

DROGUES DE RUE

18 FÉVRIER 2016



GENEVIÈVE CÔTÉ, MD, CCMF

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Honoraires d'animatrice (1 reprise)

- ▶ Otsuka, 2012 [Aripiprazole/Abilify]

Honoraires pour la formation du personnel (2 reprises)

- ▶ Vertex, 2013 [Telaprevir/Incivek]

Honoraires pour la formation du personnel et la production de matériel éducatif (1 reprise)

- ▶ Reckitt-Benckiser, 2014 [Buprenorphine-naloxone/Suboxone]

Commandite: programme adhérence (Hépatite C)

- ▶ Gilead, 2015 [Sofosbuvir/Sovaldi, Harvoni]

Réunion consultative – traitement de l'hépatite C

- ▶ Abbvie, 2015 [Holkira-Pak]

CONFÉRENCIÈRE

Clinique Accueil Santé de Laval

- ▶ Médecin propriétaire
- ▶ Pratique ciblée en médecine en médecine des dépendances et troubles concomitants

UMF-CLSC du Marigot

- ▶ Médecin répondant SIDEPA (ITSS)
- ▶ Chargée d'enseignement clinique (Université de Montréal)

DRMG de Laval

- ▶ Membre du comité de direction

AMOL (FMOQ)

- ▶ Membre du comité exécutif (secrétaire)

Expérience en médecine carcérale et CRD

OBJECTIFS

À la fin de cette présentation, le participant sera en mesure de:

- ▶ Reconnaître, en première ligne, les particularités de la présentation clinique qui orientent vers un diagnostic de trouble lié aux drogues de rue
- ▶ Intégrer, si approprié, les nouveautés du DSM-5 dans l'évaluation diagnostique du patient
- ▶ Connaître le rationnel de différentes stratégies thérapeutiques
- ▶ Déterminer les causes de complication thérapeutique
- ▶ Préciser le moment d'une consultation auprès d'un spécialiste

PRÉSENTATION CLINIQUE

<i>PRÉVALENCE AU QUÉBEC</i>	À VIE	12 MOIS
TLU alcool	13,3%	2,7%
TLU cannabis	6,4%	0,5%
TLU autres drogues illicites	4,3%	0,5%
TOTAL	24%	3,7%

Coûts sociaux importants (3.3% du PIB)

**Forte proportion sont de
« grands utilisateurs »
aux urgences hospitalières**

Source: 1.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Motifs de consultation

- ▶ Absentéisme (travail, école)
- ▶ Anxiété et/ou dépression (**1/5**)
- ▶ Troubles du sommeil
- ▶ Dysfonction sexuelle
- ▶ Trauma ou blessures accidentelles fréquentes
- ▶ Symptômes gastro-intestinaux (épigastralgie, diarrhée, changements pondéraux)



Examen physique

- ▶ Signes vitaux (hypertension artérielle labile, tachycardie)
- ▶ Odeur (éthylque, cannabis)
- ▶ Pupilles (myosis ou mydriase)
- ▶ Cavité nasale (perforation / déviation septale, irritation)
- ▶ Téguments (stigmates d'UDI)
- ▶ Tremblements, myoclonies, tics

Source: 2.

QUESTION DE DÉPISTAGE

Alcool

- ▶ À combien de reprises dans la dernière année avez-vous consommé en une même occasion, X consommations d'alcool ou plus ?

 = 5  = 4

Drogues

- ▶ Nommez-moi toutes les drogues consommées dans la dernière année, même si à une seule reprise?
- ▶ À combien de reprises dans la dernière année vous est-il arrivé d'employer les médicaments sous prescription d'une autre personne, ou les vôtres mais pour une autre raison que celle pour laquelle votre médecin vous les a prescrits?

Outils de dépistage

- ▶ CAGE, AUDIT
- ▶ TACE / TWEAK (grossesse)
- ▶ CRAFFT (adolescence)

Source: 3.

ALCOOL



Source: EducAlcool.

DIAGNOSTIC (DSM-V)

TRUC MNÉMOTECHNIQUE: CRÉDITS PT - MD

1. **C**: perte de **CONTRÔLE** sur la quantité et le temps dédié à la consommation
2. **R**: **RETRAIT** d'activités au profit de la consommation
3. **E**: **EFFORT** persistants pour diminuer (ou désir de diminuer)
4. **D**: **DÉSIR** impérieux de consommer (« craving »)
5. **I**: **INCAPACITÉ** de remplir des obligations importantes
6. **T**: **TOLÉRANCE**
7. **S**: **SEVRAGE**
8. **P**: **PROBLÈMES** interpersonnels ou sociaux
9. **T**: beaucoup de **TEMPS** consacré à la consommation
10. **M**: usage continu malgré **MÉFAITS** (dx physique ou Ψ)
11. **D**: usage dans des situations **DANGEREUSES**

≥ 2 = diagnostic

2-3 = léger 4-5 = modéré ≥ 6 = sévère

RECHERCHE DROGUES

URINE

Amphétamines: 2- 4 jours

Cocaïne : 2-4 jours

Cannabis:

- 1 usage: 3 jours
- 4x/semaine: 5-7 jours
- quotidien: 10-15 jours
- long terme+++: >30 jours

Benzodiazépines : CA = 3 jours, LA 30 jours

Opioides:

- | | |
|----------------|-----------|
| -Codéïne | 48h |
| -Morphine | 48-72h |
| -Oxycodone | 2-4 jours |
| -Hydromorphone | 2-4 jours |
| -Héroïne | 2-5 jours |
| -Méthadone | 3-5 jours |

<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/articulos/23.pdf>

<http://www.tripproject.ca/trip/>

CLASSES DE DROGUES



Nicotine
Cocaïne
Amphétamines

Cannabis
Kétamine

Alcool, GHB
Benzodiazépines
Opioïdes

LES DROGUES À L'ÉCRAN

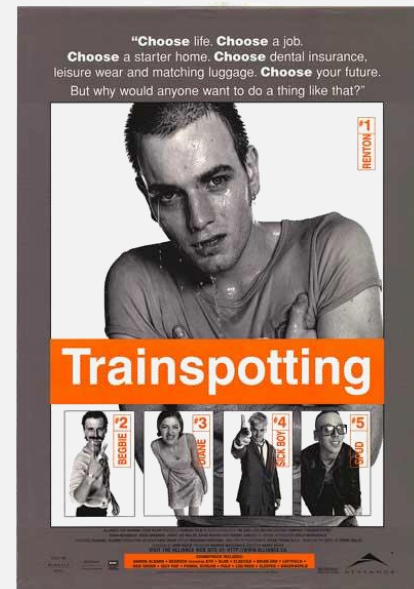
STIMULANTS



PERTURBATEURS



DÉPRESSEURS



NICOTINE

Importance clinique

- ▶ Plus forte probabilité de dépendance après 1 seul essai (32%¹)

Comorbidités psychiatriques

- ▶ 2/3 des fumeurs présentent une comorbidité psychiatrique
- ▶ Attention aux interactions avec la médication psychiatrique (cf. Source: 4)

TRN: doses hors monographie

- ▶ Fumeurs de ≥ 30 cigarettes / jour (2,3)
- ▶ Stratification : test de Fagerström (cf. Source: 5)

Apport en caféine: à évaluer systématiquement

- ▶ Arrêt tabagique: $\uparrow$ 2-3 X niveaux sériques de caféine
- ▶ Similarité entre surdose de caféine et sevrage nicotinique

1. Stahl's Essential Psychopharmacology, 3rd ed. 2008

2. Stead et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1.

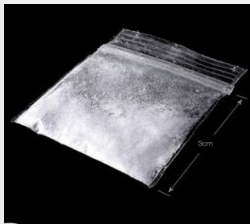
3. Shah et al. Journal of the American Pharmacists Association, 48(5), 659-65.

COCAÏNE



VOIES D'ADMINISTRATION ET NOMS DE RUE

Intranasale/ prisee (*sniffer*):



- ▶ Poudre blanche (coke, poudre, blanche, sniff)
- ▶ Nombre de lignes ou de grammes ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, ...)
- ▶ $\frac{1}{4}$ g = 20-25\$

Inhalée (fumer, *puffer*):



- ▶ Freebase (bicarbonate, roche blanche)
- ▶ Crack (ammoniac, roche jaune)
- ▶ 1 roche = 0,2g = 15-20\$

Intraveineuse

(s'injecter, se *shooter*, se *crinquer*)



AMPHÉTAMINES



VOIES D'ADMINISTRATION ET NOMS DE RUE

- ▶ **Orale ou intranasale**
(speed, peanut, track)
- ▶ **Intraveineuse et inhalée**
(cristal meth, cristal, ice, glass)



EFFETS SYSTÉMIQUES (1)

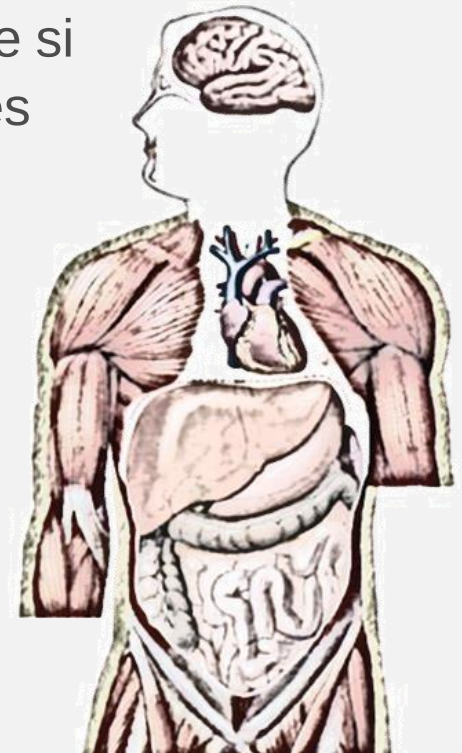
Neuro-psychiatrique: manie/ agitation/impulsivité, dépression, psychose (délires paranoïdes/de grandeur, hallucinations A>V, délires d'infestation), obsessions/compulsions, attaques de panique, AVC, convulsions

Dermatologique: diaphorèse, prurigo (sévère si délire d'infestation ou entomophobie), brûlures chimiques, thrombophlébites, abcès

Systémique: éosinophilie, traumatismes, malnutrition, immunosuppression

Infectieux: VIH, VHB, VHC, ITSS

Musculaire: spasmes, augmentation CK/ rhabdomyolyse



EFFETS SYSTÉMIQUES (2)

Dentaire: bruxisme, maladies parodontales

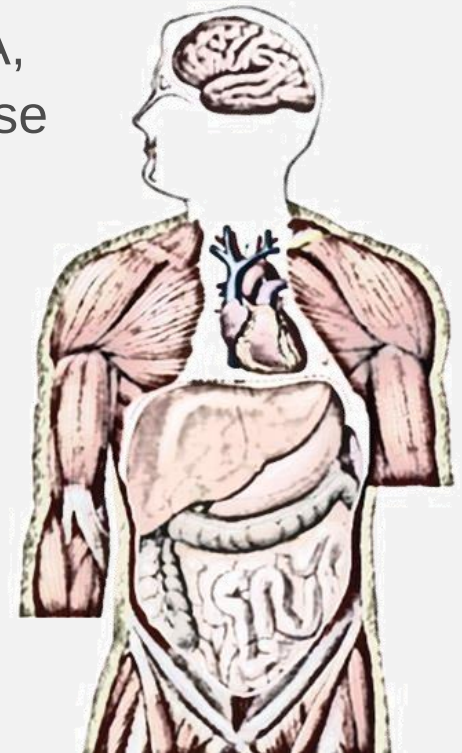
ORL-O: mydriase, dysphonie, odynophagie, déviation/perforation cloison septale

Cardiovasculaire: HTA, tachycardie, IM/SCA, CMP dilatée, anévrisme, dissection, thrombose

Pulmonaire: OAP, HTAP, hémoptysies, bronchospasme, asthme

Hépatique: hépatotoxicité
(diluant, effets directs ischémiques)

Rénal: IRA
(déshydratation, ischémie, rhabdomyolyse)



TRAITEMENT



PIERRE ANGULAIRE : TRAITEMENT PSYCHOSOCIAL

- ▶ Référence au Centre de réadaptation en dépendance (CRD)

AGENTS POUR DIMINUER LA CONSOMMATION

- ▶ Actuellement aucun agent efficace disponible

PROTOCOLE DE SEVRAGE

- ▶ **Insomnie, irritabilité, agitation:** antipsychotiques atypiques (AA, ex: olanzapine, quetiapine)

COMORBIDITÉS

- ▶ **TDAH :** Methylphenidate (Concerta), Lisdexamphétamine (Vyvanse) [SN-132]
- ▶ **MAB:** AA, Valproate (> Li)
- ▶ **Troubles anxieux (phobie sociale, ESPT) :** psychothérapie
- ▶ **Dépression majeure:** bupropion, venlafaxine, ISRS

CRD: LISTE DES CENTRES

- ▶ Centre Normand – CRD de l'Abitibi-Témiscamingue
- ▶ Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
- ▶ CRD de Chaudière-Appalaches
- ▶ CRD de l'Estrie
- ▶ CRD de l'Outaouais
- ▶ CRD de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine
- ▶ CRD de Lanaudière
- ▶ CRD de Montréal - Institut universitaire
- ▶ CRD de Québec
- ▶ CRD des Laurentides
- ▶ CRD Domrémy-de-la-Mauricie - Centre-du-Québec
- ▶ CRD du Saguenay - Lac-Saint-Jean
- ▶ CRD Foster (Services en anglais : Montérégie-Montréal)
- ▶ CRD Laval
- ▶ CRD Le Virage (Montérégie)
- ▶ CRD du Bas-Saint-Laurent - L'Estran

<http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/>

CANNABIS



TERMINOLOGIE

- ▶ Séché (cocottes ou feuilles): pot, weed, joint, ...
 - ▶ $3\frac{1}{2}\text{g} = 25\$$
 - ▶ $3\frac{1}{2}$, 7, 14 ou onces (28g)
- ▶ Haschisch, hasch
- ▶ Huile

VOIES D'ADMINISTRATION

- ▶ Inhalation (fumé)
- ▶ Ingestion (orale, PO)



SYNDROME D'HYPÉRÉMÈSE CANNABINOÏDE

ESSENTIEL : Consommation chronique de cannabis

MAJEURS

- ▶ Nausées et vomissements récurrents
- ▶ Φ Sx à l'arrêt de la consommation de cannabis
- ▶ $\downarrow$ Sx par des douches et bains d'eau chaude
- ▶ Douleurs abdominales, épigastriques ou péri-ombilicales intenses

MINEURS

- ▶ Normalité des examens biologiques, radiographiques et endoscopiques
- ▶ Âge inférieur à 50 ans
- ▶ Amaigrissement supérieur à 5 kg
- ▶ Prédominance matinale des symptômes
- ▶ Absence de troubles du transit

Source: 6.

TRAITEMENT



PIERRE ANGULAIRE : TRAITEMENT PSYCHOSOCIAL

- ▶ Référence au CRD

AGENTS POUR DIMINUER LA CONSOMMATION

- ▶ Actuellement aucun agent efficace disponible

PROTOCOLE DE SEVRAGE

- ▶ **Anxiété de sevrage/insomnie:** antipsychotiques atypiques (quétiapine)

COMORBIDITÉS

- ▶ **TDAH:** Methylphenidate (Concerta), Lisdexamphétamine (Vyvanse) [SN-132]
- ▶ **Troubles anxieux (phobie sociale, trouble panique, TAG):** Venlafaxine/ ISRS + psychothérapie

INTERVENTION BRÈVE



CONSEILS POUR RÉDUIRE LA CONSOMMATION

- ▶ Objectifs spécifiques, mesurables, acceptables, pertinents, avec un échéancier donné
- ▶ Journal de consommation
- ▶ Préparer de plus petites quantités (plus petits joints)
- ▶ Prendre une pause de 20 minutes entre les joints
- ▶ Prendre des pauses entre les inhalations (pipe)
- ▶ Prévoir des “journées sans consommation” au courant d’une semaine
- ▶ Ne fumer que la fin de semaine
- ▶ Éviter de prendre des inhalations profondes
- ▶ Éviter les situations à risque
- ▶ Saine gestion du stress (activité physique, méditation)
- ▶ Personnes-ressources (groupes de support)

Source: 7.

KÉTAMINE



APPARENCE

- ▶ Poudre blanche

VOIE D'ADMINISTRATION

- ▶ Généralement prise (intranasale)
- ▶ *Clicker / bumper*
- ▶ 1 inspiration = 5-15mg
- ▶ Parfois intramusculaire (liquide transparent, imprévisible)



COMPLICATIONS MÉDICALES

- ▶ *K-cramps* : dilatation cholédoque (dysfonction sphincter Oddi vs sténose voies biliaires)
- ▶ Cystite interstitielle, hydronéphrose

SEVRAGE

- ▶ Peu étudié (tremblements, anxiété, palpitations, sudations)

Source:8.

ALCOOL



Cardiovasculaire: FA, HTA , CMP, MVAS, MCAS/IM, HTA

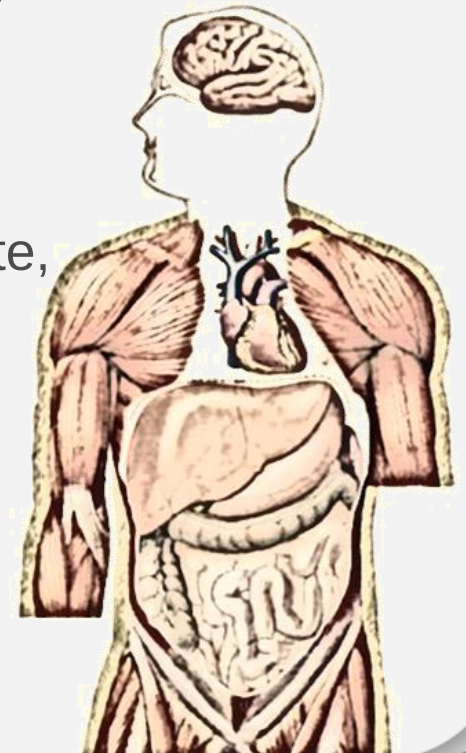
Neurologique: délirium, encéphalopathie, AVC, démence, dommage cérébelleux, polyneuropathie ROH, exacerbation de polyneuropathie Db

Hématologique: néoplasie du sein, anémie, thrombocytopénie, pancytopenie

Hépatobiliaire: hépatite, cirrhose, hépatocarcinome, pancréatite

Digestifs: néoplasie ORL/œsophage, gastrite, ulcère, HDH, ± néoplasie colorectale

Autres: chutes, trauma, fracture ostéoporotique, insuffisance rénale, hypoglycémie chez Db, malnutrition, carence B12/folates, immunosuppression, pneumonie aspiration, exacerbation comorbidité psychiatrique



GGT & VGM



	GGT	VGM
Sensibilité	20-50% (1 ^{ère} ligne)	40-50% (CH > 1 ^{ère} ligne)
Spécificité	55-100%	80-90%
Durée minimale	5 semaines	5 semaines
Qté minimale / jour	4-5 conso.	4-5 conso.
Normalisation après abstinence	4-5 semaines	3 mois

Source: Sharpe PC., Ann Clin Biochem 2001, 38 (6): 652-64.

INTERVENTION BRÈVE



QUOI

- ▶ Remplacer boisson préférée par une autre (par exemple: vin au lieu de bière)
- ▶ Alternier entre boissons alcoolisées et non alcoolisées

COMBIEN

- ▶ 1 consommation par heure au maximum
- ▶ Pause de 20 minutes entre les consommations

COMMENT

- ▶ Boire à petites gorgées (*Sip, don't gulp!*)
- ▶ Manger un repas complet avant de boire

OÙ, AVEC QUI

- ▶ Éviter les endroits et les fréquentations à risque élevé

SEVRAGE



TOUT patient ingérant >6 consommations par jour depuis au moins deux semaines est à risque

INDICATIONS - SEVRAGE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE

- ▶ >12-15 consommations par jour x > 2 semaines
- ▶ Tremblements matinaux, consommation matinale
- ▶ À risque suicidaire
- ▶ Symptômes non contrôlés avec le protocole externe
- ▶ Instabilité psychosociale

INDICATIONS - SEVRAGE HOSPITALIER

- ▶ ATCD sevrage sévère ayant nécessité hospitalisation
- ▶ ATCD complications de sevrage (CS, DT, hallucinose)
- ▶ Signes imminents de complications
- ▶ Comorbidité médicale aiguë (ex: pneumonie)
- ▶ Déshydratation sévère (vomissements réfractaires)
- ▶ Sevrage concomitant BZD/GHB (selon les quantités)

SEVRAGE



INDICATIONS – SEVRAGE AMBULATOIRE

- ▶ Un tiers est disponible pour donner la médication
- ▶ Pas d'indication de sevrage interne
- ▶ Plan de traitement en place (AA, ressource de counselling)
- ▶ < 65 ans et pas de décompensation hépatique
- ▶ Le patient comprend bien l'importance de ne pas boire pendant un traitement aux BZD et y consent (risque de dépression respiratoire)

ÉVOLUTION NATURELLE

- ▶ Début des symptômes attendus après 8h depuis dernière consommation

<https://www.porticonetwork.ca/tools/toolkits/pcat>

SEVRAGE



PRINCIPES GÉNÉRAUX

- ▶ Le patient doit cesser de boire vers 18h-20h la veille
- ▶ Rendez-vous en AM, préférablement en début de semaine, à moins que disponibilité sur fin de semaine
- ▶ Faire CIWA-ar à l'arrivée
- ▶ Si > 10 : besoin de benzodiazépines
- ▶ Objectifs: $\downarrow$ Sx, CIWA < 8 q1h x 2
- ▶ Prescrire BZD pour premiers 24h puis réévaluation
- ▶ À la 2^{ème} visite: prescrire suite du protocole puis réévaluation dans 48-72h
- ▶ Administrer thiamine chez tous les patients

PROTOCOLE

- ▶ Diazépam 5-10mg
QID (J1) $\rightarrow$ TID (J2) $\rightarrow$ BID (J3) $\rightarrow$ HS(J4)
- ▶ Ne pas administrer si somnolent
- ▶ Utiliser ativan 1-2mg si à risque d'accumulation

NALTREXONE



COUVERTURE RAMQ: sur la liste [Revia]

CONTRE-INDICATIONS

- ▶ Prise régulière opiacés (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

EFFICACITÉ : NNT = 7

ACAMPROSATE



COUVERTURE RAMQ : médicament d'exception [Campral]

- ▶ Maintien abstinence ≥ 5 jours
- ▶ Participation à un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence d'alcool

CONTRE-INDICATIONS

- ▶ Grossesse
- ▶ $\text{ClCr} < 30 \text{ cc/min}$

POSOLOGIE

- ▶ 333mg/co, 2co PO TID
- ▶ 1 co PO TID si $\text{ClCr} < 50 \text{ cc/min}$

EFFETS SECONDAIRES: diarrhées

EXCRÉTION: rénale

EFFICACITÉ: NNT = 17

GHB



APPARENCE

- ▶ Liquide transparent, inodore, sans saveur
- ▶ Fioles de 5-15 mL

VOIE D'ADMINISTRATION : ingestion (orale, PO)

SEVRAGE

- ▶ Sx et risques superposables au sevrage alcoolique
- ▶ Référer pour gestion du sevrage (CRD)



BENZODIAZÉPINES



POSOLOGIE	À RISQUE	ADDICTIVE
Lorazepam	5- 10 mg	> 10mg
Clonazepam	2-4 mg	> 4 mg
Diazepam	20-40 mg	>40 mg
Alprazolam	2-4 mg	> 4 mg

SEVRAGE:

- ▶ Risques similaires à l'alcool, risque de convulsions ad 10 jours post réduction dose si trop abrupt
- ▶ Sevrage progressif lent: -10 % q 1-2 semaines (LA préférable: diazepam ou clonazepam).
- ▶ Réduire cadence (- 5% ou q 2-4 semaines) à partir diazepam <20 mg ou 35% de la dose de sevrée
- ▶ Considérer ajout pregabalin pour ↓ insomnie / anxiété rebond

Effects of pregabalin on subjective sleep disturbance symptoms during withdrawal from long-term benzodiazepine use. Eur Addict Res. 2011;17(5):262-70.

OPIOÏDES & DCNC

EFFICACITÉ À HAUTES DOSES (> 200 MG MOP / 24 H)

- ▶ Pas démontrée dans la douleur chronique non cancéreuse
- ▶ ↓↓ par tolérance et hyperalgésie
- ▶ Douleurs de sevrage (fin intervalle)
- ▶ Sédation et dysphorie (inactivité)

AJUSTEMENT POSOLOGIQUE À LA BAISSSE

- ▶ Améliore l'humeur et le niveau de douleur chez des patients souffrant de douleurs chroniques sévères

(Baron 2006, Rome 2004, Becker 2000)

PROTOCOLE DE SEVRAGE

- ▶ Sur 3 mois, - 10% q1-2 semaines
- ▶ Au tiers de dose initiale, - 5% q1-2 semaines
- ▶ Plateaux en cours de sevrage, services fréquents
- ▶ Si patient en a "manqué": ↑ fréquence services ↓ vitesse

OPIOÏDES & DCNC (2)

CHEZ QUI NE PAS LE FAIRE

- ▶ Bénéfice analgésique (condition où bénéfice démontré, analgésie non opioïde= échec, amélioration fonctionnelle)
- ▶ Absence de complications médicales (chutes, apnée, hyperalgésie, ...)
- ▶ Patient respecte sa posologie
- ▶ Pas de codépendance (excluant tabagisme)
- ▶ À faible risque toxicité (pas de co-sédatifs, non gériatrique)

CHEZ QUI LE FAIRE

- ▶ Analgésie inadéquate
- ▶ Complication médicale
- ▶ Vous êtes le seul prescripteur
- ▶ Pas de codépendance
- ▶ Pas d'usage I-N/I-V des comprimés

***FPC: Journée de
perfectionnement CMQ :
Discutons douleur,
parlons dépendance***

OPIOÏDES - SEVRAGE

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- ▶ Dicyclomine 10mg PO QID PRN (si crampes abdos)
- ▶ Metoclopramide 10mg PO QID PRN (si N°/V°)
- ▶ Loperamide 2mg QID PRN (si diarrhées)
- ▶ Clonidine 0,1mg PO QID PRN (si diaphorèse)
- ▶ Quetiapine 25-50mg PO HS PRN (si insomnie)
- ▶ Acétaminophène 1g PO QID PRN (si myalgie)
- ▶ Ibuprofène 600mg PO QID PRN (si myalgie)
- ▶ Cyclobenzaprine 10 mg PO QID PRN (si myalgie)
- ▶ Myoflex 1 app QID PRN (si myalgie)

DÉSINTOXICATION ASSISTÉE PAR LA MÉDICATION DE SUBSTITUTION

- ▶ Buprenorphine-naloxone (Suboxone)

OPIOÏDES – TAM/ TSO

	Méthadone	Buprénorphine
Bloque l'effet des opioïdes	++ À doses élevées	+++ À faibles doses
Mode d'action	Agoniste complet des récepteurs μ	Agoniste partiel des récepteurs μ
Effets secondaires	Semblables à ceux des opioïdes	• Sédation moins marquée • Syndrome de sevrage provoqué • Moins de risque de surdosage
À l'arrêt du traitement	Sevrage marqué et prolongé	Sevrage moins marqué

COMPLICATIONS

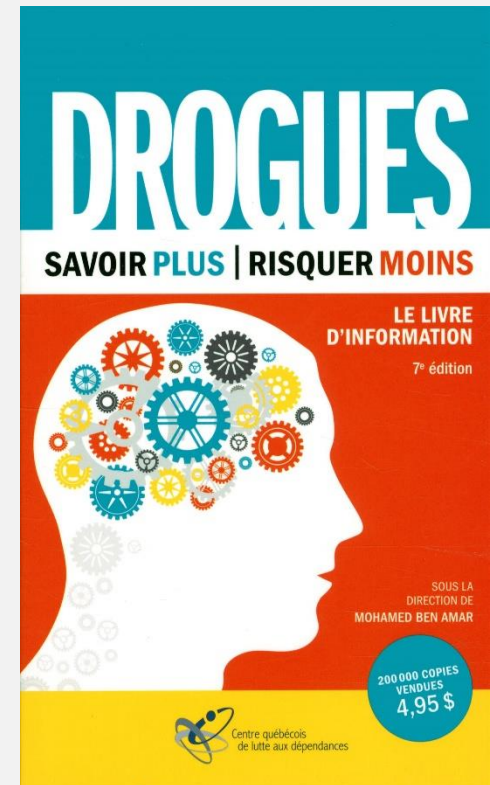
- ▶ Polymorbidité et insuffisance d'organe fréquentes: précautions supplémentaires quant aux contre-indications
- ▶ Interaction entre les drogues et la médication prescrite
- ▶ Non respect des ordonnances (interruptions ou dose supérieure à la posologie prescrite)
- ▶ Multiplication des prescripteurs (polymédication fréquente et potentiel élevé d'interactions médicamenteuses)
- ▶ Manque d'adhérence aux suivis paracliniques
- ▶ Interruptions de suivi
- ▶ Enjeux de communication (faible littératie, état d'intoxication ou de sevrage)
- ▶ Enjeux de cadre thérapeutique (harcèlement, intimidation, absentéisme, contrevenance)

© SPÉCIALISÉE

- ▶ Pour initier et stabiliser un traitement de substitution pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes
- ▶ Pour préciser le diagnostic psychiatrique, lorsqu'un trouble concomitant est suspecté mais qu'il existe un doute diagnostique
- ▶ Patient présentant à la fois un trouble lié usage de substance et un trouble de santé mentale sévère et persistant
- ▶ Cas de polyconsommation, surtout dans la gestion du sevrage
- ▶ Risque de complication de sevrage
- ▶ Patient présentant un profil chronique de trouble lié à l'usage de substance (trouble de longue durée avec méfaits associés)
- ▶ En cas de condition médicale relativement urgente, dont la prise en charge est compliquée du fait d'un trouble lié à l'usage de substance

BOÎTE À OUTILS

1. <http://sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-fr.pdf?sfvrsn=6>
2. <http://aidq.org/outils/liens-utiles-2>
3. http://www.cfpc.ca/Addiction_Medicine_Resources/
4. <https://www.porticonetwork.ca/tools/toolkits/pcat>
5. <http://gripmontreal.org/wordpress/>
6. <http://www.cqld.ca/>



CONCLUSION: MESSAGES-CLÉS

1

Dépistage

2

**Intervention brève
& aiguillage**

3

Suivi et soutien

BIBLIOGRAPHIE

1. http://dependancemontreal.ca/wp-content/uploads/2015/04/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf.pdf
2. <http://www.aafp.org/afp/2003/0401/p1529.html>
3. <http://www.csam-smca.org/wp-content/uploads/2014/11/G-Salvalaggio-SBIRT-in-Primary-Care-settings.pdf>
4. <http://www.health.nsw.gov.au/tobacco/Publications/tool-14-medication-intera.pdf>
5. <http://www.automesure.com/Pages/tabac.htm>
6. Sontineni SP. et al. « Cannabinoid hyperemesis syndrome: clinical diagnosis of an underrecognised manifestation of chronic cannabis abuse » World J Gastroenterol. 2009;15(10):1264-6. PMID 19291829
7. <http://www.cfp.ca/content/60/9/801.full>
8. Celia J.A. et al. “Ketamine use: a review”. Addiction. Volume 107, Issue 1, pages 27–38, January 2012.