de sevrage du cannabis

Toxidrome du cannabis

Le cannabis agit en stimulant les récepteurs endogène cannabinoïdes ; ce faisant, il induit un état euphorisant chez la plupart des utilisateurs. Il réduit l'anxiété, améliore l'humeur et stimule l'appétit. Il altère le jugement, la capacité de résolution de problème et de l'apprentissage ; il déforme le sens du temps et rehausse les perceptions visuelles et auditives^{34,35}. Dans certains cas, son usage peut induire des hallucinations et un sentiment de dépersonnalisation. Pour certains utilisateurs, en particulier à des doses plus élevées de THC, il peut causer de la dysphorie, de la paranoïa et de l'anxiété. Le début de l'effet dépend de la voie d'administration, variant de quelques minutes lorsque fumé allant jusqu'à plusieurs heures lorsqu'il est ingéré. L'effet euphorisant se dissipe en 1 à 2 heures, selon la préparation. Le fonctionnement cognitif peut être affecté pendant 6 heures, avec des effets résiduels parfois perçus pendant 20 jours après le dernier usage³⁶.

La consommation de cannabis de façon chronique peut être associée à des déficits de la mémoire, l'attention, la vitesse psychomotrice et le fonctionnement exécutif. Ceci est noté en particulier chez ceux qui ont commencé à consommer du cannabis pendant l'adolescence³⁷. L'utilisation chronique peut aussi augmenter le risque de psychose, de dépression et de l'anxiété^{30,37,38}. Il est plus difficile de confirmer le lien entre la consommation chronique de cannabis fumée et les problèmes respiratoires et cancers de poumon³⁹⁻⁴¹.

Les effets physiques de la consommation de cannabis peuvent inclure une augmentation de la fréquence cardiaque et de l'appétit, diminution de la pression artérielle, dilatation des pupilles, les yeux rouges, la bouche sèche et la gorge, et une bronchodilatation.

Le cannabis induit rarement un état de toxicité due à un surdosage, et aucun cas de décès attribuable à la surconsommation de cannabis³⁸. Chez les enfants, il a eu des cas de comas induits par l'ingestion de cannabis.⁴²

Syndrome de sevrage du cannabis

Bien que controversé, il semble y avoir de plus en plus de preuves via des études in vitro et via des études cliniques, qu'il y ait véritablement un syndrome de sevrage du cannabis^{53,54}. Il est inclus dans le DSM-5.

Les symptômes les plus courants de sevrage du cannabis sont :

- une humeur dysphorique (anxiété, irritabilité, humeur dépressive, agitation) ;
- des troubles du sommeil ;
- des symptômes gastro-intestinaux (inappétence ou crampes abdominales) ;
- des tremblements, sudation, frissons, céphalées.

La plupart des symptômes commencent au cours de la première semaine de l'abstinence et se résolvent après quelques semaines. Bien que bénin, le sevrage de cannabis qui peut affecter jusqu'à 50% des consommateurs chronique, devrait être un objectif du traitement, car il peut servir de renforcement négatif pour l'arrêt, et augmenter les risques de rechute^{53,55}.

Énumérer les enjeux de santé physique et mentale liés à l'usage de cannabis et les catégories de patients qui sont les plus à risque de souffrir des dites complications

Bien que le cannabis puisse avoir des effets multisystémiques, les complications les plus communes liées à son usage se situent au plan neuropsychiatrique.

Atteintes cognitives

Il est bien connu que l'usage de cannabis peut diminuer les fonctions cognitives, et ce pour 24 heures et plus après l'usage⁴³⁻⁴⁶. Une habitude se développe avec l'usage chronique de cannabis, et cette altération des fonctions cognitives diminue.⁴⁶ Par contre, chez les consommateurs de cannabis chronique ayant débuté à l'adolescence, les séquelles cognitives peuvent persister, et les fonctions peuvent ainsi demeurer déficientes de manière permanente.⁴⁷

Atteintes psychiatriques

Il existe une multitude d'évidences supportant l'association entre la consommation de cannabis et certaines pathologies psychiatriques telles que la dépression, l'anxiété et les états psychotiques.⁴⁸⁻⁵¹

Quant à la schizophrénie, il existe une préoccupation particulière concernant le lien causal, si présent, entre la consommation de cannabis et l'apparition ultérieure de la schizophrénie. Une étude prospective réalisée auprès de 50 000 Suédois a démontré une relation entre la fréquence d'utilisation de cannabis avant l'âge de 18 ans et le risque de recevoir un diagnostic de schizophrénie au cours des 15 années suivantes. Une explication plausible est que la consommation de cannabis puisse exacerber les symptômes de la schizophrénie. De plus, des données prospectives supporte l'utilisation continue de cannabis comme facteur prédicteur de symptômes psychotiques plus importants chez les personnes atteintes schizophrénie. Une baisse d'incidence des cas de schizophrénie traités, au cours de la même période où la consommation de cannabis a augmenté suggère cependant cette consommation n'a probablement pas engendré de cas de schizophrénie, mais plutôt que l'utilisation chronique peut précipiter la schizophrénie chez les personnes vulnérables. Ceci dit, une revue systématique de 2011 en est venue à une conclusion que l'usage de cannabis peut être causal dans certains cas de psychoses.⁵² La question demeure à débattre mais il serait prudent de décourager l'usage de cannabis, du moins chez les adolescents.

Connaître les traitements de support appropriés dans l'accompagnement de la phase de sevrage

Traitement du sevrage du Cannabis

Il n'existe aucun traitement médicamenteux pour le sevrage du cannabis. Le traitement de support se repose sur la thérapie de groupe, de support ou encore de psychothérapie. L'usage de médicaments pour le traitement symptomatique de l'insomnie ou de l'anxiété peut également s'avérer utile, bien que peu de preuves appuient son efficacité.

Les données actuelles ne supportent pas l'efficacité des modalités d'interventions brèves^{56,57}. Bien que non-concluantes, certaines données supportent des interventions d'une durée plus longues, et surtout, ce qui semble augment la durée d'abstinence est l'utilisation de « récompenses » pour les patients ayant des urines « clean ».^{55,58,59}

Décrire les indications reconnues de l'ordonnance de cannabis séché à des fins médicales et les démarches associées à cette prescription.

Certains patients possèdent déjà des exemptions et/ou prescriptions de possession de cannabis à des fins médicales. D'autres utilisateurs récréatifs recherchent auprès de leur médecin une ordonnance dans le but de diminuer les coûts associés à leur consommation ou d'éviter le contact avec le milieu criminel, i.e. en ayant à se

procurer le cannabis auprès d'un trafiqueur ou encore parce qu'ils croient en toute honnêteté pouvoir en bénéficier en raison de différentes conditions de santé dont ils souffrent. Santé Canada a émis des recommandations pour guider vos décisions, et on peut s'y référer pour obtenir davantage d'information sur le sujet : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/about-apropos-fra.php>

Bibliographie

- 30. Zhang MW, Ho RC. The Cannabis Dilemma: A Review of Its Associated Risks and Clinical Efficacy. *J Addict*. 2015;2015:707596.
- 31. Martin-Santos R, Crippa JA, Batalla A, et al. Acute effects of a single, oral dose of d9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) administration in healthy volunteers. *Curr Pharm Des*. 2012;18(32):4966-4979.
- 32. Canada. S. Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey: Summary of results for 2013. 2015; <http://healthycanadians.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2013-eng.php>. Accessed Retrieved January 2, 2016.
- 33. Callaghan RC, Macdonald SA. Changes in the rates of alcohol- and drug-related hospital separations for Canadian provinces: 1996 to 2005. *Can J Public Health*. 2009;100(5):393-396.
- 34. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*. 2009;374(9698):1383-1391.
- 35. Turner SD, Spithoff S, Kahan M. Approach to cannabis use disorder in primary care: focus on youth and other high-risk users. *Can Fam Physician*. 2014;60(9):801-808, e423-832.
- 36. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med*. 2011;5(1):1-8.
- 37. Porath-Waller AJ, Notarandrea R, Vaccarino FJ. Young brains on cannabis: It's time to clear the smoke. *Clin Pharmacol Ther*. 2015;97(6):551-552.
- 38. Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *Lancet*. 1998;352(9140):1611-1616.
- 39. Pletcher MJ, Vittinghoff E, Kalhan R, et al. Association between marijuana exposure and pulmonary function over 20 years. *JAMA*. 2012;307(2):173-181.
- 40. Mehra R, Moore BA, Crothers K, Tetrault J, Fiellin DA. The association between marijuana smoking and lung cancer: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2006;166(13):1359-1367.
- 41. Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, Mehra R, Concato J, Fiellin DA. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2007;167(3):221-228.
- 42. Boros CA, Parsons DW, Zoanetti GD, Ketteridge D, Kennedy D. Cannabis cookies: a cause of coma. *J Paediatr Child Health*. 1996;32(2):194-195.
- 43. Block RI, Ghoneim MM. Effects of chronic marijuana use on human cognition. *Psychopharmacology (Berl)*. 1993;110(1-2):219-228.
- 44. Pope HG, Jr., Yurgelun-Todd D. The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *JAMA*. 1996;275(7):521-527.
- 45. Theunissen EL, Kauert GF, Toennes SW, et al. Neurophysiological functioning of occasional and heavy cannabis users during THC intoxication. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012;220(2):341-350.
- 46. Ramaekers JG, Kauert G, Theunissen EL, Toennes SW, Moeller MR. Neurocognitive performance during acute THC intoxication in heavy and occasional cannabis users. *J Psychopharmacol*. 2009;23(3):266-277.
- 47. Meier MH, Caspi A, Ambler A, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012;109(40):E2657-2664.
- 48. Bovasso GB. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am J Psychiatry*. 2001;158(12):2033-2037.
- 49. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002;325(7374):1195-1198.
- 50. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*. 2002;325(7374):1199.
- 51. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002;325(7374):1212-1213.

- 52. Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielsen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(6):555-561.
- 53. Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):1967-1977.
- 54. Danovitch I, Gorelick DA. State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35(2):309-326.
- 55. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):898-908.
- 56. Roy-Byrne P, Bumgardner K, Krupski A, et al. Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312(5):492-501.
- 57. Bogenschutz MP, Donovan DM, Mandler RN, et al. Brief intervention for patients with problematic drug use presenting in emergency departments: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174(11):1736-1745.
- 58. Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ, Novy PL. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(6):1051-1061.
- 59. Carroll KM, Nich C, Lapaglia DM, Peters EN, Easton CJ, Petry NM. Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction*. 2012;107(9):1650-1659.

Annexe 6 : Connaissances spécifiques aux stimulants prescrits et illicites

préparé par Marie Joyal, MD et révisé Martin Potter, MD, M.Sc. et Geneviève Côté, MD

Discuter des indications et contre-indications de l'ordonnance de psychostimulants

La prescription de stimulants est principalement indiquée dans le traitement des troubles de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH), et plus rarement, pour dans le traitement de la narcolepsie.

Nom Générique	Nom Commercial	Indication
Amphétamine	Adderall	TDAH
Dexmethylphenidate	Focalin	TDAH
Dextroamphétamine	Dexedrine	TDAH, Narcolepsie
Lisdexamfetamine	Vyvanse	TDAH
Methylphenidate	Ritalin, Concerta	TDAH

Selon une étude publiée en 2014, plus de 21 000 000 (8.3% de ceux qui ont 12 ans et plus) d'Américains avaient admis en 2013 avoir déjà fait usage d'un stimulant de prescription, sans en avoir eu le besoin médical; 1.4 millions admettent en avoir fait l'usage dans le dernier mois (0.5%)⁶⁰.

Au Canada, environ 0.9% de la population de 15 ans et plus faisait usage de stimulants prescrits; pour le mésusage par contre, les données sont plus limitées⁶¹. Dans une étude de Santé Canada publiée en 2014, 1.2% des étudiants de 7-9^e années et 2.5% des étudiants des 10-12^e années ont admis avoir fait usage de stimulants prescrits pour des raisons autres que médicales⁶².

Connaître les principes d'une prescription sécuritaire de psychostimulants

Les liens entre le TDAH et le TU sont complexes, tant au plan du diagnostic différentiel (TDAH vs TU) qu'à l'approche en cas de comorbidité (TDAH et TU).

Les études semblent supporter l'idée qu'une personne ayant un diagnostic de TDAH a un risque plus élevé d'avoir un diagnostic de TU, peu importe la substance (47% vs 35 % chez ceux n'ayant pas de TDAH)⁶³. De plus, chez les adolescents et adultes ayant un diagnostic de TU, près du tiers (34%) présentaient aussi un TDAH.

L'idée que les personnes ayant un TDAH ont plus de risques d'abus de psychostimulants est fondée sur plusieurs études, par contre, il existe autant d'études qui démontrent le contraire. Il n'y a pas de consensus actuellement sur l'utilisation de psychostimulants dans le traitement du TDAH et le risque accru de développer un TU.

Être familier avec les noms de rue, l'apparence, les méthodes de consommation, les effets recherchés, les effets indésirables et les signes et symptômes du toxidrome et du syndrome de sevrage des stimulants illicites (amphétamines et cocaïne)

L'effet des stimulants se produit via l'augmentation des catécholamines, soit par la stimulation d'un relâchement présynaptique, ou encore via l'empêchement de la recapture postsynaptique.

L'effet immédiat de l'usage d'un stimulant est l'euphorie, associée avec une tachycardie et une hypertension. Suivant cet effet euphorique, une sensation de dépression peut s'ensuivre, ce qui est en partie responsable de l'utilisation répétée.

Amphétamines, methamphétamine et cristal meth

- Autres noms : crystal, ice, meth, speed, upper, crank, dex, glass, peanut
- Apparence : comprimés, capsules, liquides, poudre
- Voie de consommation : ingestion (oral, PO, avalé), intranasale (prisé, sniffé), inhalation (fumé, puffé), intraveineuse (injecté, shooté).
- Unité de mesure (ingéré): nombre ou fraction de comprimé
- Usage médical : autrefois utilisés comme coupe-faim dans le traitement de l'obésité, traitement du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)
- Effets recherchés : réduction de l'appétit, augmentation de l'énergie / réduction de la fatigue, augmentation de la force musculaire, euphorie, confiance en soi, sociabilité accrue, désinhibition (moins de gêne et de contrôle) laissant notamment libre cours aux pulsions sexuelles
- Effets indésirables : tics, spasmes, bruxismes, céphalées, étourdissements, nausées et vomissements, bouffées de chaleurs, fièvre /augmentation de la température corporelle, tachycardie, hypertension, stéréotypies, insomnie, anxiété. Problèmes cutanés (acné, rash).
- Demi-vie : 4 heures
- Début de l'effet : 20-60 minutes (PO), plus court par autres voies : (crack et méthamphétamines) ou IV : 6-8min
- Durée de l'effet : 4-12 heures (PO), plus court par autres voies
- Syndrome de sevrage : dans les jours suivant la consommation : anxiété, labilité thymique, humeur dépressive, anhédonie, insomnie, sommeil non-récupérateur, trouble de concentration, fatigue, nausées, augmentation de l'appétit.
- Toxidrome (surdose) : agitation / agressivité, hallucinations, délires, confusion, convulsions, arythmies, syndrome coronarien aigu. Patient présente une mydriase en état d'intoxication.
- Traitement : la pierre angulaire est le traitement psychosocial. Aucun agent efficace disponible pour réduire la consommation (pas d'agent de substitution). La gestion du sevrage vise à réduire l'insomnie, l'irritabilité et l'agitation, le plus souvent à l'aide d'antipsychotiques atypiques (pour une courte durée, usuellement jusqu'à 14 jours). On doit surveiller l'état psychologique du patient suivant le sevrage pour déceler l'émergence d'une dépression majeure plus sévère où le risque suicidaire est également augmenté dans les premiers jours d'arrêt, et des symptômes persistant plus de 14 à 28 jours suite à l'arrêt.

Ecstasy (MDMA)

- Autres noms : E, pilou, X, XTC, Dove
- Apparence : comprimés ou poudre
- Voie de consommation : généralement ingestion (oral, PO, avalé). Plus rarement intraveineuse (injecté, shooté).
- Unité de mesure : comprimé ou capsule. Dose moyenne usuelle de 100mg par comprimé.
- Usage médical : aucun.
- Effets recherchés : détente, bien-être avec soi et les autres, confiance en soi, spontanéité, sociabilité, extraversion empathie, sensualité, euphorie, altération des perceptions (amplification des sens du toucher, de la vision et de l'ouïe), augmentation de l'énergie / réduction de la fatigue.
- Effets indésirables : anxiété, attaques de panique, confusion stéréotypées, augmentation de la température corporelle, déshydratation, rétention urinaire, bruxisme, nausées et vomissements, tachycardie, hypertension.
- Demi-vie : 7.6 heures
- Début de l'effet : 30-90 minutes (PO)
- Durée de l'effet : 2 à 6 heures (PO)
- Syndrome de sevrage : dans les jours suivant la consommation : anxiété, labilité thymique, humeur dépressive, anhédonie, insomnie, trouble de concentration, fatigue.
- Toxidrome (surdose) : superposable aux amphétamines.
- Traitement : superposable aux amphétamines.

Cocaïne, crack et freebase

- Autres noms : coke, poudre, neige, base, crack, freebase, roche
- Apparence : poudre blanche, roches ou cristaux
- Le sel (chlorhydrate de cocaïne) = poudre cristalline blanche sans odeur et à saveur anesthésique. Consommée par voie intranasale ou intraveineuse
- Freebase = roche (solide) cireuse blanchâtre, contient du bicarbonate, généralement fumée
- Crack = roche (solide) cireuse jaunâtre, contient de l'ammoniac, généralement fumée
- Voie de consommation : intranasale (prisé, sniffé), inhalation (fumé, puffé), intraveineuse (injecté, shooté).
- Unité de mesure : lorsque prisée, en nombre de lignes ou en nombre de gramme (quarts de gramme, demi-grammes ou grammes). Lorsque fumée, en nombre de roches (1 roche = 0.2 gramme). Lorsqu'injectée, en nombre de gramme (quarts de gramme, demi-grammes ou grammes).
- Usage médical : anesthésique topique. Anciennement employée comme analgésie en cas de dentalgie.
- Effets recherchés : idem aux amphétamines.
- Effets indésirables : idem aux amphétamines.
- Demi-vie : 0.5 heure – 1.5 heures
- Début de l'effet : 2-3 minutes (lorsque prisée), plus court par autres voies
- Durée de l'effet : 15-40 minutes (lorsque prisée), plus court par autres voies
- Syndrome de sevrage : idem aux amphétamines.

Toxidrome (surdose) : idem aux amphétamines.

Traitement : la pierre angulaire est le traitement psychosocial. Aucun agent efficace disponible pour réduire la consommation (pas d'agent de substitution). La gestion du sevrage vise à réduire l'insomnie, l'irritabilité et l'agitation, le plus souvent à l'aide d'antipsychotiques atypiques (pour une courte durée, usuellement jusqu'à 14 jours). On doit surveiller l'état psychologique du patient suivant le sevrage pour déceler l'émergence d'une dépression majeure plus sévère ou persistant plus de 14 à 28 jours suite à l'arrêt.

Bibliographie

60. Administration SAaMHS. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. In: Administration SAaMHS, ed. Vol NSDUH Series H-48: HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD;; 2014.
61. Canada H. Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey: Summary of results for 2013. In: Canada H, ed. <http://healthycanadians.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2013-eng.php>2014.
62. Canada H. Youth Smoking Survey 2012–2013 — Supplementary Tables. In: Canada H, ed. http://www.hc-sc.gc.ca/hcps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_survey-sondage_2012-2013/table-eng.php2014.
63. Kollins SH. ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: current literature and treatment guidelines. *J Atten Disord.* 2008;12(2):115-125.

Annexe 7 : Connaissances spécifiques aux autres substances psychoactives courantes

préparé par Geneviève Côté, MD

Selon les dernières données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC Santé mentale) datant de 2012, au Québec, chez les personnes âgées de 15 ans et plus, le taux de consommation des drogues autres que le cannabis est de 22,4 % au cours de la vie et de 6,4 % au cours des derniers mois. Environ 4,3 % de la population satisfaisait aux critères pour un trouble lié à une drogue (excluant le cannabis) au cours de leur vie et 0,5 % au cours des 12 derniers mois. On estime qu'en 2002 toujours, 1695 Canadiens sont décédés des suites de la consommation de drogues illicites, soit 0,8 % de tous les décès pour la même année. Les surdoses ont été la principale cause de mortalité (958 personnes), suivies des suicides attribuables à la drogue (295 personnes), de l'hépatite C contractée à cause de la consommation (165 personnes) et du VIH (87 personnes). La consommation de substances illicites augmente la probabilité d'une hospitalisation pour tentatives de suicide, intoxications, traumatismes, etc. L'usage des drogues illicites est souvent associé à des activités criminelles (vol, trafic de stupéfiants, prostitution). Les grands consommateurs de SPA sont également plus susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles non protégées, de connaître des partenaires multiples, de quitter l'école prématurément, de manifester des comportements délinquants et, pour les filles, d'avoir des grossesses précoces. À ce portrait déjà inquiétant s'ajoutent la souffrance et la marginalisation des usagers et de leur entourage, dont les coûts humains et sociaux sont difficilement quantifiables. Il faut porter une attention particulière à l'usage de substances dans le cadre de l'évaluation de trouble de l'humeur ou de troubles anxieux puisqu'environ une personne sur cinq aux prises avec ces troubles présentes également des problèmes liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Sources : 1

Être familier avec les noms de rue, l'apparence, les méthodes de consommation, les effets recherchés, les effets indésirables et les signes et symptômes du toxidrome et du syndrome de sevrage des substances psychoactives illicites les plus courantes

Perturbateurs

Kétamine

- Autres noms : K, spécial K, vitamine K, ket, KitKat, ketty
- Apparence : le plus souvent une poudre blanche ou un liquide transparent en fiole. Parfois en cristaux ou comprimés.
- Voie de consommation : le plus souvent intranasale (prisée, sniffée) à l'aide d'une petite fiole doseuse appelée clicker ou bumper. Parfois par ingestion (oral, PO, avalé). Plus rarement, en intramusculaire (très imprévisible).
- Unité de mesure : une inspiration du contenu de la fiole doseuse = généralement 5 à 15 mg)
- Usage médical : anesthésique utilisé en chirurgie
- Effets recherchés : altération des perceptions voire hallucinations. À petite dose (1-2 inspirations à la fois) : K-Land : sentiment de flottement, rêverie,

mouvements saccadés, illusions visuelles. À plus forte dose (3 inspirations ou plus à la fois) : introspections, hallucinations visuelles, dissociation, jusqu'au K-Hole : hallucinations intenses avec incapacité de bouger.

- Effets indésirables : paresthésies, anesthésie, nausées et vomissements, aphasie, sédation, amnésie, vertiges et déséquilibre à la marche. K-cramps : tableau de colique biliaire avec dilatation du cholédoque (dysfonction du sphincter d'Oddi ou sténose des voies biliaires).
- Demi-vie : 4 heures.
- Début de l'effet : 2 à 10 minutes (prise).
- Durée de l'effet : 20 à 60 minutes (prise) avec effets résiduels post-consommation (confusion, vision embrouillée et inconfort général) pouvant durer quelques heures.
- Syndrome de sevrage : peu étudié. S'apparenterait à la fois à un sevrage d'alcool et d'opioïdes. Symptômes principaux observés : tremblements, anxiété, palpitations et sudations.
- Toxidrome (surdose) : désorientation et perte de conscience. Risque de pneumonie d'aspiration si altération de l'état de conscience et vomissements. Risque de psychose toxique. Risque de blessures involontaires. Risque d'arrêt cardio-respiratoire.
- Complications de l'usage plus chronique : cystite interstitielle, hydronéphrose.
- Traitement : la pierre angulaire est le traitement psychosocial. Aucun agent efficace disponible pour réduire la consommation (pas d'agent de substitution). L'utilisation de médication pour le traitement symptomatique de l'anxiété/insomnie peut s'avérer utile.

LSD

- Autres noms : acide, buvard,
- Apparence : buvards (papiers imprégnés d'une goutte de solution LSD), comprimés/capsules, micropointe (ressemblant à un bout de mine de crayons, ou plus rarement sous forme liquide).
- Voie de consommation : ingestion (oral, PO, avalé), intranasale (prisé, sniffé), inhalation (fumé, puffé), intraveineuse (injecté, shooté).
- Unité de mesure : une dose = un trip d'acide = entre 50 et 400 mcg de LSD.
- Usage médical : aucun
- Effets recherchés : altération des perceptions, voire hallucinations.
- Effets indésirables : désorientation. Descente (coming down) potentiellement très désagréable : angoisse, crises de panique, délires, phobies.
- Demi-vie : 3 heures.
- Durée de l'effet : entre 5 et 12 heures, parfois plus longtemps.
- Syndrome de sevrage : aucune dépendance physique ni syndrome de sevrage décrits. Anxiété et obsessions de consommation décrites (à de moindres degrés que psychostimulants).
- Toxidrome (surdose) : « badtrip » (hallucinations intenses accompagnées d'agitation voire d'agressivité), psychose toxique, coma possible.
- Traitement : la pierre angulaire est le traitement psychosocial. Aucun agent efficace disponible pour réduire la consommation (pas d'agent de substitution).

Mescaline

- Autres noms : ce qui se vend au Québec sous la dénomination de mescaline est en général du PCP. Cf. ci-bas.

Phencyclidine (PCP)

- Autres noms : acide, angel dust, mescaline, mess, TH, peace pill
- Apparence : buvards, comprimés/capsules, liquide, poudre
- Voie de consommation : ingestion (oral, PO, avalé), intranasale (prisé, sniffé), inhalation (fumé, puffé), intraveineuse (injecté, shooté).
- Unité de mesure : dose usuelle = 10mg pour 10\$
- Usage médical : usage vétérinaire seulement
- Effets recherchés : comparable au LSD mais suscitant moins d'hallucinations. Produit aussi euphorie, détente, impression de légèreté et de flottement, distorsion de la perception du temps, de l'espace et du corps. Hallucinations visuelles et auditives.
- Effets indésirables : anxiété, agitation, crises de panique, difficultés d'attention et de concentration, confusion, désorientation, désorganisation de la pensée et du langage, amnésie antérograde, nystagmus, étourdissements, aphasie, paresthésies, rigidité musculaire, photophobie, sonophobie, déséquilibre à la marche, psychose toxique. Risque accru de blessures accidentelle.
- Demi-vie : 24-72 heures.
- Durée de l'effet : des effets résiduels jusqu'à plusieurs semaines après une consommation sont décrits.
- Syndrome de sevrage : aucune dépendance physique ni syndrome de sevrage décrits.
- Toxidrome (surdose) : cf. effets indésirables. Psychose toxique. Mutisme. À des doses supérieures à 20mg chez un sujet naïf, convulsions et coma. Mort à des doses entre 150-200mg.
- Traitement : la pierre angulaire est le traitement psychosocial. Aucun agent efficace disponible pour réduire la consommation (pas d'agent de substitution).

Psilocybine et champignons magiques

- Autres noms : champi, mush, shrooms
- Apparence : champignons frais ou têtes et tiges de champignons séchés le plus souvent. Aussi en capsules, cristaux, poudre.
- Voie de consommation : ingestion (oral, PO, avalé), peut aussi être infusé, et plus rarement intraveineuse (injecté, shooté).
- Unité de mesure : dose typique de 4 à 10mg, correspondant à 2-40 champignons selon les variétés.
- Usage médical : aucun.
- Effets recherchés : bien-être, euphorie, fou rire, comportement théâtral, distorsion des perceptions visuelles et temporelles, créativité, visions, hallucinations, introspection
- Effets indésirables : douleurs / crampes abdominales, ballonnements, nausées et vomissements, bouffées de chaleur, étourdissements, « badtrip » avec anxiété, désorientation, irritabilité, méfiance, agressivité, délire paranoïde, hallucinations menaçantes
- Demi-vie : donnée non disponible, disparition des effets en 12 heures habituellement.
- Début de l'effet : 30-60 minutes

- Durée de l'effet : trois à huit heures. Des hallucinations peuvent être ressenties jusqu'à 4 jours suivant l'ingestion.
- Syndrome de sevrage : aucune dépendance physique ni syndrome de sevrage décrits.
- Toxidrome (surdose) : confusion, risque de psychose toxique, peut précipiter le déclenchement d'un trouble psychotique chez une personne prédisposée.
- Traitement : la pierre angulaire est le traitement psychosocial. Aucun agent efficace disponible pour réduire la consommation (pas d'agent de substitution).

Dépresseurs

Gamma-hydroxybutyrate (GHB)

- Autres noms : G, GH, jus, ecstasy liquide, « drogue du viol », liquid X, fantasy, salty water, scoop, organic quaalude.
- Apparence : liquide transparent, inodore, sans saveur ou presque (à peine un léger goût salé et savonneux). Peut aussi être sous forme de poudre blanche, de capsules ou en granulés à dissoudre dans l'eau.
- Voie de consommation : ingestion (oral, PO, avalé). Souvent mélangé dans un verre de boisson alcoolisé.
- Unité de mesure : fiole de 5 à 15 mL. Dose moyenne équivaut à 2.5g de GHB en poudre. La sévérité de la consommation se mesure par l'intervalle entre les doses (1 fioles q x h) plutôt que par la dose totale ingérée.
- Usage médical : aucun connu au Canada
- Effets recherchés : euphorie (bien-être, bonne humeur, sociabilité accrue), sédation (ivresse, détente), désinhibition (moins de gêne et de contrôle) laissant notamment libre cours aux pulsions sexuelles
- Effets indésirables : altération de l'attention, de la mémoire et du jugement.
- Demi-vie : 0,3h
- Début de l'effet : 10-30 minutes suivant la prise
- Durée de l'effet : 2 à 4 heures
- Syndrome de sevrage : superposable à l'alcool.
- Toxidrome (surdose) : superposable à l'alcool. L'augmentation progressive de la dose se traduit, dans l'ordre croissant, par les réactions suivantes : diminution de l'anxiété, relaxation musculaire, désinhibition, euphorie, sédation, somnolence, incoordination des mouvements, hypnose, anesthésie générale, coma, mort. Peut aussi engendrer : amnésie (« blackout » "G-hole" ou "whipe"), étourdissements, céphalées, nausées et vomissements, convulsions, hallucinations, bradycardie, hypotension, dépression respiratoire.
- Traitement : la pierre angulaire est le traitement psychosocial. Aucun agent efficace disponible pour réduire la consommation (pas d'agent de substitution). La gestion du sevrage s'apparente aux protocoles de sevrage d'alcool. Le traitement des symptômes de sevrage avec benzodiazépines. Le sevrage du GHB peut se compliquer de délirium sévère. Les patients qui consomment de hautes doses (par exemple, 1 fiole q1-3h, même q8h et moins selon une revue) devraient être hospitalisés pour leur sevrage et sont traités avec des benzodiazépines, souvent à hautes doses. Les sevrages externes avec benzodiazépines devraient être réservés aux patients qui consomment peu, avec un suivi rapproché.

Sources : 1

Savoir prodiguer des conseils de réduction des méfaits associés à l'utilisation des substances psychoactives.

Les effets d'une drogue ne dépendent pas seulement de la substance (quantité, pureté, mode de consommation, interactions, etc), mais aussi de l'individu qui la consomme (âge, sexe, poids, état nutritionnel, expositions antérieures, état de santé physique et mentale, attentes, émotions) ainsi que du contexte d'utilisation (lieu, moment de la journée, circonstances, entourage). Le risque de développer un trouble lié à l'usage de substance psychoactive après une seule utilisation est variable selon le type de substance : 32% pour la cigarette; 23,1 % pour l'héroïne; 16,7 % pour la cocaïne; 9,1 % pour le cannabis et 4,9 % pour les hallucinogènes.

Sources : 1,2

Prévention des troubles liés à l'usage de substances psychoactives

Les facteurs de risque relèvent surtout de facteurs socioéconomiques modifiables à l'échelle politique. Plusieurs facteurs de protection, notamment ceux qui favorisent une bonne adaptation sociale malgré un contexte et des expériences difficiles, ont été relevés. Un tempérament positif chez un enfant, un répertoire d'aptitudes sociales adéquates, une bonne capacité de résoudre des problèmes alliés à un sentiment de compétence personnelle et une bonne estime de soi, l'attachement parent-enfant, le fait d'avoir un bon environnement familial et un réseau de soutien à l'extérieur de la famille, la présence d'un adulte important ou d'un pair aidant figurent parmi les facteurs de protection documentés. Ainsi les interventions précoces chez les enfants en situation précaire pourraient constituer une méthode de prévention.

Le médecin de famille peut jouer un rôle dans la prévention des méfaits associés à la consommation des drogues de rue par de la psychoéducation et des conseils de réduction de méfaits ciblés en fonction de la substance consommée.

Exemples de conseils de réduction de méfaits

Substances	Conseils
Toutes (conseils généraux)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être bien reposé et alimenté; ▪ Planifier sa soirée (transport, consommation, fin de soirée, condom); ▪ Sortir en groupe et informer au moins une personne de ce qui est consommé; ▪ Se procurer sa substance de source fiable; ▪ Commencer prudemment (diviser sa dose); ▪ Être prudent avec les mélanges*; ▪ Éviter le partage de matériel de consommation – tout type de matériel (pour réduire transmission des hépatites B et C et du VIH); ▪ La conduite automobile sous l'effet de toute substance est à proscrire, même si on se sent lucide.
Utilisation de drogue intranasale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rincer les narines avec de l'eau pour minimiser les dommages à la muqueuse du nez.
Utilisation de drogues injectables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cf. annexe 2

Amphétamines, methamphétamine et cristal meth Cocaïne, crack et freebase Ecstasy (MDMA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porter des vêtements légers et éviter de couvrir la tête (augmentation de la température corporelle) ; ▪ Fortement déconseillé chez les patients souffrant d'épilepsie, de cardiopathie ou sous psychostimulants (TDAH); ▪ Éviter co-ingestion avec autres stimulants (risques cardiaques); ▪ S'hydrater abondamment; ▪ Planifier la redescente (« crash ») et les lendemains : s'assurer de pouvoir se reposer; ▪ Éviter de prendre des décisions importantes, même si on se sent lucide.
Kétamine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer d'être dans un endroit sécuritaire (à l'abri de source de chaleurs, hauteurs, etc.) ▪ Réduire les déplacements sous l'effet de kétamine car ils peuvent occasionner des chutes et des blessures.
Gamma-hydroxybutyrate (GHB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire attention de conserver dans un lieu sûr à l'abri de la portée des enfants (pourrait être mépris pour de l'eau, ou du jus si ajout de colorant alimentaire); ▪ L'effet est variable d'une utilisation à l'autre (dilutions imprévisibles); prendre de petites quantités à la fois et attendre au moins 30 minutes pour évaluer l'effet obtenu avant de reconsommer. ▪ Éviter la conduite automobile

* Les mélanges d'une même catégorie peuvent multiplier dangereusement les effets (ex : GHB et alcool). Des mélanges peuvent masquer temporairement l'effet d'une des substances (ex : vodka – redbull). Risque d'interaction entre certaines drogues et les médicaments. Sources : 1,2

Bibliographie

- 1) http://dependancemontreal.ca/wp-content/uploads/2015/04/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf.pdf
- 2) Grip Montréal
- 3) McLellan A, Lewis D, O'Brien C, Kleber H. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA 2000; 284: 1689 - 95.
- 4) Celia J.A. et al. "Ketamine use: a review". Addiction. Volume 107, Issue 1, pages 27–38, January 2012.
- 5) Drogues: savoir plus, risquer moins. Auteur collectif. Centre Québécois de lutte aux dépendances. 7^e édition, décembre 2014.

Annexe 8 : Fiche d'observation- rétroaction

préparé par Martin Potter, MD, M.Sc.

FICHE D'OBSERVATION-RÉTROACTION

Clinique de toxicomanie

Résident : _____ Date : _____

Prise en charge

Évaluation	Conforme	A améliorer
Fait une revue ciblée des substances consommées		
ATCD personnels toxico et leurs impacts sur les patients		
Détaille les démarches antérieures pour traiter toxicomanie		
ATCD familiaux toxico et psy (incluant ROH, suicide)		
Évalue les signes et symptômes de sevrage des substances.		
Évalue les signes et symptômes de surdose des substances.		
Collabore avec les différents acteurs (Infirmière, T.S. Pharm.)		
Peux évaluer le dosage de méthadone de façon appropriée		
Peux ajuster/initier les doses de méthadone		
Reconnais les comorbidités associées		
Reconnais les particularités psychosociales des patients		
Évalue le réseau de soutien		
Démontre empathie dans son approche avec les patients		
Sait recadrer les patients lors de demandes inappropriés		
Propose de saines habitudes de vie		

Visite de suivi, méthadone Visite de suivi, buprénorphine

Évaluation	Conforme	A améliorer
Fait une revue ciblée des substances consommées		
Évalue les signes et symptômes de sevrage des substances.		
Évalue les signes et symptômes de surdose des substances.		
Collabore avec les différents acteurs (Infirmière, T.S. Pharm.)		
Peux évaluer le dosage de méthadone de façon appropriée		
Peux ajuster/initier les doses de méthadone		
Reconnais les effets secondaires de la méthadone et est capable de faire le counseling et investigations/traitements appropriés.		
Reconnais les particularités psychosociales des patients		
Démontre empathie dans son approche avec les patients		
Sait recadrer les patients lors de demandes inappropriés		
Propose de saines habitudes de vie		

Forces

Objectifs d'apprentissage

Réflexions du résident

Superviseur : _____ Date : _____

Résident : _____ Date : _____