

GUIDES ET NORMES

Administration de benzodiazépines ou de gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool

Rapport en soutien au protocole médical national

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Administration de benzodiazépines ou de gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool

Rapport en soutien au protocole médical national

Rédaction

Valérie Garceau

Collaboration

Catherine Awad

Caroline Poisson

Isabelle Dufort

Coordination scientifique

Frédéric St-Pierre

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque



Le plan de réalisation du présent produit de connaissance a été présenté au Comité d'excellence clinique — Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées) (CEC-UOM-PMNO) de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 9 juin 2020.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Valérie Garceau, Ph. D.

Collaboratrices internes

Catherine Awad, B. Pharm., M. Sc.

Caroline Poisson, Ph. D.

Isabelle Dufort, Ph. D.

Adjointe à la directrice

Ann Lévesque, Ph. D.

Coordonnateur scientifique

Frédéric St-Pierre, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage d'information scientifique

Renaud Lussier, M.S.I.

Soutien administratif

Jean Talbot

Équipe de l'édition

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN 978-2-550-89089-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Administration de benzodiazépines ou de gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool – Rapport en soutien au protocole médical national rédigé par Valérie Garceau. Québec, Qc : INESSS; 2021. 78 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

D^{re} Suzanne Brissette, M.D., cogestionnaire médicale, Regroupement clientèle Psychiatrie, Toxicomanie, UHRESS, Service de médecine des toxicomanies, CHUM, Montréal

M^{me} Julie Fortier, pharmacienne, chargée d'enseignement et responsable des apprentissages en milieux professionnels 1^{er} et 2^e cycles (établissement de santé), Faculté de pharmacie, Université Laval

D^{re} Sophie Gosselin, M.D., CSPQ, FRCPC, FAACT, FACMT, spécialiste en médecine d'urgence et toxicologue médicale; chef du service d'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne, Longueuil

D^r Didier Jutras-Aswad, M.D., M. Sc., FRCPC, chef du Département de psychiatrie du CHUM

D^{re} Annie-Claude Privé, M.D., GMF des Rivières (Clinique médicale Rivière-du-Moulin), Saguenay

M^{me} Cassandra Sass, conseillère clinique en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT)

M^{me} Isabelle Têtu, infirmière praticienne (IPSPL), Coopérative de solidarité SABSA-CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec

M. Pierre-Benoît Tremblay, B. Pharm., Ph. D., pharmacien propriétaire, Pharmaprix Van Hoenacker Tremblay, Montréal

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M^{me} Audrée Elliott, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale et Centre antipoison du Québec

D^r Pierre Lauzon, médecin de famille, chef adjoint du Service de toxicomanie et de médecine urbaine (STMU), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Karine Paquet, psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^r François Venne, médecin de famille, GMF-U de la Vallée-de-l'Or, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Comité d'excellence clinique — Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées)

D^r Pierre Ernst (président), pneumologue, Université McGill

M^{me} Sylvie Desagné (vice-présidente), pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue, Direction de santé publique du CISSS de Lanaudière

M. Benoît Cossette, professeur, Université de Sherbrooke

D^{re} Lucie Deshaies, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^r Mathieu Forster, médecin de famille, CISSS de la Côte-Nord

M. Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, Centre d'éthique du CISSS de Laval

M^{me} Karina Gauthier, pharmacienne, CISSS de Laval

M^{me} Nancy Lavoie, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL), CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et Clinique de médecine privée ExcelleMD

M. Simon Lessard, pharmacien propriétaire, Pharmacie Simon Lessard

M^{me} Marie-Josée Gibeault, membre citoyenne

M. Jean-François Proteau, membre citoyen

Autres contributions

L'INESSS tient aussi à remercier cette personne qui a contribué au projet en fournissant soutien, information et conseils clés :

M^{me} Kathy Tremblay, chargée de projet, Communauté de pratique médicale en dépendance, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

L'INESSS tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation du protocole médical national à titre de futurs utilisateurs :

M^{me} Mylène Brazeau, infirmière clinicienne, Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais (CRDO)

M^{me} Tammy-Ann Céré, infirmière clinicienne, Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais (CRDO), secteur Vallée-de-la-Gatineau

M. Sofiane Chougar, infirmier clinicien, assistant infirmier-chef du Service de médecine et psychiatrie des toxicomanies du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (SMT/UPT/CHUM)

M^{me} Sara Falardeau, infirmière clinicienne ASI, Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais

M^{me} Isabelle Gendron, inf., B. Sc., Université de Sherbrooke, Microprogramme d'addictologie clinique, Chargée de cours, Certificat en Toxicomanie

M^{me} Marilyn Poirier, infirmière clinicienne, Centre de détention de Sept-Îles/CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Claudine Pringle, infirmière clinicienne en dépendance, Centre de réadaptation en dépendance des Laurentides

M^{me} Mariane Rondeau, infirmière clinicienne, Équipe ACCES, CIUSSS-CHUS, Sherbrooke

Déclaration d'intérêts

Les auteures de ce rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour sa réalisation. Les membres du comité consultatif et les lecteurs externes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

D^{re} Suzanne Brissette : médecin experte pour des réponses média.

M^{me} Cassandra Sass : participation à des travaux sur le sevrage d'alcool au CISSSAT.

Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document; les conclusions et les recommandations qu'il contient ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	VII
GLOSSAIRE	VIII
INTRODUCTION.....	1
1. MÉTHODOLOGIE.....	3
1.1. Questions de recherche.....	3
1.1.1. Protocole médical national.....	3
1.2. Recherche et méthode de synthèse de l'information et des recommandations cliniques.....	4
1.2.1. Stratégie de repérage d'information scientifique.....	4
1.2.2. Sélection des documents.....	5
1.2.3. Évaluation de la qualité méthodologique.....	6
1.2.4. Extraction.....	7
1.2.5. Analyse et synthèse	7
1.3. Recherche et méthode de synthèse de l'information contextuelle et des savoirs expérientiels	7
1.3.1. Repérage de l'information.....	7
1.3.2. Respect de la confidentialité et du code d'éthique.....	9
1.3.3. Analyse et synthèse de l'information tirée des consultations	9
1.4. Méthode délibérative et processus de formulation des recommandations.....	9
1.5. Validation	10
1.6. Mise à jour du protocole médical national.....	10
2. RÉSULTATS	11
2.1. Description des documents retenus	11
2.2. Protocole médical national	12
2.2.1. Définition de la situation clinique	12
2.2.2. Contre-indications à l'application du protocole médical national	14
2.2.3. Appréciation de la condition de santé.....	16
2.2.4. Conduite thérapeutique	21
2.2.5. Information à transmettre.....	29
2.2.6. Suivi.....	31
2.2.7. Situations qui exigent une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation	38
DISCUSSION.....	41
CONCLUSION	44
RÉFÉRENCES.....	45

ANNEXE A.....	49
Commentaires des lecteurs externes.....	49
ANNEXE B.....	69
Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs du PMN pour l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion des publications	6
Tableau A-1	Traitement des commentaires du premier lecteur externe	49
Tableau A-2	Traitement des commentaires du deuxième lecteur externe.....	53
Tableau A-3	Traitement des commentaires du troisième lecteur externe.....	57
Tableau A-4	Traitement des commentaires du quatrième lecteur externe	66
Tableau B-1	Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du protocole médical national pour l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool	75

RÉSUMÉ

Introduction

Un arrêt ou une réduction importante de la consommation d'alcool, à la suite d'une consommation massive et prolongée, peut engendrer le développement d'un syndrome de sevrage alcoolique. Les signes et symptômes qui y sont associés peuvent être bénins, tels que des tremblements et des insomnies, mais peuvent également évoluer vers des complications majeures comme le delirium tremens et même la mort en l'absence de traitements pharmacologiques adaptés.

Depuis 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'élaborer, de mettre à jour et d'héberger les protocoles médicaux nationaux (PMN) et les modèles d'ordonnance en vigueur. Dans le contexte de la mise en œuvre du Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (PAID), et considérant qu'une grande partie des actes cliniques effectués dans le cadre du sevrage de l'alcool est prise en charge par des infirmières, la Direction nationale des soins et services infirmiers du MSSS a demandé à l'INESSS d'élaborer un PMN pour encadrer l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour traiter le syndrome de sevrage alcoolique afin de favoriser la prise en charge des personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA).

Méthodologie

Une revue systématique de guides de pratique clinique (GPC), consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices et de tout autre document présentant des recommandations cliniques a été menée dans plusieurs bases de données en respectant les normes et procédés de l'INESSS. La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre janvier 2015 et mai 2020. Les documents retenus ciblaient les personnes avec un TUA pour qui un traitement pharmacologique pour le syndrome de sevrage d'alcool était envisagé. Les paramètres recherchés étaient les critères d'appréciation de la condition de santé, les traitements pharmacologiques utilisés, les situations cliniques pour lesquelles l'administration de médicaments est indiquée ou contre-indiquée, les éléments de suivi nécessaires en fonction du milieu de soins ainsi que les situations cliniques particulières exigeant une investigation supplémentaire ou une réévaluation avec le prescripteur.

Une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée en consultant les sites Web des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux, paragouvernementaux, d'associations ou d'ordres professionnels en lien avec le thème des travaux. Les bibliographies des publications retenues ont été consultées pour répertorier d'autres documents pertinents.

L'analyse de l'information a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur le savoir expérientiel des différentes parties prenantes consultées.

Résultats

La recherche d'information a permis de répertorier 4941 documents, parmi lesquels 10 GPC ont été retenus. Ces guides ont été jugés de qualité méthodologique adéquate pour leur utilisation selon la grille AGREE II.

La recension des recommandations de bonne pratique clinique ainsi que l'information contextuelle et le savoir expérientiel des membres du comité consultatif ont tout d'abord permis de déterminer que les principaux traitements administrés en première ligne dans le cadre d'un sevrage d'alcool comportent soit la gabapentine, soit une molécule de la famille des benzodiazépines. Ces traitements peuvent toutefois être prescrits selon deux schémas posologiques généraux : selon les symptômes ou selon un horaire fixe. Ainsi, pour un traitement selon un horaire fixe, l'administration peut être amorcée dès que la personne cesse sa consommation d'alcool alors que, pour un traitement selon les symptômes, l'administration est commencée lorsque la personne a réduit ou cessé sa consommation et qu'elle présente des signes ou symptômes de sevrage. La situation clinique pour l'application du protocole a aussi été définie de manière à prendre en compte ces particularités. Étant donné les risques liés à la consommation concomitante de benzodiazépines ou de gabapentine et d'autres dépresseurs du système nerveux central, des restrictions ont par ailleurs été spécifiées à ce sujet pour les sevrages qui sont effectués en milieu ambulatoire.

Le processus d'élaboration du PMN a également permis de souligner l'importance d'utiliser une échelle objective et validée pour évaluer, lors d'un sevrage effectué en établissement, la sévérité des signes et symptômes de sevrage alcoolique, ce qui guide l'administration des médicaments lors de l'utilisation d'un schéma posologique selon les symptômes ainsi que le suivi de la personne traitée. À cet égard, l'échelle d'évaluation CIWA-Ar devrait être utilisée pour toute évaluation du sevrage effectué en personne. Le savoir expérientiel des parties prenantes a toutefois permis de mettre en lumière certaines limites d'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, notamment dans les services d'urgence, où une version validée plus condensée de cette échelle, soit la CIWA-modifiée, pourrait être utilisée. L'utilisation de ces échelles n'est toutefois pas possible pour guider l'administration des doses chez les personnes dont le sevrage d'alcool est effectué en milieu ambulatoire. Étant donné que ces personnes sont à faible risque de complications et qu'elles sont en quelque sorte maîtres de la prise de leur médication, l'administration des médicaments s'y fait simplement en présence d'au moins un symptôme de sevrage.

Enfin, l'importance de surveiller et de rechercher les signes et symptômes suggérant une évolution défavorable de la situation clinique, notamment l'apparition de convulsions, de fièvre ou de signes et symptômes suggestifs d'un delirium tremens, a été mise de l'avant dans le protocole, de même que l'apparition de signes et symptômes d'une sédation

excessive. Le savoir expérientiel des parties prenantes a également permis de clarifier la fréquence minimale de suivi en fonction de la sévérité des signes et symptômes de sevrage observés, de même que des éléments devant être couverts lors de celui-ci, tout en permettant une certaine flexibilité selon le milieu de soins, la disponibilité du personnel soignant et l'évolution de l'état de la personne.

Conclusion

La réalisation de ce PMN a été fondée sur des recommandations de bonne pratique qui ont été bonifiées par le savoir expérientiel de différents experts et cliniciens ainsi que par des aspects contextuels recensés. Au terme d'une analyse impliquant la triangulation des données provenant de ces différentes sources, ce document devrait favoriser une meilleure prise en charge des personnes qui reçoivent un traitement pharmacologique pour un sevrage d'alcool, tout en soutenant l'interdisciplinarité de cette prise en charge et l'uniformisation de la pratique dans les divers milieux. Une évaluation de la pertinence de mettre à jour le PMN sera effectuée minimalement tous les quatre ans pour permettre sa révision avant cinq ans.

SUMMARY

Administration of benzodiazepines or gabapentin prescribed via an individual prescription for alcohol withdrawal

Introduction

Stopping or significantly reducing alcohol consumption after prolonged and heavy use can lead to the development of alcohol withdrawal syndrome. The associated signs and symptoms may be mild, such as tremor and insomnia, but can also progress to major complications, such as delirium tremens and even death in the absence of appropriate pharmacological treatment.

In 2014, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) tasked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) with developing, updating, and hosting the current national medical protocols (NMPs) and prescription templates. In connection with the implementation of the Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (2018-2028 Interministerial Addiction Action Plan), and considering that a large portion of the clinical procedures performed in the context of alcohol withdrawal are handled by nurses, the MSSS's Direction nationale des soins et services infirmiers asked the INESSS to develop an NMP that would provide a framework for administering drugs prescribed via an individual prescription to treat alcohol withdrawal syndrome, with the aim of optimizing primary care management of alcohol use disorder (AUD).

Methodology

A systematic review of clinical practice guidelines (CPGs), expert consensus statements, consensus conference reports, guidance documents, and any other types of publications containing clinical recommendations was conducted in several databases in accordance with the INESSS's standards and processes. The literature search was limited to items published between January 2015 and May 2020. The selected items focused on individuals with AUD for whom pharmacotherapy for alcohol withdrawal syndrome is used. The information sought was the criteria for assessing health status, the pharmacological treatments used, the clinical situations in which the administration of drugs is indicated or contraindicated, the necessary follow-up based on the care setting, and the specific clinical situations requiring further investigation or a reassessment with the prescriber.

In addition, a manual literature search was carried out by consulting the websites of health technology agencies and bodies, as well as those of government and paragovernmental bodies, and professional associations and bodies dealing with the topic of interest. The bibliographies of the selected publications were searched for other relevant items.

The data were analyzed from the perspective of contextualizing the practice in Québec, using mainly legislative, regulatory and organizational contextual information specific to Québec, and the experiential knowledge provided by the different stakeholders consulted.

Results

The information search yielded 4941 items, of which 10 CPGs were selected. These guidelines were deemed of sufficient methodological quality for use, based on the AGREE II instrument.

From a review of the best clinical practice guidelines, the contextual information and the experiential knowledge provided by the advisory committee members, it was determined that the preferred first-line treatments for alcohol withdrawal involve either gabapentin or a benzodiazepine. These treatments can be prescribed according to two general dosing regimens: symptom-triggered or fixed-schedule. In fixed-schedule therapy, dosing can be started as soon as the person stops drinking alcohol, while in symptom-triggered therapy, dosing is started when the person has reduced or stopped his or her drinking and is showing signs or symptoms of withdrawal. The clinical situation for applying the protocol has been defined to take this into account. Also, given the risks associated with the concomitant use of benzodiazepines or gabapentin and other central nervous system depressants, restrictions concerning this matter have also been set out for withdrawal in an outpatient setting.

The NMP development process also provided the opportunity to emphasize the importance of using an objective, validated scale to assess, in the case of inpatient withdrawal, the severity of signs and symptoms of alcohol withdrawal, which serves to guide both the administration of drugs in a symptom-triggered regimen and the patient's follow-up. For this, the CIWA-Ar assessment scale should be used for all in-person withdrawal assessments. However, based on the stakeholders' experiential knowledge, there are certain limitations in using the CIWA-Ar, particularly in emergency departments, where a shorter, validated version of this scale, the Modified CIWA, could be used. However, these scales cannot be used to guide dosing in individuals undergoing alcohol withdrawal in an outpatient setting. Since they are at low risk for complications and are, so to speak, in the driver's seat when it comes to their medication use, they simply take their medication when there is at least one withdrawal symptom.

Lastly, the importance of monitoring and looking for signs and symptoms pointing to an unfavourable change in the clinical situation, such as the occurrence of convulsions, fever or signs and symptoms suggestive of delirium tremens, or for signs and symptoms of over-sedation, is emphasized in the protocol. In addition, the stakeholders' experiential knowledge helped clarify the minimum frequency of follow-up based on the severity of the observed withdrawal signs and symptoms and what this follow-up should cover, there being a certain amount of flexibility, depending on the care setting, the availability of health-care staff, and changes in the individual's status.

Conclusion

This NMP was developed based on the best practice recommendations, which were enhanced with the experiential knowledge provided by different experts and clinicians, and with contextual information. With an analysis involving the triangulation of data from these different sources having been carried out, the protocol should promote better management of individuals treated pharmacologically for alcohol withdrawal and support the interdisciplinary approach to this management as well as the standardization of practice across the different clinical care settings. An assessment of the pertinence of updating the NMP will be carried out at least every four years in order for the protocol to be revised within a five-year period.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGREE II	<i>Appraisal of guidelines for research and evaluation</i>
APA	American Psychiatric Association
ASAM	American Society of Addiction Medicine
BCCSU	British Columbia Centre on Substance Use
CCDUS	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
CCSMPA	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
CH	Centre hospitalier
CIWA-Ar	<i>Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised</i>
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
DSM-5	5 ^e édition du <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</i>
EBM	<i>Evidence-Based Medicine Reviews</i>
ECG	Électrocardiogramme
e-CPS	<i>Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties</i>
GMF	Groupe de médecine familiale
GPC	Guides de pratique clinique
GUO	Guide d'usage optimal
IAWMH	International Association for Women's Mental Health
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PMN	Protocole médical national
QTc	Intervalle de temps corrigé entre les ondes Q et T
RASS	<i>Richmond Agitation Sedation Scale</i>
RS	Revue systématique
SAWS	<i>Short Alcohol Withdrawal Scale</i>
SFA	Société Française d'Alcoologie
SNC	Système nerveux central
TUA	Trouble lié à l'usage d'alcool
TUS	Trouble lié à l'usage de substances
VA/DoD	Department of Veterans Affairs/Department of Defense
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry

GLOSSAIRE

Abstinence (à une substance)

Absence totale, temporaire ou permanente, d'usage de la substance. L'abstinence peut être primaire (jamais d'expérimentation de la substance) ou secondaire (expérimentation passée). L'abstinence peut être l'un des objectifs thérapeutiques fixé à un moment donné par un sujet atteint de mésusage d'une substance [SFA, 2015].

Consommation à risque (d'alcool)

L'usage (ou la consommation) à risque est asymptomatique, mais est susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages physiques ou psychiques. L'usage à risque est la forme la moins sévère du mésusage. La notion d'usage à risque ne se retrouve pas dans les systèmes de classification psychiatrique du *Diagnostic and statistical manual* (DSM) ou de la *Classification internationale des maladies* (CIM), mais a été proposée par l'OMS.

Consommation abusive (d'alcool)

Par consommation abusive d'alcool, on entend les hommes ayant déclaré avoir bu cinq verres d'alcool ou plus, ou les femmes ayant déclaré avoir bu quatre verres d'alcool ou plus, en une même occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année [INSPQ, 2020].

Déterminants sociaux de la santé

Facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des gens. Ces facteurs sont apparents dans les conditions de vie et de travail de tous les jours, et incluent le revenu, l'instruction, le chômage et la sécurité d'emploi, l'emploi et les conditions de travail, le développement du jeune enfant, l'insécurité alimentaire, le logement, l'exclusion sociale, le filet de sécurité sociale, les services de santé, le statut autochtone, le sexe, la race et l'invalidité [Association canadienne de santé publique, 2012].

Intervention brève

Type d'intervention le plus souvent adaptée aux entretiens de soins primaires et visant au cours du même entretien à : 1) évaluer la consommation de substance d'un sujet en vue du repérage d'un mésusage; 2) informer le sujet des risques liés au mésusage et définir, selon les situations, le niveau de consommation adéquat; 3) stimuler la motivation du sujet pour changer son comportement de consommation ultérieur [SFA, 2015].

Mésusage (d'une substance)

Le mésusage rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner. Par définition, le mésusage de l'alcool comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool [SFA, 2015].

Motivationnel(le) (entrevue, thérapie, approche, intervention)

Style d'intervention directive, centrée sur le patient et fondée sur l'exploration et la résolution de l'ambivalence, qui vise à faciliter le changement de comportement [SFA, 2015].

Rechute

La rechute a longtemps été définie par la reprise du premier verre après un sevrage. Cette définition est aujourd'hui abandonnée. La définition la plus habituelle est celle retenue par la Food and Drug Administration : reprise de fortes consommations (égales ou supérieures à 5 verres/jour en une seule occasion pour les hommes de moins de 65 ans; égales ou supérieures à 4 verres/jour pour les hommes de plus de 65 ans et les femmes) [SFA, 2015].

Sevrage d'alcool (syndrome de)

Ensemble de signes appartenant à un syndrome qui survient lors de l'arrêt ou de la réduction brutale de l'usage d'alcool chez un sujet dépendant ayant préalablement développé des processus de neuro-adaptation cérébrale envers l'alcool. Le syndrome de sevrage à l'alcool peut se caractériser par des signes neurovégétatifs (sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension) ou neurocognitifs (agitation, confusion, convulsions, délire) [SFA, 2015].

Trouble lié à l'usage d'alcool

Mode problématique d'usage de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significatives, pour lequel au moins 2 des critères décrits dans le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-5) sont survenus dans une période de 12 mois. Le DSM-5 a remplacé les troubles d'abus et de dépendance à l'alcool décrits dans le DSM-IV par un seul trouble lié à l'usage d'alcool [Psychomédia, 2018].

Verre-standard (d'alcool)

Un verre standard est une unité de référence mesurant la consommation d'alcool d'un sujet, qui tient compte du type et du pourcentage d'alcool, ainsi que de la quantité versée. Au Canada, un « verre d'alcool standard » correspond à toute boisson qui contient 13,6 g d'alcool pur. [SFA, 2015; INSPQ, 2010].

INTRODUCTION

Problématique

En 2018, 19,1 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus (soit environ 5,9 millions de personnes) ont déclaré des consommations d'alcool pouvant être considérées comme abusives [Statistique Canada, 2019]. En 2017, le taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool (249 pour 100 000 personnes) se comparait au taux d'hospitalisations à la suite d'une crise cardiaque (243 pour 100 000) [CCDUS, 2019]. De plus, selon les données clinico-administratives québécoises de 2016-2017, le syndrome de sevrage de l'alcool a mené à 4571 visites dans les urgences et à l'hospitalisation de 3166 personnes pour une durée moyenne de 11,4 jours [INESSS, 2019].

Les symptômes de sevrage chez les personnes avec un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) varient en intensité, allant de manifestations bénignes telles que des tremblements et insomnies jusqu'à des complications majeures pouvant évoluer vers le delirium tremens, qui constitue la forme grave du syndrome de sevrage alcoolique [Bayard *et al.*, 2004]. Cet état est associé à une hyperactivité du système nerveux autonome, une désorientation, une confusion, des hallucinations, la survenue possible de crises convulsives et peut entraîner la mort du patient [Pic, 2015].

Contexte de l'amorce des travaux

Depuis 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'héberger et de mettre à jour les protocoles médicaux nationaux et les modèles d'ordonnance en vigueur, ainsi que d'en réaliser de nouveaux découlant d'un exercice de priorisation du comité directeur ministériel. Pour harmoniser et baliser les ordonnances appliquées par des professionnels de la santé autorisés, le Collège des médecins du Québec (CMQ) publiait son guide sur les ordonnances collectives en 2017 à la suite de la modification du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin [CMQ, 2017]. Ce règlement prévoit notamment l'obligation de se référer intégralement aux protocoles médicaux nationaux publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance réalisée au sein d'un établissement porte sur une condition clinique visée par un tel protocole.

Considérant qu'une grande partie des actes cliniques effectués dans le cadre du sevrage de l'alcool est prise en charge par des infirmières, qui sont souvent les pivots dans les dossiers, la Direction nationale des soins et services infirmiers du MSSS a demandé à l'INESSS d'élaborer un protocole médical national (PMN) pour encadrer l'administration des médicaments prescrits pour le sevrage alcoolique. Bien que les molécules de la classe des benzodiazépines aient longtemps été considérées comme le traitement de première intention, leur usage comporte certains risques importants pour cette population, tels qu'une interaction pharmacologique avec l'alcool qui peut en accentuer les effets et augmenter sa toxicité, un nombre élevé d'interactions médicamenteuses, des effets secondaires importants et un potentiel de dépendance, de diversion et d'usage

non médical non négligeable. Dans leur version publiée en 2019, les lignes directrices de la Colombie-Britannique recommandent d'ailleurs de privilégier les anticonvulsivants tels que la gabapentine comme option de traitement pour le sevrage de l'alcool en milieu ambulatoire d'une personne avec un TUA [BCCSU, 2019].

Objectifs

Ces travaux ont comme objectifs de recenser les meilleures pratiques cliniques entourant le sevrage de l'alcool d'une personne avec un TUA afin d'élaborer un PMN pour encadrer l'administration d'un traitement pharmacologique et ainsi favoriser une pratique optimisée et harmonisée à l'échelle provinciale. De plus, une revue systématique des données scientifiques disponibles a été nécessaire afin de pouvoir se positionner concernant les options de traitement pharmacologique à privilégier pour le syndrome de sevrage alcoolique [INESSS, 2021e]. Enfin, ces travaux ont été effectués en parallèle avec ceux visant l'élaboration de trois outils complémentaires, soit un PMN pour l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un TUA diagnostiqué ou suspecté [INESSS, 2021d], un PMN pour l'initiation d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne avec un TUA [INESSS, 2021c], ainsi qu'un guide d'usage optimal (GUO) des traitements pharmacologiques pour le sevrage de l'alcool et la prévention des rechutes [INESSS, 2021b].

Livrables

- PMN pour l'administration de benzodiazépines ou de gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'une personne avec un TUA;
- Rapport en soutien au PMN pour l'administration de benzodiazépines ou de gabapentine.

Aspects exclus

- Aspects liés à l'implantation et au déploiement du PMN;
- Aspects économiques, organisationnels, sociaux et éthiques.

1. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie proposée pour réaliser le PMN respecte les normes de qualité de l'INESSS. Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les aspects à documenter dans le PMN. Pour chacune d'elles, une recherche documentaire a été réalisée et combinée à la collecte de savoirs expérientiels. L'analyse des informations a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur le savoir expérientiel des différentes parties prenantes consultées. Les détails sont présentés ci-dessous.

1.1. Questions de recherche

Les questions de recherche ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH — population à qui s'adresse l'intervention, intervention, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (*outcomes*) ainsi que le milieu et le contexte de l'intervention (*health care setting*) — présenté plus loin.

1.1.1. Protocole médical national

1.1.1.1. Situation clinique et contre-indications

- 1) Quels sont les critères pour définir la situation clinique qui fait l'objet du protocole (p. ex. l'âge du groupe cible, les principales manifestations ou conditions cliniques requises pour procéder à l'administration de médicaments dans le cadre de ce protocole)?
- 2) Quelles sont les contre-indications à l'application du protocole (p. ex. les manifestations ou conditions cliniques à exclure)?
- 3) Quelles sont les autres investigations à faire (p. ex. des analyses de laboratoire) pour l'appréciation de la condition de santé pour procéder à l'administration de médicaments et lors du suivi de la personne traitée?

1.1.1.2. Conduite thérapeutique

- 4) Quelles sont les modalités de bonne pratique clinique pour l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de sevrage d'alcool en ce qui concerne les aspects suivants :
 - le nombre maximal d'administrations;
 - les précautions à prendre;
 - le moment et les modalités d'administration;
 - les modalités d'ajustement de la médication prescrite;
 - les effets indésirables?

1.1.1.3. Information à transmettre

- 5) Quels sont les renseignements ou consignes à transmettre à la personne, à son proche aidant ou à l'équipe de soins?

1.1.1.4. Suivi

- 6) Quelles sont les modalités de bonne pratique clinique concernant le suivi des personnes qui se voient administrer des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool, y compris :
- l'appréciation de l'efficacité et de l'innocuité du traitement?
 - la vérification de l'absence de complications (p. ex. symptômes et signes d'alarmes)?
- 7) Quelles sont les particularités des modalités de suivi relatives aux divers contextes de soins comme les centres hospitaliers (CH), les centres de réadaptation en dépendance (CRD), les groupes de médecine familiale (GMF) ou le milieu carcéral?
- 8) Quelles sont les situations qui requièrent une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation?

1.2. Recherche et méthode de synthèse de l'information et des recommandations cliniques

1.2.1. Stratégie de repérage d'information scientifique

La stratégie de repérage a été élaborée en collaboration avec un conseiller en information scientifique (bibliothécaire). Cette stratégie est présentée à l'annexe A du document *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires* [INESSS, 2021a]. Afin de diminuer les biais de divulgation, le repérage d'information a été effectué dans plus d'une base de données, notamment MEDLINE, Embase et Evidence-Based Medicine Reviews (EBM Reviews). La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre janvier 2015 et mai 2020. Seules les publications en français et en anglais ont été retenues. Une recherche spécifique a également été effectuée afin de répertorier les documents qui n'ont pas été publiés dans des périodiques consultés en utilisant un moteur de recherche tel que Google. Les sociétés savantes et les agences d'évaluation des technologies de la santé de pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, France, Angleterre, Écosse) ont été consultées.

Une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée en visitant les sites Web des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux, paragouvernementaux, d'associations ou d'ordres professionnels en lien avec la thématique des travaux. Les documents provenant des agences réglementaires nord-américaines, dont la Food and Drug Administration (FDA) et Santé Canada, ont également été consultés, de même que les monographies

officielles des médicaments recommandés pour le sevrage d'alcool homologués par Santé Canada, qui ont été repérées par le biais de la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada ou, à défaut, par l'*electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* (e-CPS). Les documents publiés par les différentes directions de l'INESSS, dont les avis d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription en lien avec le thème des travaux, ont aussi été consultés, ainsi que les listes de médicaments publiées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'intention des établissements et du régime public d'assurance médicaments. Enfin, d'autres documents pertinents ont été répertoriés à partir des bibliographies des publications retenues ou rapportés par les divers experts impliqués tout au long du processus d'élaboration du PMN.

1.2.2. Sélection des documents

Une sélection commune des documents répertoriés par la recherche d'information scientifique a été faite pour tous les livrables de ce projet. La sélection a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le tableau 1 ci-dessous. Les divergences d'opinions ont été réglées en considérant l'avis d'un troisième examinateur. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse. Les raisons d'une inclusion ou d'une exclusion ont été inscrites dans un fichier avec la qualification des références. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des documents est présenté à l'annexe B du document *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires* [INESSS, 2021a]. Les critères de sélection pour chacune des questions sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des publications

Critères d'inclusion	
Population	Personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool avéré
Intervention	Initiation d'un traitement pharmacologique pour le syndrome de sevrage d'alcool et la prévention des rechutes
Professionnels visés/ type de publication	Guides de bonne pratique clinique, consensus d'experts, lignes directrices, revues systématiques contenant des recommandations cliniques s'adressant aux professionnels de la santé
Paramètres d'intérêt	- Définition de la situation clinique applicable au protocole (p. ex. âge du groupe cible, principales manifestations ou conditions cliniques requises pour procéder à l'initiation d'un traitement du syndrome de sevrage alcoolique) - Contre-indications à l'application du protocole - Analyses de laboratoire à effectuer - Traitements pharmacologiques (posologie, durée du traitement, modalités et moment d'administration, précautions à prendre, nombre maximal d'administrations, effets indésirables, contre-indications, interactions médicamenteuses) - Éléments de suivi (évaluation de l'efficacité du traitement) et particularités en fonction du milieu de soins - Information à transmettre à la personne, à son entourage ou à l'équipe de soins - Situations particulières exigeant une investigation supplémentaire et/ou un suivi avec le médecin et/ou une prise en charge par une IPS ou un médecin
Milieu et contexte clinique de l'intervention	Prise en charge ambulatoire, centre hospitalier, centre de réadaptation en dépendance, groupe de médecine familiale, clinique privée, milieu carcéral, soins à domicile
Année de publication	2015 à 2020
Critères d'exclusion	
Qualité méthodologique	Document dont la qualité méthodologique est jugée inadéquate à l'aide de la grille d'évaluation AGREE II.

1.2.3. Évaluation de la qualité méthodologique

Les documents ont été évalués indépendamment par deux professionnels scientifiques. En présence d'une divergence importante relativement à l'évaluation, un consensus a été recherché. À défaut de consensus, l'avis d'un troisième examinateur a été sollicité. L'outil d'évaluation de la qualité méthodologique AGREE II (*Appraisal of guidelines for research and evaluation*) a été utilisé pour évaluer la qualité des documents comportant des recommandations [Brouwers *et al.*, 2010].

La qualité méthodologique des guides de pratique clinique, des lignes directrices ou de tout autre document présentant des recommandations cliniques n'a été évaluée que si les auteurs ont élaboré *de novo* des recommandations ou ont adapté celles d'autres organisations. Par conséquent, aucune évaluation de la qualité méthodologique n'a été

effectuée si des auteurs ont adopté, sans modifications, des recommandations cliniques d'autres organisations. Dans le cas où seule de l'information clinique pertinente pour les besoins des travaux (p. ex. symptômes, signes, diagnostic différentiel) était présente et extraite de certains guides de pratique clinique ou de tout autre document présentant des recommandations cliniques, la qualité méthodologique de ces derniers n'a pas été évaluée. Les résultats des évaluations de la qualité méthodologique sont présentés à l'annexe E du document *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires* [INESSS, 2021a].

1.2.4. Extraction

L'extraction des informations cliniques et des recommandations a été effectuée par un professionnel scientifique à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Les données ont été validées par un deuxième professionnel scientifique. L'information extraite des documents retenus est présentée à l'annexe F du document *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires* [INESSS, 2021a].

1.2.5. Analyse et synthèse

Les informations concernant les modalités de pratique ont été résumées sous la forme d'une synthèse descriptive par thématique. Les recommandations extraites des documents retenus, appuyées par le niveau de preuve scientifique et l'argumentaire, ont été reproduites dans des tableaux afin de pouvoir les comparer et repérer les similarités et les différences.

1.3. Recherche et méthode de synthèse de l'information contextuelle et des savoirs expérientiels

1.3.1. Repérage de l'information

Les recommandations cliniques élaborées par l'INESSS sont le fruit de la triangulation des données issues de la littérature avec le savoir expérientiel d'experts ou de cliniciens québécois ainsi que d'éléments contextuels propres au Québec. L'information contextuelle est issue des documents suivants :

- Lois et règlements :
 - Loi réglementant certaines drogues et autres substances —
Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées
[Gouvernement du Canada, 2019]
 - Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (loi 41)
 - Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin
 - Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier

- Le guide d'exercices sur les ordonnances individuelles faites par un médecin [CMQ, 2016]
- Le guide d'exercice sur les activités réservées aux pharmaciens [OPQ et CMQ, 2019]
- Le Guide du personnel infirmier en soins primaires, qui aborde le diagnostic et le traitement d'un bon nombre de problèmes de santé
- Le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (PAID), lancé en octobre 2018
- Le guide de pratique en télémédecine [CMQ, 2015]
- Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19 [CMQ, 2020]
- Les protocoles et ordonnances individuelles préimprimées du CISSS de la Montérégie-Ouest, de l'Université du Québec en Outaouais, du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), de la Communauté de pratique médicale en dépendance (CPMD), du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Les savoirs expérimentiels ont été obtenus principalement par la consultation de parties prenantes qui participaient aux travaux des comités mis en place par l'INESSS ou le MSSS.

1.3.1.1. Comité consultatif

Un comité consultatif a été mis sur pied afin d'accompagner l'INESSS dans ce projet. Le comité était formé de membres indépendants reconnus pour leur expertise dans le domaine du TUA. Les membres ont été sélectionnés avec un objectif de diversité professionnelle et géographique, de crédibilité scientifique, et de connaissances et expériences cliniques. Ce comité avait pour mandat d'accompagner l'INESSS afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. La composition de ce comité est présentée dans les pages liminaires du présent rapport.

1.3.1.2. Comité d'excellence clinique — Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées)

Le Comité d'excellence clinique — Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées) a également contribué aux travaux en émettant des commentaires et en soulevant des enjeux cliniques et organisationnels à l'étape du plan de réalisation. Sa composition est présentée dans les pages liminaires de ce rapport.

1.3.2. Respect de la confidentialité et du code d'éthique

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme pour protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et les collaborateurs qui ont participé aux travaux ont pris connaissance du code d'éthique et se sont engagés à le respecter.

1.3.2.1. Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toutes les personnes qui ont collaboré à ce dossier ont dû déclarer au préalable leurs intérêts personnels susceptibles de les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles ont également été dévoilés. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les déclarations soumises ont fait l'objet d'une évaluation par l'INESSS, laquelle a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. Aucune modalité particulière n'a dû être employée. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles est divulgué publiquement dans les pages liminaires de ce rapport, par souci de transparence.

1.3.3. Analyse et synthèse de l'information tirée des consultations

Les consultations et rencontres avec les parties prenantes ont permis, notamment, de recueillir des données expérientielles et de contextualiser les données scientifiques analysées au regard de la pratique clinique québécoise. La contribution des parties prenantes a été documentée de manière qualitative en utilisant des fiches d'interaction ainsi que des comptes rendus de réunion consignés dans un espace de travail commun. Ces documents contiennent l'information sur la date, le lieu et l'objet de la rencontre, la synthèse des points saillants abordés et les précisions sur le suivi qui a été effectué. Les consultations de groupes ont de plus été enregistrées avec l'accord des participants.

1.4. Méthode délibérative et processus de formulation des recommandations

Le choix du contenu et l'élaboration du protocole médical national ont été faits avec le comité consultatif. Ainsi, pour chaque question d'évaluation, un tableau a été présenté aux membres du comité consultatif mettant en parallèle l'information clinique ou les recommandations de bonne pratique clinique et les constats préliminaires formulés par l'équipe de projet à la suite de l'analyse de l'ensemble de la preuve.

Les membres du comité consultatif ont par la suite échangé dans un processus délibératif informel sur l'ensemble de la preuve en vue d'élaborer les divers outils de ce projet. Dans un deuxième temps, ils ont dû se prononcer sur les documents finaux, soit en délibéré ou par courriel, selon le degré de divergence des opinions initiales. Le

contenu final du protocole a été accepté par un vote d'approbation d'au moins 80 % des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée d'une information ou d'une recommandation ou sur la pertinence de l'inclure, celle-ci a été retirée ou reformulée.

Le contenu a été élaboré en considérant la qualité de la preuve scientifique, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et l'applicabilité de l'intervention dans le contexte de la pratique au Québec.

Le processus d'élaboration des documents a également requis d'examiner, avec le comité consultatif, la portée de leur application pour la population cible et les répercussions possibles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles.

Le PMN et le rapport en soutien aux travaux ont été par la suite envoyés par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires. Les documents ainsi finalisés avec l'accord du comité consultatif ont ensuite été présentés aux lecteurs externes. Les documents sont revenus par courriel vers les membres du comité consultatif lorsque des changements au contenu ont été proposés par les lecteurs externes, afin de vérifier la pertinence de reformuler ou non les directives.

1.5. Validation

Le présent rapport a été soumis à quatre lecteurs externes pour qu'ils en évaluent la qualité scientifique globale. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur implication dans le domaine concerné et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec; leur nom et leur affiliation sont présentés dans les pages liminaires du document.

Par ailleurs, plusieurs futurs utilisateurs potentiels venant de diverses régions du Québec ont été consultés pour s'assurer de la qualité globale du PMN, de la clarté et de la complétude de l'information présentée ainsi que de l'applicabilité des directives dans leur milieu de soins respectif. Un sondage en ligne a été effectué au mois de janvier 2021 pour recueillir leurs commentaires sur le PMN. La liste des participants à ce sondage est présentée dans les pages liminaires du présent document.

Les commentaires des lecteurs externes et ceux des futurs utilisateurs potentiels ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final, s'il y a lieu. Ils sont reproduits dans les tableaux récapitulatifs disponibles aux annexes [A](#) et [B](#), respectivement, du présent document.

1.6. Mise à jour du protocole médical national

Une évaluation de la pertinence de mettre à jour le protocole médical national sera effectuée au moins tous les quatre ans pour permettre sa révision avant cinq ans.

2. RÉSULTATS

2.1. Description des documents retenus

La recherche d'information scientifique a permis de répertorier 4941 publications, parmi lesquelles 10 guides de pratique clinique (GPC) et 81 études primaires ont été retenus. L'information relative aux études primaires a été analysée dans un autre rapport [INESSS, 2021e].

Parmi les guides retenus, quatre proviennent des États-Unis, soit :

- un GPC produit par l'American Psychiatric Association : *Practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder* [APA, 2018];
- un GPC produit par l'American Society of Addiction Medicine : *The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management* [ASAM, 2020];
- un GPC produit par le Department of Veterans Affairs et le Department of Defense : *Clinical practice guideline for the management of substance use disorders* [VA/DoD, 2015];
- un GPC produit par la Michigan Medicine, University of Michigan : *Alcohol withdrawal in hospitalized patients: Michigan Alcohol Withdrawal Severity (MAWS) protocol* [Czarnik et al., 2020];

deux proviennent du Canada, soit :

- un GPC produit par le British Columbia Centre on Substance Use : *Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder* [BCCSU, 2019];
- un GPC produit par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées : *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées* [CCSMPA, 2019];

deux proviennent du Royaume-Uni, soit :

- un GPC produit par le National Institute for Health and Care Excellence : *Alcohol use disorders: Diagnosis and management of alcohol related physical complications* [NICE, 2017];
- un autre GPC également produit par le National Institute for Health and Care Excellence : *Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence* [NICE, 2019];

un provient de la France, soit :

- un GPC produit par la Société Française d'Alcoologie : *Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement – Recommandation de bonne pratique* [SFA, 2015];

et un est un document international, soit :

- un GPC produit en collaboration par la World Federation of Societies of Biological Psychiatry et l'International Association for Women's Mental Health : *WFSBP and IAWMH Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women* [Thibaut *et al.*, 2019].

Ces dix GPC ont été jugés de qualité méthodologique adéquate¹ pour leur utilisation selon la grille AGREE II. Le processus de sélection des études sous forme de diagramme de flux, la liste des publications retenues et celle des études exclues avec les raisons de leur exclusion sont présentés aux annexes B, C et D, respectivement, alors que les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des différents documents retenus sont présentés à l'annexe E du document *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires* [INESSS, 2021a].

2.2. Protocole médical national

Cette section présente les informations extraites de la littérature scientifique et des GPC ainsi que l'information contextuelle et le savoir expérientiel des parties prenantes consultées, qui ont été pris en considération pour répondre aux questions d'évaluations et bâtir le PMN. Au terme de la triangulation des données, l'information et les recommandations cliniques constituant ce document sont présentées dans des encadrés bleus.

2.2.1. Définition de la situation clinique

Les éléments présentés dans cette section du protocole visent à permettre au professionnel habilité de déterminer si la situation clinique de la personne à traiter correspond, ou non, à celle pour laquelle le présent protocole médical peut être utilisé. La situation clinique pour l'application du PMN sur l'administration de benzodiazépines ou de gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool découle tout d'abord du mandat confié à l'INESSS. En effet, les GPC retenus s'accordent pour mentionner que les benzodiazépines ont longtemps été les agents thérapeutiques de choix pour contrôler les symptômes de sevrage alcoolique et, de fait, leur efficacité à prévenir les complications liées au sevrage telles que les convulsions et le delirium tremens est bien connue [ASAM, 2020; BCCSU, 2019]. Leur usage n'est cependant pas sans risques, notamment en milieu ambulatoire, en raison de leur puissant effet sédatif, de leur toxicité potentielle ainsi que de leur possible détournement et mésusage. C'est pourquoi la majorité des GPC retenus proposent les anticonvulsivants comme la gabapentine et la carbamazépine comme option de traitement à privilégier pour le sevrage d'alcool en milieu ambulatoire [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015]. À cet égard, les membres du comité consultatif confirment l'usage répandu au Québec de la gabapentine pour les personnes à faible risque de développer un syndrome de sevrage sévère et compliqué ou lorsque les risques associés aux benzodiazépines surpassent ses avantages. L'usage de la gabapentine pour le sevrage d'alcool est par ailleurs soutenu

¹ Jugement basé principalement sur le domaine de la rigueur d'élaboration.

par les résultats des revues systématiques d'études primaires effectuées dans le cadre de ce projet qui montrent globalement une efficacité similaire de la gabapentine et des benzodiazépines pour le traitement du sevrage d'alcool léger à modéré chez l'adulte [NESSS, 2021e]. En revanche, la carbamazépine n'a pas été retenue par les membres du comité consultatif comme option de traitement pour l'ensemble des outils du présent projet. Les enjeux soulevés par les membres, et qui rendent son usage risqué et complexe en première ligne, incluent les nombreuses interactions médicamenteuses, les surdoses compliquées, les effets indésirables importants chez les personnes âgées et la nécessité de procéder à des tests sanguins avant, puis régulièrement pendant le traitement. Ainsi, seule l'administration des benzodiazépines et de la gabapentine est encadrée par le PMN.

Les GPC retenus s'intéressent presque exclusivement au traitement du sevrage alcoolique d'une population adulte, car peu de données probantes existent pour les personnes de moins de 18 ans. En effet, il est relativement rare que les adolescents avec un TUA développent un syndrome de sevrage qui nécessite une pharmacothérapie [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017]. De plus, les membres du comité consultatif soulignent que la population pédiatrique représente des cas particuliers qui peuvent nécessiter une prise en charge différente de celle de la population adulte et que le PMN ne devrait donc viser que les personnes de 18 ans ou plus.

Par ailleurs, étant donné la possibilité d'avoir deux types de schémas posologiques différents sur l'ordonnance individuelle, soit un schéma basé sur un horaire fixe et un autre basé sur la présence de symptômes de sevrage, la situation clinique couverte par le PMN a été scindée en deux pour refléter cette particularité. Toutefois, que le schéma soit basé sur un horaire fixe ou sur les symptômes, la description de la situation clinique réitère le fait que le PMN encadre uniquement l'administration des médicaments et non l'initiation du traitement, en spécifiant que la personne a une ordonnance valide de benzodiazépines ou de gabapentine pour un sevrage alcoolique.

Bien qu'il soit signalé dans les GPC que les symptômes de sevrage apparaissent typiquement entre 6 et 24 heures suivant la dernière prise d'alcool [Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017], les membres du comité consultatif jugent qu'il ne serait pas approprié ni réaliste de spécifier dans la définition de la situation clinique une période minimale devant s'être écoulée entre l'arrêt de la consommation d'alcool et l'administration de la première dose du traitement. Comme chaque cas est différent; le fait d'imposer un délai avant de commencer l'administration pourrait entraîner des risques d'aggravation du syndrome de sevrage chez certaines personnes. Les membres du comité précisent que le point le plus important pour l'administration d'un traitement pour un sevrage d'alcool est que la consommation d'alcool doit absolument cesser dès le moment où le traitement pharmacologique débute. Cette ligne de conduite s'applique également pour la situation clinique correspondant à une ordonnance dont le schéma posologique est basé sur les symptômes. Dans ce dernier cas, les membres du comité consultatif soulignent toutefois qu'une précision doit être ajoutée puisque les symptômes de sevrage d'alcool peuvent apparaître avec une réduction de la consommation d'alcool, même si celle-ci n'est pas complète. Effectivement, les GPC mentionnent tous que les

symptômes liés au syndrome de sevrage peuvent apparaître lors de la diminution soudaine d'une consommation d'alcool soutenue et prolongée, sans que celle-ci ait nécessairement cessé. Enfin, puisque le PMN vise à encadrer l'administration des médicaments, la définition de la situation clinique qui concerne le schéma posologique selon les symptômes reprend les critères justifiant l'administration de doses prescrites au besoin (PRN) qui sont discutés en détail à la [section 2.2.4.3](#) de ce rapport. Ces critères se traduisent différemment selon que le sevrage se déroule en milieu ambulatoire ou en établissement, les personnes traitées en milieu ambulatoire étant en quelque sorte maîtres de la prise de leur médication, ce qui limite la profondeur de l'évaluation de leurs symptômes qui peut être faite. Il est à noter que le terme « établissement » regroupe les différents milieux de soins avec hébergement où du personnel habilité à assurer la surveillance du sevrage d'alcool est présent sur place, tels que les centres hospitaliers, les centres de réadaptation en dépendance (CRD) et le milieu carcéral. Une note de bas de page dans le PMN précise ces exemples.

La description de la situation clinique incluse dans le PMN est donc la suivante :

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Personne de 18 ans ou plus qui vient de cesser sa consommation d'alcool et qui a une ordonnance valide de benzodiazépines ou de gabapentine pour un sevrage d'alcool en milieu ambulatoire ou en établissement¹ (avec un schéma posologique selon un horaire fixe).

Personne de 18 ans ou plus qui vient de cesser ou de réduire significativement sa consommation d'alcool, qui a une ordonnance valide de benzodiazépines ou de gabapentine pour un sevrage d'alcool (avec un schéma posologique selon les symptômes) et qui présente :

- ▶ lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, au moins 1 des symptômes suivants : nausées, vomissements, anxiété, tremblements, sueurs, irritabilité, forte envie de boire ou, au coucher, insomnie;
- OU
- ▶ lors d'un sevrage en établissement¹, des signes et symptômes de sevrage modéré ou sévère selon l'échelle CIWA-Ar² présentée à l'annexe I.

¹ Par exemple, en centre hospitalier, centre de réadaptation en dépendance (CRD) ou milieu carcéral.

² Lorsque le contexte de soins limite l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, l'échelle CIWA-modifiée présentée à l'annexe II peut être utilisée.

2.2.2. Contre-indications à l'application du protocole médical national

Cette section sert à établir les situations pour lesquelles le protocole ne peut pas être appliqué. Dans la plupart des GPC retenus, aucune contre-indication absolue à l'administration d'un traitement pharmacologique pour le sevrage alcoolique n'est mentionnée. Cependant, en l'absence de preuves claires, les risques de symptômes de sevrage maternel non traités, qui incluent la détresse fœtale, l'avortement spontané,

l'accouchement prématuré et la mort fœtale, doivent être mis en balance avec les risques du traitement pharmacologique [BCCSU, 2019]. Selon le GPC retenu qui porte exclusivement sur les femmes enceintes, il est recommandé de minimiser le plus possible le traitement pharmacologique, ce qui implique par exemple l'utilisation de seuils plus élevés sur l'échelle d'évaluation des symptômes CIWA-Ar que ceux normalement convenus pour l'administration des doses dans la population adulte [Thibaut *et al.*, 2019]. Les membres du comité consultatif ont donc proposé d'ajouter la grossesse et l'allaitement comme contre-indication à l'application du PMN puisque les femmes concernées requièrent une prise en charge particulière.

Par ailleurs, les membres du comité consultatif mentionnent que les unités de soins intensifs ont souvent leurs propres protocoles de gestion du sevrage qui utilisent des échelles d'évaluation des symptômes et des schémas posologiques adaptés à la condition critique des personnes qui y sont admises. Ils sont donc d'avis que l'hospitalisation d'une personne dans une unité de soins intensifs, pour une raison liée ou non à un sevrage alcoolique, devrait constituer une contre-indication à l'application du PMN. Dans ce sens, la présence de convulsions ou de signes et symptômes suggestifs de delirium tremens nécessite également une prise en charge et un suivi qui sont adaptés à la gravité de ces complications et qui ne peuvent pas être intégrés dans le PMN.

Enfin, les GPC recommandent de surveiller étroitement l'administration de benzodiazépines chez les personnes qui consomment des opioïdes ou autres dépresseurs du système nerveux central (SNC) et de procéder au sevrage d'alcool en milieu hospitalier pour les personnes avec une dépendance concomitante aux opioïdes [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Les monographies recommandent également d'éviter de prescrire ou de consommer des benzodiazépines de façon concomitante avec d'autres dépresseurs du SNC [AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. Pour ce qui est de la gabapentine, les GPC et la monographie mettent clairement en garde contre l'association de celle-ci à des opioïdes ou autres dépresseurs du SNC (y compris les drogues illicites [Upjohn Canada, 2020]) et recommandent la prudence [Upjohn Canada, 2020; BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015]. Les membres du comité consultatif sont d'avis que le traitement pour le sevrage ne doit pas être entrepris chez une personne qui a consommé des opioïdes, du GHB ou tout autre dépresseur du SNC, du moins en milieu ambulatoire. En milieu hospitalier, l'ordonnance et la surveillance clinique sont faites en fonction d'une telle consommation, s'il y a lieu. Une contre-indication à ce propos a donc été ajoutée au PMN.

Les contre-indications qui apparaissent au PMN sont les suivantes :

CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CE PROTOCOLE

- ▶ Grossesse ou allaitement
- ▶ Hospitalisation dans une unité de soins intensifs
- ▶ Présence de convulsions ou de signes et symptômes suggestifs de delirium tremens (association d'un état de confusion ou de troubles perceptuels à de la tachycardie, de l'hypertension ou de la fièvre)
- ▶ Pour un sevrage en milieu ambulatoire, consommation active d'autres dépresseurs du système nerveux central (p. ex. benzodiazépines, GHB, opioïdes)

2.2.3. Appréciation de la condition de santé

La section « Directives » du PMN débute avec une démarche d'évaluation de la condition de santé de la personne qui vise à vérifier que la situation clinique est rencontrée. Les éléments qui composent cette évaluation dans le cadre de l'administration de benzodiazépines ou de gabapentine pour un sevrage d'alcool proviennent essentiellement du savoir expérientiel des membres du comité consultatif, bien que des recommandations des GPC puissent en constituer la base.

2.2.3.1. Vérification de la consommation récente d'alcool et d'autres substances

Selon la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), le premier critère d'un syndrome de sevrage est un arrêt (ou une réduction) d'une utilisation d'alcool qui a été importante et prolongée. Par ailleurs, comme il a été mentionné à la [section 2.2.1](#) de ce rapport, les symptômes de sevrage alcoolique apparaissent généralement au cours des 6 à 24 heures suivant cet arrêt de la consommation [Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017]. Le guide de l'ASAM précise que les informations concernant le moment de la consommation d'alcool, la quantité consommée et le temps écoulé depuis la cessation ou la réduction de la consommation d'alcool doivent être recherchées puisque la chronologie de l'apparition et de la gravité des symptômes aide à déterminer la fenêtre de risque de développer un syndrome de sevrage grave ou compliqué. Par exemple, les convulsions peuvent apparaître dès 8 heures après l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool et se poursuivre jusqu'à 48 heures, avec un pic d'activité se produisant autour de 24 heures [ASAM, 2020]. Les membres du comité consultatif ont confirmé l'importance de cette recommandation et, conséquemment, le processus d'appréciation de la condition de santé de la personne qui est décrit dans le PMN débute avec la vérification et la documentation de la quantité, de l'heure et de la date de la dernière consommation d'alcool. Par ailleurs, étant donné l'importance de ne plus consommer d'alcool dès que le traitement pharmacologique est amorcé, ils ajoutent qu'il faudrait le mentionner clairement à cette étape.

L'usage concomitant d'autres substances psychoactives peut non seulement interférer avec le développement des symptômes de sevrage, mais aussi augmenter le risque de complications et complexifier le tableau clinique à cause d'un possible syndrome de sevrage de ces substances [ASAM, 2020]. Les membres du comité consultatif suggèrent donc de questionner aussi la personne à propos de la consommation d'autres substances psychoactives incluant, mais sans s'y limiter, des benzodiazépines, du GHB, des opioïdes ou de la médication psychotrope. En effet, cette dernière peut dans certains cas être assez sédatrice, avoir le potentiel d'abaisser le seuil convulsif ou celui d'allonger l'intervalle QTc d'un électrocardiogramme (ECG). Pour un sevrage en milieu ambulatoire, une réponse affirmative pour des déprimeurs du SNC à cette question constitue par ailleurs une contre-indication à l'application du PMN selon le moment où la substance psychoactive a été consommée.

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

1. APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ

1.1 Vérification de la consommation d'alcool récente

- ▶ Documenter la quantité, la date ainsi que l'heure de la dernière consommation d'alcool.
 - Il est important que la personne cesse de consommer de l'alcool dès qu'elle commence le traitement pharmacologique.

1.2 Vérification de la consommation d'autres substances

- ▶ Se renseigner sur la consommation active d'autres substances psychoactives (p. ex. benzodiazépines, GHB, opioïdes, médication psychotrope).

2.2.3.2. Signes et symptômes

Comme il a été mentionné à la [section 2.2.1](#), l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'un sevrage d'alcool est fréquemment effectuée selon la présence de signes ou symptômes de sevrage. L'ensemble des GPC retenus soulignent que l'appréciation systématique des signes et symptômes d'un sevrage alcoolique actif se fait en utilisant l'échelle d'évaluation CIWA-Ar [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019; Thibaut *et al.*, 2019; VA/DoD, 2015]. Bien qu'élaborée et publiée sans interprétation officielle quant aux scores devant être associés aux différents degrés de sévérité du sevrage, elle est pourtant communément utilisée pour encadrer l'administration des doses dites « au besoin ». En plus d'être très largement utilisée, cette échelle sert également de référence lors de la validation d'autres échelles. Elle comporte 10 domaines de signes et symptômes issus du DSM-3 et a pour objectif d'évaluer la sévérité globale des symptômes qui peuvent se manifester chez la personne en sevrage alcoolique. Les signes et symptômes à rechercher listés dans le PMN regroupent donc ces 10 domaines : nausées et vomissements, tremblements, sueurs, anxiété, agitation,

troubles perceptuels tactiles, troubles perceptuels auditifs, troubles perceptuels visuels, céphalées et troubles d'orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes. Afin d'alléger le texte du PMN, les troubles perceptuels tactiles, auditifs et visuels ont été rassemblés. Aux 10 domaines de l'échelle CIWA-Ar a été ajoutée l'insomnie, qui est un symptôme associé au sevrage de l'alcool selon le DSM-5, et très fréquent selon les membres du comité consultatif.

Les membres du comité consultatif ont soulevé certaines limites dans l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, en particulier dans les services d'urgence. Ces limites sont également mentionnées dans certains GPC [ASAM, 2020; BCCSU, 2019] et d'autres publications [De Lemos *et al.*, 2017; Wojtecki *et al.*, 2004]. Premièrement, l'échelle CIWA-Ar est en partie subjective, et aucun score ne peut être obtenu pour les domaines relatifs à l'anxiété, aux nausées et aux céphalées pour les personnes qui sont agitées ou qui délirent puisqu'il est souvent impossible de leur poser des questions. Deuxièmement, l'échelle n'a pas été validée dans des contextes comme les services d'urgence et son utilisation est jugée compliquée et lourde en contexte de soins actifs. Les membres du comité consultatif ont par ailleurs souligné que l'échelle CIWA-Ar n'est pas bien connue de la majorité des professionnels de la santé et qu'ils ne sont pas formés pour son utilisation, ce qui pourrait constituer un enjeu important dans l'implantation du PMN. Dans son rapport sur l'état des pratiques concernant la gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance, l'INESSS rapporte que l'échelle CIWA-Ar n'est effectivement pas utilisée systématiquement dans les CRD parce qu'elle ne serait pas indiquée avant que leur clientèle soit admise, ou que l'expérience clinique et l'utilisation prophylactique de benzodiazépines rendraient son utilisation moins nécessaire [INESSS, 2019]. Une autre version de l'échelle CIWA-Ar, soit l'échelle CIWA-AD, est également rapportée dans certains des GPC retenus, celle-ci étant une version condensée en 8 points de l'échelle CIWA-Ar [NICE, 2017; VA/DoD, 2015]. Les membres du comité consultatif soulignent toutefois que certains milieux de soins québécois ont plutôt implanté l'échelle CIWA-modifiée, une adaptation de l'échelle CIWA-AD condensée en 7 points et dont l'utilisation est plus rapide que l'échelle CIWA-Ar et donc plus facilement applicable pour les infirmières qui pratiquent à l'urgence, notamment. Une validation de l'échelle CIWA-modifiée a été effectuée aux États-Unis [Wojtecki *et al.*, 2004] et, selon certains membres du comité consultatif, l'utilisation courante de cette version modifiée dans certains centres de la Montérégie et de Montréal a confirmé sa validité. Les membres du comité sont donc d'avis que l'échelle CIWA-Ar devrait être la principale échelle d'évaluation proposée dans le PMN, car elle est la référence dans le domaine. Ils ajoutent toutefois que la possibilité d'utiliser l'échelle CIWA-modifiée devrait être permise dans certains contextes de soins pour permettre l'implantation plus large du PMN, en rappelant l'importance que le personnel soit formé. Prenant appui sur l'expérience clinique locale et l'information contextuelle, cette version modifiée de l'échelle CIWA a donc également été ajoutée en annexe du PMN afin d'en faciliter l'accès et l'utilisation. Un tableau décrivant l'interprétation des scores à utiliser dans le cadre du PMN relativement aux différents niveaux de sévérité des symptômes a été ajouté dans les annexes respectives des échelles CIWA-Ar et CIWA-modifiée. Ainsi, dans la section de la recherche des signes et symptôme du PMN, l'appréciation de la sévérité des

symptômes en utilisant l'échelle CIWA-Ar ou CIWA-modifiée (présentées aux annexes I et II, respectivement) a été inscrite, mais pour les consultations en présentiel seulement, car ces échelles comportent certains éléments impossibles à évaluer lors d'un suivi par téléphone, par exemple. Parmi ces éléments, on compte les valeurs de fréquence cardiaque et de tension artérielle. En effet, les signes et symptômes du syndrome de sevrage alcoolique peuvent être divisés en 3 catégories : ceux relevant de l'excitation du SNC (p. ex. l'anxiété et l'agitation) qui apparaissent dans les 6 à 12 premières heures du sevrage, ceux relevant de l'hyperactivité adrénergique (p. ex. les nausées, les tremblements, les sueurs, la tension artérielle élevée et la tachycardie) qui peuvent se manifester dans les 6 à 48 premières heures, et ceux relevant du délirium (p. ex. la désinhibition, la désorientation et les hallucinations) qui peuvent être observés dans les 2 à 10 jours suivant l'arrêt de la consommation d'alcool [Czarnik *et al.*, 2020]. Ainsi, afin de couvrir tous les aspects de la présentation clinique, les deuxième et troisième étapes de l'appréciation de la condition de santé du PMN portent sur la mesure des signes vitaux (pour les suivis effectués en personne) et la recherche des signes et symptômes d'alarme que sont les convulsions et le delirium tremens. Étant donné que les professionnels habilités ne peuvent pas poser de diagnostics, les membres du comité consultatif précisent à cet égard qu'un delirium tremens devrait être suspecté en présence d'un état de confusion ou de troubles perceptuels associés avec de la tachycardie, de l'hypertension ou de la fièvre [Czarnik *et al.*, 2020].

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

1.3 Signes et symptômes

- ▶ Rechercher les signes et symptômes suggestifs d'un syndrome de sevrage d'alcool :
 - nausées
 - vomissements
 - tremblements
 - sueurs
 - céphalées
 - anxiété
 - agitation
 - insomnie
 - troubles perceptuels
 - troubles de l'orientation
- ▶ Mesurer les signes vitaux et apprécier la sévérité du syndrome de sevrage en utilisant l'échelle CIWA-Ar¹ (présentée à l'annexe I) pour les consultations en présentiel.
- ▶ Rechercher la présence des signes et symptômes d'alarme suivants :
 - convulsions
 - signes et symptômes suggestifs de delirium tremens (association d'un état de confusion ou de troubles perceptuels à de la tachycardie, hypertension ou fièvre).

¹ Lorsque le contexte de soins limite l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, l'échelle CIWA-modifiée présentée à l'annexe II peut être utilisée.

2.2.3.3. Situation sociale

Les GPC retenus mentionnent de façon générale que le sevrage d'alcool ne doit pas être considéré comme une procédure isolée, mais plutôt comme une étape bien intégrée dans un plan de traitement plus global du TUA. Les déterminants sociaux de la santé (p. ex. l'instruction, l'emploi, l'insécurité alimentaire) ont une incidence sur la consommation à risque d'alcool ou le TUA et doivent être évalués lors de la prise en charge, au même titre que les comorbidités physiques et psychiatriques [BCCSU, 2019; NICE, 2019]. Les membres du comité consultatif abondent également dans ce sens et confirment que ces déterminants auront été examinés par le prescripteur, en amont de l'application du PMN, pour évaluer si d'autres professionnels doivent être impliqués dans la prise en charge de la personne. Selon les experts consultés, plusieurs situations cliniques nécessitent une intervention psychosociale : précarité résidentielle, itinérance, victimisation, exploitation, violence conjugale, abus, négligence d'enfants, évaluation de besoins d'aide pour le maintien à domicile, sevrages à répétition avec incapacité de maintenir l'abstinence ou besoin d'entrevues motivationnelles. Afin d'optimiser le suivi et l'accompagnement de la personne pendant son sevrage d'alcool, il importe donc de

s'informer de sa situation sociale et de prendre connaissance des dispositions mises en place pour maximiser les chances de succès du traitement.

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

1.4 Situation sociale

- ▶ Se renseigner sur la situation sociale de la personne :
 - précarité ou instabilité résidentielle
 - isolement
 - vulnérabilité
- ▶ Vérifier si des dispositions ont été prises avec des membres de l'équipe interprofessionnelle pour optimiser la prise en charge psychosociale et l'accompagnement de la personne traitée.

2.2.4. Conduite thérapeutique

2.2.4.1. Objectif de traitement

Selon les GPC retenus, les objectifs du traitement pharmacologique d'un sevrage d'alcool sont de prévenir ou traiter les symptômes de sevrage et d'éviter la survenue de complications sévères. Quand l'objectif thérapeutique visé à long terme est l'abstinence continue, la première étape du plan de traitement consiste habituellement à organiser d'abord un sevrage d'alcool [Czarnik *et al.*, 2020; SFA, 2015]. Même si l'abstinence à long terme peut être considérée comme un objectif secondaire du traitement pharmacologique de soutien au sevrage, les membres du comité consultatif soulignent qu'il est néanmoins pertinent de rappeler ce point qui traduit la recommandation faite par les GPC de profiter de la période de sevrage pour engager les personnes présentant un TUA dans un traitement complet (pharmacologique ou psychosocial) de soutien à la prévention des rechutes [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019]. Les experts consultés rappellent toutefois que le sevrage peut être une expérience très difficile et que l'objectif d'abstinence à long terme pourrait décourager certaines personnes s'il est présenté trop tôt dans leur prise en charge, alors qu'il y a plusieurs autres objectifs possibles sur le chemin vers le rétablissement. Par ailleurs, la progression vers une prise en charge globale du TUA doit tenir compte de ce que la personne est réellement capable de faire en raison, par exemple, de troubles psychiatriques, d'une instabilité résidentielle, d'un fonctionnement profondément altéré par un trouble lié à l'usage de substances (TUS) ou par une absence de soutien psychosocial. Il importe de comprendre que les approches traditionnelles de réadaptation ne sont parfois pas appropriées à la situation de certaines personnes comme celles avec des troubles cognitifs sans inaptitude qui ont en général beaucoup de difficultés à maintenir l'abstinence puisqu'elles ont perdu cette capacité à prendre des décisions judicieuses pour elles-mêmes, ou à se donner une organisation de vie avec des projets et des occupations qui pourraient donner un sens à celle-ci. Dans certaines situations, la gestion de l'usage d'alcool est l'approche la plus réaliste.

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

2. CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

2.1 Objectif de traitement

La pharmacothérapie vise à :

- ▶ prévenir ou traiter les signes et symptômes associés au syndrome de sevrage d'alcool (p. ex. en diminuer ou en maintenir la sévérité à un niveau léger);
- ▶ éviter leur aggravation et les risques pour la santé qui y sont associés;
- ▶ créer l'opportunité de favoriser une transition vers un traitement de soutien à la prévention des rechutes, lorsque cela est indiqué.

2.2.4.2. Information générale sur les traitements pharmacologiques

Les informations générales sur les classes de molécules couvertes par le PMN se limitent aux effets médicamenteux indésirables les plus fréquents, au délai et à la durée d'action des molécules, ainsi qu'à la présence ou non de métabolites actifs puisque, selon les membres du comité consultatif, ce sont les informations qui sont le plus susceptibles d'être utiles pour orienter l'administration des doses de médicaments dans le cadre de ce PMN. En effet, il n'a pas été jugé pertinent d'inclure les interactions médicamenteuses, car celles-ci auront préalablement été considérées par le prescripteur lors du choix de molécule, puis communiquées à la personne traitée par le pharmacien, le cas échéant. Toutes les informations présentées dans le tableau du PMN proviennent principalement des monographies et ont été validées, ajustées ou bonifiées par les membres du comité en fonction de leur expérience clinique avec ces médicaments.

Afin de ne pas surcharger inutilement le tableau, les membres du comité préfèrent n'inscrire que les débuts d'action relatifs à la voie orale (PO) puisque les débuts d'action pour les autres voies d'administration ne diffèrent pas significativement d'une molécule à l'autre. Les débuts d'action respectifs mentionnés dans la monographie de classe produite par l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) sont « rapide » pour le diazépam et « modéré » pour le lorazépam [APhC, 2015]. Quant à la monographie de la gabapentine, elle indique un pic plasmatique entre 2 et 3 heures après l'administration [Upjohn Canada, 2020]. Dans le but d'aider les professionnels habilités à distinguer dans la pratique une sous-médication d'une action pharmacologique maximale non atteinte, des intervalles de temps estimés par rapport à une absorption moyenne d'un médicament, qui est de 45 à 60 minutes, ont été ajoutés. Ainsi, les membres du comité consultatif suggèrent un début d'action de 30 minutes pour le diazépam, de 30 à 60 minutes pour le lorazépam, et de 1 à 3 heures pour la gabapentine. Il a aussi été jugé important par les membres du comité consultatif de préciser les voies d'administration alternatives possibles, soit intraveineuse (IV), intramusculaire (IM) ou intrarectale (IR) pour le diazépam, et IV, IM ou sublinguale (SL) pour le lorazépam, alors que la gabapentine n'est disponible qu'en comprimés [Paré et Fortier, 2007]. L'information concernant le fait que, de manière générale, la voie IV est plus rapide que les voies IM,

IR ou SL n'a pas été incluse au PMN, car les membres du comité consultatif jugent que c'est une notion relativement bien connue et moins pertinente dans ce contexte étant donné que les voies PO et IV (si nécessaire) sont les plus fréquemment utilisées. Par ailleurs, avec des demi-vies respectives de 12 et 7 heures, la durée d'action du lorazépam et de la gabapentine a été qualifiée de moyenne par les membres du comité consultatif, alors que celle du diazépam a été qualifiée de longue, avec une demi-vie d'élimination de 24 à 48 heures [Upjohn Canada, 2020; AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. De plus, le diazépam est la seule molécule du tableau pour laquelle un métabolite actif, le déméthyldiazépam, est produit. La demi-vie de ce métabolite s'étend de 40 à 100 heures [AA Pharma, 2019].

Quant aux effets médicamenteux indésirables les plus fréquents, ils ont été répertoriés dans les monographies de produits ainsi que dans la monographie de classe produite par l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) concernant les benzodiazépines [Upjohn Canada, 2020; AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019; APhC, 2015]. Pour les benzodiazépines, les membres du comité consultatif estiment qu'il serait utile d'ajouter le risque de chute pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Pour la gabapentine, ils jugent pertinent d'ajouter la diarrhée, même s'ils précisent que plus de 50 % des personnes avec un TUA présentent de la diarrhée due à leur consommation.

Les renseignements suivants ont donc été inclus dans le PMN :

2.2 Information générale sur les traitements pharmacologiques

L'ordonnance individuelle en cas de syndrome de sevrage alcoolique actif ou anticipé comprend généralement une benzodiazépine ou de la gabapentine, ainsi que des suppléments de thiamine.

Informations générales sur les principaux médicaments utilisés					
	MÉDICAMENT	DÉBUT D'ACTION VOIE ORALE	DURÉE D'ACTION	MÉTABOLITES ACTIFS	EFFETS MÉDICAMENTEUX INDÉSIRABLES LES PLUS FRÉQUENTS
Benzodiazépines	Diazépam ¹	Rapide (30 minutes)	Longue	Oui	Ataxie, confusion, étourdissements, somnolence, fatigue, faiblesse musculaire, ralentissement psychomoteur, apnée, dépression respiratoire, dépression mentale, irritabilité. Risques de chute pour les personnes de 65 ans ou plus.
	Lorazépam ²	Intermédiaire (30 à 60 minutes)	Moyenne	Non	
Anticonvulsivants	Gabapentine	Lent (1 à 3 heures)	Moyenne	Non	Dépression du système nerveux central, somnolence, ataxie, fatigue, étourdissements, nystagmus, œdème périphérique, tremblements, diarrhée.

¹ Administration IV, IM ou IR possibles.

² Administration IV, IM ou SL possibles.

2.2.4.3. Administration des médicaments

Certains GPC mentionnent que, dans la mesure du possible, la prise de médicaments lors d'un sevrage en milieu ambulatoire devrait être supervisée par un soignant à domicile ou par le personnel d'un centre médical ou non médical de gestion du sevrage [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019]. Les membres du comité consultatif sont d'accord que la prise de médicaments pour un sevrage d'alcool devrait, dans la mesure du possible, être supervisée, autant en milieu ambulatoire (par un proche) qu'en établissement (par un membre de l'équipe interdisciplinaire), étant donné la nature des médicaments prescrits et des complications possibles du sevrage. Pour prendre en compte la clientèle plus isolée avec peu ou pas de réseau de soutien familial ou social, ils rappellent de multiplier les contacts avec un membre de l'équipe interprofessionnelle, en augmentant, par exemple, la fréquence de service à la pharmacie. Il a donc été jugé pertinent d'ajouter une information à ce sujet dans le PMN.

Les benzodiazépines étant des substances contrôlées, elles doivent faire l'objet d'une ordonnance individuelle. La dose à donner à chaque administration ainsi que la fréquence de celle-ci sont donc déterminées préalablement à l'utilisation du PMN, et la base de la section « Administration des médicaments » du PMN consiste à préciser les instructions inscrites sur l'ordonnance individuelle.

L'ensemble des GPC retenus mentionnent qu'une stratégie d'administration des benzodiazépines basée sur les symptômes plutôt qu'un régime de doses régulières pendant le sevrage alcoolique réduit la durée du traitement, la quantité totale de benzodiazépines consommée ainsi que la durée de séjour en milieu hospitalier. Ainsi, dans les divers milieux de soins au Québec, les prescriptions de benzodiazépines au besoin (PRN) sont courantes et il importe de bien préciser les critères d'administration des doses dans le contexte du sevrage d'alcool. Ces mêmes GPC précisent toutefois qu'un traitement basé sur les symptômes n'est pas nécessairement l'approche la plus appropriée dans certaines circonstances, comme les sevrages en milieu ambulatoire ou pour les personnes qui ont des antécédents de complications associées au sevrage [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'à cause des bénéfices reconnus d'un schéma posologique selon les symptômes, il convient d'aborder celui-ci en premier dans le tableau des modalités d'administration, mais que le PMN doit aussi inclure des informations sur le schéma posologique selon un horaire fixe (avec des doses progressivement décroissantes) puisque les deux types de schémas sont utilisés en milieux internes et externes.

D'autre part, il a été démontré qu'une évaluation systématique de la progression des symptômes et une stadification claire du sevrage menant à une administration d'agents thérapeutiques en temps opportun permettent d'éviter que la personne soit sous-médicamentée ou, à l'inverse, subisse les effets d'une sédation excessive avec comme conséquences l'aggravation de ses symptômes, l'apparition de complications ou une durée de séjour à l'hôpital prolongée [Wojtecki *et al.*, 2004]. Les GPC retenus recommandent fortement qu'en plus du jugement clinique, une échelle validée soit utilisée pour surveiller les signes et symptômes de sevrage périodiquement pendant la gestion du sevrage, surtout pour les schémas posologiques basés sur les symptômes [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; Thibaut *et al.*, 2019; NICE, 2017; VA/DoD, 2015]. Comme il a été mentionné précédemment à la [section 2.2.3.2](#) de ce rapport, l'échelle d'évaluation de référence utilisée dans les études cliniques et recommandée dans les GPC retenus est l'échelle CIWA-Ar. Les situations justifiant une administration de médicaments sont définies dans les GPC en termes de score CIWA-Ar, bien qu'aucune interprétation officielle n'accompagne l'échelle dans sa publication originale [Sullivan *et al.*, 1989]. Ainsi, selon les guides retenus, un traitement pharmacologique est normalement recommandé pour un score CIWA-Ar égal ou supérieur à 10, ce qu'ils attribuent à un syndrome de sevrage modéré ou sévère [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015]. Par ailleurs, les guides retenus mentionnent qu'il n'est généralement pas indiqué d'administrer des médicaments pour un score inférieur à 10, correspondant à un sevrage léger, sauf pour les cas où il y a présence de facteurs de risque de complications, notamment un antécédent de convulsions ou de delirium tremens [ASAM, 2020; BCCSU, 2019]. Dans ces situations, les membres du comité consultatif confirment qu'un schéma posologique basé sur un horaire fixe est utilisé en établissement. Ils ajoutent que, si des doses additionnelles au besoin (PRN) sont prescrites pour accompagner le schéma à horaire fixe, celles-ci sont administrées en suivant les mêmes critères que pour un schéma selon les symptômes utilisé seul.

Cependant, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'un score minimal de 10 pour justifier l'administration d'une dose de benzodiazépine n'est pas approprié pour le PMN. Ils précisent à cet égard que le seuil de tolérance aux symptômes de sevrage est très variable d'un individu à un autre. Ainsi, si le score minimal pour justifier l'administration du traitement est trop élevé, certaines personnes incommodées par des symptômes de sevrage pourraient décider d'interrompre rapidement leur sevrage si l'administration du traitement leur est refusée. De fait, une interprétation de l'échelle CIWA-Ar assignant à un syndrome de sevrage léger un score CIWA-Ar de 8 est également très fréquemment retrouvée dans d'autres publications consultées, dont certaines provenant du Québec [Dumont, 2009; Paré et Fortier, 2007]. Les membres du comité consultatif ont donc proposé d'utiliser une valeur seuil de 8 sur l'échelle CIWA-Ar pour l'administration de doses selon les symptômes en établissement. En outre, une note de bas de tableau indiquant que l'administration des doses tient compte du niveau d'inconfort et de la tolérance de la personne a aussi été ajoutée pour s'assurer de conserver une certaine compassion dans l'application du PMN. Les membres du comité consultatif précisent cependant qu'il est important de vérifier que l'inconfort d'une personne jugé insoutenable malgré un score CIWA-Ar inférieur à 8 est bel et bien dû au sevrage et non à une condition sous-jacente émergente. Enfin, en plus du score CIWA-Ar et du degré de confort de la personne, les membres du comité consultatif pensent que la mesure des signes vitaux permet aussi de déterminer l'administration du traitement, notamment en présence d'une fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute (bpm), ce qui concorde avec l'information issue du GPC de la Michigan Medicine, University of Michigan et de divers protocoles d'administration de benzodiazépines pour un sevrage alcoolique recensés au Québec [Czarnik *et al.*, 2020].

Les membres du comité consultatif soulignent toutefois que l'utilisation d'un régime posologique basé sur les symptômes pour un sevrage effectué en milieu ambulatoire ne peut pas reposer sur les mêmes critères qu'en établissement, puisque la personne dont le sevrage se déroule à domicile a davantage de liberté dans la gestion de la prise de médicament : c'est donc la personne traitée qui doit juger si son état requiert l'administration ou non de la dose suivante (avec l'aide d'un proche ou d'un soignant au besoin, si possible). Le niveau de complexité de l'échelle CIWA-Ar la rend inappropriée pour un emploi par le patient lui-même. Les membres du comité consultatif précisent donc qu'en milieu ambulatoire, il est demandé à la personne traitée de prendre sa médication aux intervalles de temps précisés sur l'ordonnance s'il y a présence d'au moins un des symptômes de sevrage suivants : nausées, vomissements, tremblements, sueurs paroxystiques, anxiété, agitation, irritabilité, céphalées, difficultés de sommeil, soif intense, forte envie de consommer. Par ailleurs, cette approche favorise une couverture des symptômes de sevrage susceptible de diminuer leur risque de progression vers un stade plus avancé, ce qui est d'autant plus important en milieu ambulatoire.

Les monographies des benzodiazépines et de la gabapentine mentionnent qu'une réduction rapide ou un arrêt soudain du traitement peut engendrer des symptômes de sevrage [Upjohn Canada, 2020; AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. Pour leur part, les lignes directrices et les GPC spécifient que celui-ci ne devrait pas s'étendre au-delà de 7 ou 10 jours [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. La réduction

progressive des doses ou de la fréquence d'administration est donc cruciale dans le cadre d'un traitement pour le sevrage d'alcool. Lorsqu'un sevrage traité selon un régime posologique basé sur les symptômes et supervisé en établissement se termine, aucune prescription de benzodiazépines ne devrait être remise à la personne lorsqu'elle obtient son congé [Czarnik *et al.*, 2020]. Étant donné que les doses initiales et maximales utilisées peuvent énormément varier selon les cas cliniques, les membres du comité sont d'avis qu'aucun schéma de réduction programmée ne peut être intégré au PMN, celui-ci étant par ailleurs normalement établi au moment de rédiger l'ordonnance individuelle. Malgré cela, la mention de suivre les modalités d'arrêt progressif indiquées sur l'ordonnance individuelle est jugée pertinente pour rappeler cette importante étape du traitement qui, selon l'opinion des membres du comité consultatif, est encore parfois oubliée ou effectuée trop rapidement, occasionnant des réactions de sevrage de la médication et des admissions en milieu hospitalier. Pour un traitement par la gabapentine, les membres du comité consultatif jugent opportun d'introduire à cet endroit du tableau la mention précisant que cette molécule est aussi utilisée comme traitement de soutien à la prévention des rechutes, et que son administration pourrait donc être poursuivie à cet effet, s'il est jugé pertinent. D'ailleurs, certains GPC ainsi que les membres du comité consultatif énoncent clairement cette double efficacité dans le soulagement des symptômes de sevrage léger ou modéré et dans la réduction de la consommation d'alcool ou de l'envie de boire après le sevrage comme un avantage considérable pour la gabapentine dans le choix de traitement [ASAM, 2020; BCSSU, 2019; NICE, 2019]. Une deuxième note de bas de tableau a été ajoutée pour préciser qu'advenant une poursuite du traitement de gabapentine après le sevrage, une nouvelle ordonnance doit être rédigée par un prescripteur et que celui-ci peut se référer au PMN sur la prévention des rechutes en ce qui concerne l'ajustement requis des doses [INESSS, 2021c].

Les éléments tels qu'ils ont été ajoutés au PMN sont les suivants :

2.3 Administration des médicaments

Indépendamment du milieu où se déroule le sevrage, l'administration des médicaments devrait, dans la mesure du possible, être supervisée.

Administration		
	Sevrage en milieu ambulatoire	Sevrage en établissement
Benzodiazépines	Traitement selon les symptômes : une dose est prise aux intervalles de temps précisés sur l'ordonnance individuelle s'il y a présence d'au moins 1 symptôme de sevrage (nausées, vomissements, tremblements, sueurs, anxiété, agitation, irritabilité, céphalées, difficultés de sommeil, envie intense de consommer); OU Traitement selon un horaire fixe : une dose est prise aux intervalles de temps précisés sur l'ordonnance individuelle.	Traitement selon les symptômes : administrer une dose selon les intervalles de temps précisés sur l'ordonnance individuelle en présence d'un syndrome de sevrage jugé modéré ou sévère selon l'échelle CIWA-Ar¹ présentée à l'annexe I, ou si la fréquence cardiaque est supérieure à 100 bpm²; OU Traitement selon un horaire fixe : administrer une dose aux intervalles de temps précisés sur l'ordonnance individuelle. En présence d'un schéma posologique qui inclut des doses additionnelles PRN, suivre les directives d'administration du traitement selon les symptômes pour ces doses.
Gabapentine	Traitement selon un horaire fixe avec doses supplémentaires PRN : La prise régulière des doses se fait aux intervalles de temps précisés sur l'ordonnance individuelle. La prise d'une dose supplémentaire se fait aussi selon les intervalles de temps spécifiés s'il y a présence d'au moins 1 signe ou symptôme : • anxiété, tremblements, irritabilité, envie intense de boire ou, au coucher, insomnie.	

¹ Lorsque le contexte de soins limite l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, l'échelle CIWA-modifiée présentée à l'annexe II peut être utilisée.

² L'administration des doses tient compte du niveau d'inconfort et de la tolérance de la personne.

Arrêt progressif du traitement	
Benzodiazépines	La réduction progressive des doses ou de la fréquence se fait selon les modalités indiquées sur l'ordonnance individuelle afin de limiter la durée du traitement à 10 jours.
Gabapentine	Si la gabapentine n'est pas poursuivie comme traitement pour la prévention des rechutes ¹ , la réduction progressive des doses ou de la fréquence se fait selon les modalités indiquées sur l'ordonnance individuelle.

¹ Une nouvelle ordonnance doit être rédigée afin de poursuivre la gabapentine comme traitement de soutien à la prévention des rechutes (consulter au besoin le PMN sur la prévention des rechutes pour l'ajustement des doses).

2.2.5. Information à transmettre

Les éléments de la section « Information à transmettre » du PMN s'appliquent davantage à la personne dont le sevrage se déroule en milieu ambulatoire, mais pourraient aussi être utiles ultérieurement à la personne dont le sevrage se déroule en établissement. Comme le soutien d'un proche est souhaitable pendant le sevrage, le professionnel peut également discuter avec cette personne des éléments qui apparaissent dans le tableau. Il est important de mentionner que cette information ne remplace pas celle qui est transmise à la personne par le prescripteur autorisé au moment de prescrire l'ordonnance individuelle pour le sevrage.

Tout d'abord, l'alcool étant un dépresseur du SNC, sa consommation concomitante avec les médicaments pour le sevrage pourrait causer de la somnolence sévère, une diminution de la coordination motrice, du jugement et de l'équilibre, ainsi que des difficultés respiratoires graves [ASAM, 2020; Upjohn Canada, 2020; AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. Le guide de l'ASAM recommande spécifiquement de renseigner la personne pour qui des benzodiazépines sont prescrites, ainsi que ses proches, quant à l'importance de ne pas consommer d'alcool pendant le traitement [ASAM, 2020]. L'instruction concernant l'arrêt obligatoire de la consommation d'alcool dès que le traitement pharmacologique est commencé a donc été ajoutée au début de la liste d'informations à transmettre à la personne.

Ensuite, les membres du comité consultatif sont d'avis que, même si la situation familiale et sociale de la personne a été évaluée lors de la consultation ayant mené à l'émission de l'ordonnance individuelle, il importe de soutenir à chaque étape la personne dans la mise en place de conditions favorables au succès de son sevrage alcoolique et à sa sécurité. Ils jugent donc pertinent de s'enquérir auprès de la personne traitée de la disponibilité d'une personne de soutien pendant le traitement, ce qui concorde avec la recommandation des GPC concernant la supervision de l'administration des médicaments par une tierce personne [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019]. Cependant, selon les experts consultés, il n'est pas nécessairement réaliste pour une partie de la clientèle plus isolée d'avoir une telle personne de soutien dans son entourage et le professionnel devra possiblement s'impliquer pour identifier cette personne (p. ex. un pharmacien ou un intervenant communautaire).

Selon le GPC de la BCCSU et les membres du comité consultatif, il importe également de rappeler à la personne les divers symptômes liés au sevrage alcoolique, de même que les effets indésirables les plus fréquemment observés avec la prise du médicament prescrit. De plus, basée sur l'exemple de documents déjà utilisés par certains membres du comité consultatif à l'intention des patients, l'importance de l'observance au traitement, en particulier le respect du délai prescrit entre les doses, a été ajoutée au tableau des informations à transmettre. Les GPC recommandent de surveiller l'hydratation ou un apport hydrique adéquat de la personne pendant le sevrage alcoolique en milieu ambulatoire [ASAM, 2020; SFA, 2015]. Les guides de l'ASAM et de la BCCSU recommandent explicitement de conseiller à la personne en sevrage de boire suffisamment de liquides non caféinés, et le guide de la SFA mentionne que l'apport hydrique quotidien normalement nécessaire pour compenser les symptômes de sevrage (p. ex. vomissements, sueurs, diarrhée) est d'environ 2 litres. L'importance d'une hydratation abondante et régulière a donc été ajoutée au tableau du PMN.

Certaines précautions méritent également d'être expliquées à la personne et à ses proches. Premièrement, les monographies des médicaments dont l'administration est encadrée dans le PMN émettent des mises en garde concernant la conduite de véhicules, la manœuvre de machinerie lourde ou toute autre activité comportant des risques ou nécessitant un état de vigilance normal [Upjohn Canada, 2020; AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. Les guides de l'ASAM et de la BCCSU recommandent également de rappeler ces précautions à la personne traitée et à ses proches. Étant donné la sédation occasionnée par la médication et le risque de convulsion en début de sevrage, les experts consultés soulignent qu'il serait prudent de mentionner à la personne traitée les risques associés à certaines activités professionnelles ou récréatives qui nécessitent un état de vigilance, notamment la conduite automobile, et ce, pour toute la durée de l'ordonnance de médication pour le sevrage ainsi que pendant une semaine additionnelle après l'arrêt de la médication. Enfin, le guide de la BCCSU ainsi que les membres du comité consultatif suggèrent de fournir à la personne un numéro de téléphone pour joindre un membre de l'équipe traitante, de même que des instructions précisant quoi faire advenant l'aggravation des symptômes malgré les doses prescrites, le retour à la consommation d'alcool pendant le sevrage ou le développement d'effets secondaires médicamenteux importants. Ils ajoutent que les symptômes qui nécessitent l'intervention des services d'urgence, soit les convulsions, les hallucinations, la confusion et la fièvre, doivent aussi être rappelés à la personne et à ses proches.

Les éléments inclus dans le PMN sont donc les suivants :

3. INFORMATION À TRANSMETTRE

Discuter des éléments suivants avec la personne et, si approprié, avec son proche ou son soignant :

Notions générales

- Expliquer l'importance de ne plus consommer d'alcool à partir du moment où le traitement pharmacologique est commencé à cause des risques de surdose.
- Vérifier auprès de la personne si elle a besoin d'assistance pour trouver un proche, un soignant ou un intervenant disponible pour lui offrir du soutien pendant la durée du sevrage.
- Revoir les principaux symptômes du syndrome de sevrage alcoolique qui peuvent être ressentis en cours de traitement (voir la section 2.4).
- Informer des effets indésirables médicamenteux possibles (voir la section 2.2).
- Renseigner sur l'importance de l'observance au traitement, en particulier le respect du délai entre les doses.
- Rappeler l'importance de l'hydratation abondante et régulière, notamment pour compenser les vomissements, sueurs ou diarrhées liés au sevrage.

Précautions

- Renseigner sur les risques associés à la conduite automobile ou à d'autres activités nécessitant un état de vigilance (p. ex. l'utilisation de machinerie, le travail en hauteur, la natation, la chasse, le nautisme) pendant au moins toute la durée de la prescription, en raison notamment de l'effet sédatif occasionné par la médication ou des convulsions possibles dues au sevrage.
- Fournir un numéro de téléphone à composer pour joindre une personne de l'équipe de soins en cas de question ou de besoin.
- Rappeler de contacter l'équipe de soins en cas d'aggravation des symptômes de sevrage malgré la médication, d'effets indésirables médicamenteux importants ou de consommation d'alcool en cours de traitement.
- Aviser de contacter les services d'urgence en cas de convulsions, d'hallucinations, de confusion ou de fièvre

2.2.6. Suivi

Les modalités de suivi du sevrage d'alcool diffèrent selon le milieu où il se déroule, notamment en ce qui concerne la fréquence des évaluations. Les modalités doivent être adaptées selon les besoins de la personne et les ressources disponibles, tant en milieu ambulatoire que dans les divers types d'établissements.

2.2.6.1. Pour les personnes en milieu ambulatoire

Les GPC retenus recommandent que la personne dont le sevrage se déroule en milieu ambulatoire soit suivie quotidiennement [ASAM, 2020; BCCSU, 2019] ou tous les 2 jours [NICE, 2019] par un professionnel de la santé qualifié (p. ex. une infirmière) pendant les 3 à 5 premiers jours après l'arrêt (ou la réduction) de la consommation d'alcool. Si des rendez-vous quotidiens en personne ne sont pas possibles, certains GPC précisent que

l'alternance de visites en personne et de rencontres à distance par téléphone ou appel vidéo est une option appropriée [ASAM, 2020; BCCSU, 2019]. Les membres du comité consultatif sont d'accord qu'un suivi à distance peut être effectué à l'occasion, selon l'évolution de l'état de la personne ainsi que son accès aux outils nécessaires pour les téléconsultations.

Lors de l'utilisation d'un schéma posologique à dose fixe, les signes et symptômes de la personne doivent quand même être surveillés, et des dispositions doivent être prises pour que la personne soit suivie le jour suivant le début du traitement afin de modifier la dose si nécessaire [ASAM, 2020; NICE, 2019]. Les membres du comité consultatif soulignent l'importance que les doses décroissantes d'un schéma à horaire fixe soient rapidement réévaluées par un professionnel de l'équipe traitante (p. ex. le pharmacien). Plusieurs cas de personnes pour lesquelles les doses n'ont pas été réévaluées ont été observés dans la pratique. Les membres du comité consultatif ajoutent que des suivis par le médecin ou l'infirmière ne sont jamais faits sur une base quotidienne dans la pratique parce que cela est trop contraignant à la fois pour les personnes traitées et pour le réseau de santé. Dans le contexte actuel de pandémie de COVID-19, un minimum de 2 rencontres en présentiel ou au téléphone sont effectuées dans la première semaine et les suivis subséquents sont faits par téléphone. Par ailleurs, les membres du comité consultatif soulignent qu'un premier suivi devrait idéalement être fait dans les 24 à 72 premières heures suivant le début du traitement afin de pouvoir intervenir de façon plus précoce en cas de persistance des symptômes de sevrage ou d'apparition de complication, de rechute de consommation d'alcool ou d'effet indésirable important. Les modalités de suivi doivent être adaptées dans le cas de personnes en situation de précarité, de vulnérabilité, d'isolement ou avec des besoins particuliers comme des troubles de santé mentale. Cela peut se traduire par une surveillance médicale plus étroite ou des contacts plus fréquents qui peuvent être très constructifs pour le maintien de la motivation, l'observance au traitement et même l'ouverture de la personne face à un engagement dans un plan de traitement plus global pour le TUA. L'optimisation de l'accompagnement de la personne devrait se faire avec la participation de toute l'équipe interprofessionnelle, y compris le pharmacien avec qui les contacts rapprochés sont favorisés par le fractionnement des doses. Le présent PMN met davantage l'emphasis sur le suivi qui demande l'évaluation de l'efficacité du traitement, et l'apparition de complications ou d'effets indésirables liés au traitement. Si les symptômes ne sont pas maîtrisés comme il est attendu malgré la prise de médicaments conformément aux prescriptions, certains GPC recommandent d'envisager d'augmenter la dose, sauf en présence d'une sédation excessive ou d'une surveillance inadéquate, lesquels cas pourraient appeler une réévaluation du niveau de services de soins requis, un changement de médicament [ASAM, 2020; NICE, 2019] ou, si des benzodiazépines sont utilisées, l'ajout d'un médicament d'appoint [ASAM, 2020].

Les réévaluations devraient se concentrer sur l'état de santé de la personne depuis le dernier examen, notamment l'état physique général, les signes vitaux, l'hydratation, l'orientation, le sommeil et l'état émotionnel, y compris les pensées suicidaires à chaque visite [ASAM, 2020; BCCSU, 2019]. La sévérité du syndrome de sevrage alcoolique doit être surveillée avec un instrument validé tel que le CIWA-Ar, surtout si un schéma

posologique basé sur les symptômes est utilisé [ASAM, 2020; NICE, 2019]. Pour les personnes qui sont capables de surveiller leurs propres signes et symptômes, certains GPC mentionnent que l'échelle *Short Alcohol Withdrawal Scale* (SAWS) peut également être utilisée par celles-ci [ASAM, 2020; BCCSU, 2019]. Cette surveillance permet d'évaluer si une optimisation de la médication est nécessaire dans le but d'atteindre une stabilisation des signes et symptômes. Il est aussi recommandé dans les GPC retenus de se renseigner sur la consommation d'alcool et d'autres substances et, si cela est indiqué, de considérer la mesure de la teneur en alcool dans le sang (alcoolémie) avec un alcootest pour détecter la consommation récente d'alcool [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec ces éléments de suivi, à l'exception de la mesure d'alcoolémie, qui ne devrait pas être effectuée de façon routinière.

Enfin, les membres du comité consultatif tiennent à souligner ici, comme il a été mentionné aux sections précédentes, l'importance d'une transition à la fin du traitement de sevrage d'alcool vers le traitement pour la prévention des rechutes. À cet égard, étant donné l'élaboration conjointe dans le cadre de ce projet d'un protocole médical national sur la prévention des rechutes [INESSS, 2021c], ils proposent d'y ajouter une référence afin que le professionnel puisse prescrire, si nécessaire, la médication appropriée.

Les éléments inclus dans le PMN sont donc les suivants :

4. SUIVI

4.1 Pour les personnes en milieu ambulatoire

* *Un suivi en présentiel est préférable, mais un suivi occasionnel par téléphone ou en visioconférence est aussi possible selon l'évolution de l'état de la personne, et lorsque faisable.*

** *Des personnes en situation de précarité, de vulnérabilité, d'isolement ou avec des besoins particuliers peuvent nécessiter une adaptation des modalités de suivi proposées, incluant une surveillance médicale plus étroite et des contacts plus fréquents. Optimiser l'accompagnement de la personne avec l'équipe interprofessionnelle.*

- ▶ À au moins 2 reprises pendant la première semaine de traitement (dont une fois dans les 24 à 72 premières heures), puis à nouveau selon l'évolution de l'état de la personne :
 - Questionner et documenter :
 - la dernière dose de benzodiazépines ou de gabapentine prise (quantité et heure), l'intervalle respecté entre les doses et l'observance au traitement de façon générale;
 - le confort de la personne par rapport aux symptômes et signes associés au sevrage d'alcool (nausées, vomissements, tremblements, sueurs paroxystiques, anxiété, agitation, irritabilité, céphalées, difficultés de sommeil, soif intense, forte envie de consommer) pour déceler le besoin d'optimiser la médication;
 - l'apparition de convulsions ou de signes ou symptômes de delirium tremens (association d'un état de confusion ou de troubles perceptuels à de la tachycardie, de l'hypertension ou de la fièvre);
 - l'apparition d'effets indésirables liés au traitement, y compris le niveau d'éveil ou de vigilance (voir la section 2.2);
 - les apports hydriques (quantité, fréquence);
 - la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives (p. ex. benzodiazépines, GHB, opioïdes, médication psychotrope);
 - l'état émotionnel, y compris les pensées suicidaires.
 - Mesurer les signes vitaux et apprécier la sévérité du syndrome de sevrage en utilisant l'échelle CIWA-Ar¹ (présentée à l'annexe I) pour les consultations en présentiel.
- ▶ À la fin du traitement :
 - Assurer un suivi par un membre de l'équipe interprofessionnelle pour soutenir la prévention des rechutes (consulter au besoin le PMN n° 888027 Prévention des rechutes).

¹ Lorsque le contexte de soins limite l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, l'échelle CIWA-modifiée présentée à l'annexe II peut être utilisée.

2.2.6.2. Pour les personnes en établissement

Les GPC retenus recommandent que les personnes traitées en établissement pour un sevrage modéré à sévère soient réévaluées toutes les 1 à 4 heures pendant 24 heures, selon ce qui est indiqué cliniquement [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020]. Une fois l'état de la personne stabilisé (p. ex. des symptômes légers pendant 12 ou 24 heures), la surveillance peut être étendue à toutes les 4 à 8 heures pendant 24 heures, selon ce qui est indiqué cliniquement [ASAM, 2020], ou toutes les 2 heures pendant 24 heures [Czarnik *et al.*, 2020]. L'examen devrait inclure, selon les GPC retenus, l'efficacité du traitement évaluée à l'aide d'une échelle validée, les signes vitaux, l'hydratation, les électrolytes, l'orientation, ainsi que les signes de sédation excessive et de dépression respiratoire [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020]. Le guide de l'ASAM mentionne aussi que le sommeil et l'état émotionnel des patients devraient être évalués, y compris les pensées suicidaires.

Étant donné les effets sédatifs importants et les possibilités de dépression respiratoire associés à l'usage des benzodiazépines, il est également recommandé dans les GPC de l'UMHS d'évaluer le score de sédation du patient (p. ex. avec l'échelle RASS), la fréquence respiratoire (FR) et la saturation en oxygène avant et une heure après chaque dose. Il y est également précisé que le traitement devrait être interrompu en cas de sédation modérée ou supérieure (p. ex. un score RASS égal ou inférieur à -3), d'une FR inférieure à 10 par minute, ou d'une saturation en oxygène inférieure à 90 % (sauf s'il existe une autre explication de l'hypoxie) [Czarnik *et al.*, 2020]. Si la personne ne répond pas au traitement comme il est attendu, les GPC rappellent de considérer d'autres conditions médicales pouvant présenter des signes et symptômes semblables à ceux du sevrage d'alcool [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020].

Les membres du comité consultatif précisent toutefois qu'avec le ratio de patients par infirmière souvent observé dans la pratique, une évaluation toutes les 2 ou 4 heures pour les sevrages légers n'est pas une option faisable à cause du temps que prend la mesure des signes vitaux comprise dans l'évaluation. Vu le caractère obligatoire des PMN, ils sont d'avis d'émettre des recommandations moins contraignantes à ajuster à la sévérité des symptômes. Ainsi, ils estiment que, pour un sevrage léger, une surveillance toutes les 8 heures, ou plus fréquemment si la médication est administrée à des intervalles plus courts, serait adéquate et sécuritaire. Pour des signes et symptômes plus sévères, l'ordonnance individuelle prescrira des doses administrées à une fréquence plus rapprochée, ce qui engendrera des suivis plus nombreux. Les membres du comité consultatif sont par ailleurs d'accord qu'une évaluation 1 heure après l'administration de la médication correspond à ce qui est fait dans la pratique, lorsque cela est possible. Ils ajoutent que cette évaluation post-administration est particulièrement importante en début de sevrage puisque c'est à ce moment que des indications pointant vers un sevrage sévère ou compliqué apparaissent. Ils suggèrent donc qu'une évaluation de la personne soit effectuée 1 à 2 heures après l'administration de la dose, et ce, pour au moins les 2 ou 3 premières doses du traitement, peu importe la fréquence à laquelle les doses sont administrées. Quant aux éléments à évaluer à chaque suivi, les membres du comité consultatif sont d'accord avec ceux recommandés dans les GPC retenus, sauf en

ce qui concerne les électrolytes. En effet, la vérification des électrolytes, qui chaque fois nécessite un prélèvement sanguin, est normalement faite lorsqu'il y a présence d'un delirium tremens, mais comme cette condition est une contre-indication à l'application du PMN, cette vérification ne s'applique donc pas. Les membres du comité consultatif ajoutent qu'à divers endroits, le PMN prépare bien les infirmières au maintien d'une hydratation adéquate, et que celles-ci sont très familières avec les conséquences d'une déshydratation. D'autre part, les membres du comité consultatif mentionnent que les personnes traitées en établissement pour un sevrage d'alcool communiquent en général promptement au personnel soignant leur niveau d'inconfort. Néanmoins, questionner la personne sur son inconfort a été ajouté aux éléments de suivi dans le PMN.

Enfin, tout comme pour le suivi en milieu ambulatoire, les membres du comité consultatif tiennent à souligner l'importance d'une transition à la fin du traitement de sevrage d'alcool vers le traitement pour la prévention des rechutes [INESSS, 2021c]. Une référence vers le PMN pour initier un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes a donc été ajoutée.

Les éléments inclus dans le PMN sont donc les suivants :

4.2 Pour les personnes en établissement

- ▶ Effectuer un suivi (de la façon décrite plus bas) 1 à 2 heures suivant l'administration de médicament pour au moins les 2 ou 3 premières doses du traitement, ainsi que selon les fréquences minimales suivantes, à ajuster selon l'évolution des signes et symptômes :
 - Signes et symptômes légers (score CIWA-Ar¹ inférieur à 8) ET fréquence cardiaque inférieure ou égale à 100 bpm : toutes les 8 heures.
 - Signes et symptômes modérés ou sévères (score CIWA-Ar¹ égal ou supérieur à 8), OU fréquence cardiaque supérieure à 100 bpm : selon la fréquence d'administration des doses jusqu'à ce que les signes et symptômes soient contrôlés.
- ▶ À chaque suivi :
 - Mesurer la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la température, la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène.
 - Évaluer l'intensité des signes et symptômes de sevrage d'alcool à l'aide de l'échelle CIWA-Ar¹ (présentée à l'annexe I).
 - Questionner la personne sur son inconfort.
 - Surveiller l'apparition :
 - de convulsions ;
 - de signes ou symptômes de delirium tremens (association d'un état de confusion ou de troubles perceptuels à de la tachycardie, de l'hypertension ou de la fièvre) ;
 - d'un niveau de sédation élevé représenté par un score inférieur à -2 sur l'échelle de vigilance-agitation de *Richmond* (voir l'annexe III).
 - Vérifier l'hydratation.
- ▶ Fréquemment pendant le traitement :
 - S'informer de l'état émotionnel de la personne, y compris les pensées suicidaires.
- ▶ À la fin du traitement :
 - Assurer un suivi par un membre de l'équipe interprofessionnelle pour soutenir la prévention des rechutes (consulter au besoin le PMN n° 888027 Prévention des rechutes).

¹ Lorsque le contexte de soins limite l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, l'échelle CIWA-modifiée présentée à l'annexe II peut être utilisée.

2.2.7. Situations qui exigent une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation

Cette section rassemble toutes les situations mentionnées à un endroit ou un autre du PMN, et pour lesquelles il peut être approprié pour le professionnel de la santé qui assure le suivi de s'interroger, notamment sur l'efficacité, l'innocuité ou même la pertinence du traitement en cours. Tout d'abord, les GPC retenus mentionnent qu'un antécédent de complications associées au sevrage d'alcool, telles que des convulsions ou un delirium tremens, ainsi qu'une consommation concomitante d'autres substances psychoactives constituent des facteurs de risque pour un nouveau sevrage compliqué [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Bien que les membres du comité consultatif aient jugé adéquat de ne pas exclure du PMN les personnes avec des antécédents de delirium tremens ou de convulsions parce que la prescription du traitement a été faite préalablement à l'application du PMN en tenant compte des particularités engendrées par de tels antécédents de complications (p. ex. le choix d'une thérapie selon un horaire fixe et d'une prise en charge en milieu hospitalier), ils ont toutefois signifié que ces personnes ne devraient pas être suivies uniquement par une infirmière, ce qui constitue donc une situation qui nécessite une attention particulière. La consommation d'autres substances psychoactives, qu'elle soit connue et associée à un trouble d'usage ou qu'elle se produise au cours du sevrage, nécessite des précautions particulières d'après les membres du comité consultatif.

Selon les GPC, les situations suivantes nécessitent un transfert vers un niveau de services de soins plus intenses ou en milieu hospitalier, et méritent donc une réévaluation ou une attention particulière :

- Le sevrage ne se résout pas (p. ex. le score CIWA-Ar ne descend pas en dessous de 10) après une dose adéquate de médicament (p. ex. 80 mg de diazépam), ou l'agitation ou les tremblements sévères ne se sont pas résolus malgré le fait d'avoir reçu plusieurs doses de médicament, et la personne ne peut pas être surveillée en permanence (p. ex. le centre de traitement ferme) [ASAM, 2020];
- L'absence de réponse aux médicaments après 24 à 48 heures [Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019];
- L'incapacité de prendre des médicaments par voie orale [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015];
- Le développement de signes ou symptômes plus sévères (p. ex. des vomissements persistants, une agitation marquée, des hallucinations, de la confusion ou des convulsions) [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017];
- Une aggravation des conditions médicales ou psychiatriques existantes [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019];

- La personne semble être dans un état de sédation trop marquée, son état de conscience semble altéré [ASAM, 2020; NICE, 2019];
- La personne revient à la consommation d'alcool [ASAM, 2020; BCCSU, 2019];
- Syncope, signes vitaux instables (pression artérielle basse/élevée, fréquence cardiaque basse/élevée) [ASAM, 2020].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'ensemble des situations mentionnées dans les GPC retenus et le fait que ces situations exigent une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation. En effet, comme il a été expliqué à la [section 2.2.6.2](#), ils sont d'avis qu'un sevrage dont les signes et symptômes ne réagissent pas aux 2 ou 3 premières doses administrées est souvent annonciateur de complications. Les membres spécifient que la fièvre fait partie des signes et symptômes plus sévères qui peuvent être suggestifs d'un delirium tremens et qui méritent d'être investigués et suivis étroitement. Par ailleurs, ils ajoutent que le suivi des conditions médicales ou psychiatriques existantes est parfois délaissé par le personnel soignant pendant un sevrage alcoolique, et trouvent pertinent d'inclure cet élément dans cette section du PMN. En outre, ils suggèrent de détailler les signes et symptômes associés à un effet sédatif excessif en incluant les valeurs seuils d'oxymétrie et de fréquence respiratoire. Enfin, bien que cela s'applique seulement aux sevrages en milieu ambulatoire, les membres du comité consultatif jugent pertinent d'ajouter à cette liste de situations qui nécessitent une attention particulière les signes d'un emploi abusif ou d'un usage détourné des benzodiazépines et de la gabapentine ou, à l'inverse, une non-assiduité de la personne à récupérer ses doses auprès du pharmacien, soulignant le rôle très important et central que joue ce professionnel de l'équipe de soins dans le suivi des sevrages alcooliques.

Les éléments inclus dans le PMN sont donc les suivants :

5. SITUATIONS QUI EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE, UNE RÉÉVALUATION OU UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE

- ▶ Antécédents de complications associées au sevrage d'alcool (convulsions, delirium tremens);
- ▶ Consommation d'autres substances psychoactives (p. ex. benzodiazépines, GHB, opioïdes, médication psychotrope) en cours de traitement;
- ▶ Niveau d'inconfort intolérable malgré des symptômes de sevrage légers (p. ex. un score CIWA-Ar¹ inférieur à 8);
- ▶ Signes et symptômes de sevrage alcoolique mal contrôlés malgré les doses de médicament prescrites (p. ex., en établissement, aucune diminution du score CIWA-Ar¹ après 2 ou 3 administrations de médicament ou, en milieu ambulatoire, persistance de symptômes de sevrage importants après 24 à 48 heures de traitement);
- ▶ Administration de plus de 12 mg de lorazépam ou de plus de 60 mg de diazépam dans les 12 dernières heures;
- ▶ Développement de signes ou symptômes plus sévères (p. ex. des convulsions, une agitation marquée, de la confusion, de la désorientation ou des hallucinations);
- ▶ Apparition de fièvre;
- ▶ Vomissements persistants empêchant la réhydratation et la prise orale de médicaments;
- ▶ Aggravation des conditions médicales ou psychiatriques existantes;
- ▶ Apparition ou intensification de symptômes dépressifs ou d'idées suicidaires;
- ▶ Signes de sédation excessive (p. ex. un score inférieur à -2 sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond), trouble de l'équilibre ou persistance de la somnolence malgré une réduction des doses;
- ▶ Oxygénémie inférieure ou égale à 92 % à l'air ambiant;
- ▶ Fréquence respiratoire égale ou inférieure à 10;
- ▶ Signes vitaux instables ou syncope;
- ▶ Déshydratation modérée à sévère;
- ▶ Signes d'emploi abusif ou d'usage détourné de benzodiazépines et de gabapentine;
- ▶ Toute consommation d'alcool en cours de sevrage;
- ▶ Non-assiduité de la personne pour récupérer ses doses en pharmacie lors d'un sevrage en ambulatoire.

¹ Lorsque le contexte de soins limite l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, l'échelle CIWA-modifiée présentée à l'annexe II peut être utilisée.

DISCUSSION

Principaux constats

Le PMN faisant l'objet du présent rapport visait à préciser les modalités d'administration des benzodiazépines ou de la gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour un sevrage alcoolique, et non à encadrer l'initiation du traitement lui-même. Un des principaux défis dans l'élaboration de ce PMN résidait dans la définition de la situation clinique à laquelle il s'applique puisqu'il existe dans la pratique plusieurs cas de figure pouvant la moduler. Par exemple, l'administration d'un schéma posologique selon les symptômes est courante parce que ce type de schéma est associé à une réduction de la quantité totale de benzodiazépines administrée ainsi que de la durée des séjours en milieu hospitalier. En revanche, la présence d'antécédents de complications associées au sevrage requiert qu'un traitement soit initié en prophylaxie, et donc selon un horaire fixe. D'ailleurs, le milieu où se déroule le sevrage, en ambulatoire ou en établissement, influence également les modalités d'administration du médicament qui doivent être considérées dans la définition de la situation clinique. En effet, il faut réaliser qu'en milieu ambulatoire, la personne a davantage de liberté dans la gestion de la prise de médicament, et donc l'évaluation des signes et symptômes ainsi que les critères justifiant l'administration d'une dose ne peuvent être les mêmes que pour un sevrage supervisé par une équipe traitante en établissement. Néanmoins, les discussions menées auprès des membres du comité consultatif ont permis de cerner un message clair et applicable à toutes les situations de sevrage pour lesquelles une pharmacothérapie est initiée : la consommation d'alcool doit être cessée dès le moment où l'administration des doses débute.

La surveillance des signes et symptômes du sevrage alcoolique est le pivot central du suivi de la personne. Elle est à la base de l'administration des médicaments, et une administration effectuée en temps opportun semble être la clé pour la prévention des complications et l'usage optimal de la médication. La surveillance adéquate des signes et symptômes est aussi essentielle pour détecter l'apparition d'effets indésirables potentiellement graves qui peuvent être associés à la prise de benzodiazépines.

L'échelle d'évaluation des symptômes de sevrage alcoolique actif la plus reconnue et utilisée est sans contredit l'échelle CIWA-Ar. Cependant, certains enjeux d'implantation ont été soulevés en lien avec cette échelle, notamment le besoin de formation ainsi que le temps requis pour son utilisation qui peuvent être une limite importante dans certains milieux de soins comme les unités d'urgence. Afin d'atténuer l'enjeu lié au temps que nécessite son utilisation, l'emploi de l'échelle condensée CIWA-modifiée, validée aux États-Unis et déjà implantée dans certains centres de la province, a été proposé lorsque le contexte de soins limite l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar.

Enfin, le sevrage alcoolique constitue la première étape d'une prise en charge globale du TUA. Un sevrage assisté pharmacologiquement crée l'opportunité de faire la transition vers une pharmacothérapie pour aider à la prévention des rechutes. L'initiation de ce traitement fait l'objet d'un autre PMN élaboré conjointement.

Forces et limites

Ces travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique des GPC, une évaluation critique des publications pertinentes ainsi qu'une présentation et une synthèse des conclusions.

À la suite de la recherche documentaire, 10 guides de pratique clinique avec une qualité méthodologique adéquate selon la grille AGREE II ont été retenus. Ces guides couvraient diverses populations, notamment en ce qui a trait à l'âge des usagers présentant un trouble lié à l'usage ou une consommation nocive d'alcool. D'ailleurs, un des GPC portait exclusivement sur les personnes âgées de 65 ans ou plus avec un TUA [CCSMPA, 2019], alors qu'un autre concernait les femmes enceintes qui consomment de l'alcool [Thibaut *et al.*, 2019]. Les GPC visaient d'autre part un large éventail de milieux de soins, comme celui de la Michigan Medicine, University of Michigan qui décrivait spécifiquement les recommandations pour la prise en charge du sevrage alcoolique chez les personnes hospitalisées [Czarnik *et al.*, 2020].

Le comité consultatif a été mandaté pour valider les aspects scientifiques du projet et fournir de l'information contextuelle de même que les perspectives cliniques essentielles à l'élaboration du PMN. Ce comité était constitué de représentants de la majorité des professionnels touchés par ces recommandations — médecins de famille, psychiatre, pharmaciens (communautaires et d'établissement), infirmière praticienne spécialisée et infirmière clinicienne. De plus, un groupe de quatre évaluateurs externes composé de médecins et d'une pharmacienne a révisé l'ensemble des documents afin d'en valider le contenu. Finalement, le PMN a été évalué par un groupe de futurs utilisateurs constitué d'infirmières cliniciennes concernées par ces travaux. Leurs commentaires ont permis de bonifier le protocole et d'assurer qu'il sera compréhensible et facile d'utilisation.

Certaines limites méritent toutefois d'être soulignées. Tout d'abord, les GPC ne considéraient pas tous l'usage de la gabapentine pour le traitement du sevrage d'alcool. En effet, certains guides ne limitaient les options pharmacologiques pour le sevrage qu'aux benzodiazépines et ne fournissaient des informations sur la gabapentine que dans un contexte de traitement pour la prévention des rechutes, restreignant ainsi la diversité des sources de références pour l'élaboration du PMN. De manière similaire, la variété de sources de références a aussi été réduite par le fait que certains des GPC retenus ne couvraient que le sevrage en milieu hospitalier ou chez des populations particulières (p. ex. les femmes enceintes ou les personnes de moins de 18 ans).

Impact clinique

Le PMN sur l'administration des benzodiazépines ou de la gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'une personne avec un TUA fait partie des outils qui favorisent l'interdisciplinarité, permettant ainsi d'optimiser la prestation de soins et d'en assurer la qualité. Le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) peuvent ainsi se concentrer sur les activités qu'ils sont les seuls à pouvoir exercer. Pour les cliniciens et infirmières ou infirmiers moins habitués ou exposés dans leur pratique à des cas de sevrage d'alcool assisté pharmacologiquement,

le présent PMN clarifie les situations et les critères selon lesquels les doses de médication doivent être administrées et précise le suivi à effectuer auprès des personnes traitées. Ceci permettra de rehausser les connaissances des professionnels, en particulier des infirmières non-cliniciennes qui constituent la majorité du personnel soignant dans certains milieux dont les CRD et le milieu carcéral, d'uniformiser la prestation de soins et de pallier le roulement de personnel qui peut faire obstacle au maintien d'une intervention de qualité auprès des personnes en sevrage d'alcool. Ultimement, le PMN favorisera le succès du traitement pharmacologique qui est défini par un bon contrôle de la sévérité des signes et symptômes et par l'absence de développement de complications liées au sevrage d'alcool. Ce succès est important puisque des antécédents de telles complications prédisposent la personne à l'aggravation de la sévérité de ses sevrages subséquents, le cas échéant.

Conformément aux objectifs poursuivis, cet outil devrait favoriser une meilleure prise en charge des personnes avec un TUA et faciliter la transition vers un traitement pour la prévention des rechutes. En plus du PMN élaboré pour encadrer l'administration des benzodiazépines ou de la gabapentine, d'autres liens et outils sont suggérés pour soutenir le personnel soignant, tels que le GUO concernant le traitement pharmacologique du sevrage d'alcool et de la prévention des rechutes [INESSS, 2021b], le PMN sur l'initiation d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne avec un TUA [INESSS, 2021c], et le PMN sur l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un TUA [INESSS, 2021d].

CONCLUSION

La réalisation de ce protocole médical national sur l'administration des benzodiazépines ou de la gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool d'une personne avec un TUA est fondée sur des recommandations de pratique clinique et une revue systématique de la littérature primaire qui ont été bonifiées par des aspects contextuels ainsi que par le savoir expérientiel de divers experts et cliniciens québécois. La triangulation des données provenant de ces différentes sources a permis l'élaboration du protocole selon les meilleures pratiques cliniques disponibles.

RÉFÉRENCES

- AA Pharma. Monographie : Diazépam. Anxiolytique : dérivés de benzodiazépines. Vaughan, ON : AA Pharma Inc.; 2019. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00049454.PDF.
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing; 2018. Disponible à : <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9781615371969>.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. Rockville, MD : ASAM; 2020. Disponible à : https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/the_asam_clinical_practice_guideline_on_alcohol-1.pdf.
- Association canadienne de santé publique. Les déterminants sociaux de la santé [site Web]. Ottawa, ON : 2012. Disponible à : <https://www.cpha.ca/fr/les-determinants-sociaux-de-la-sante>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). Benzodiazépines – Monographie de l'APhC. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, version en ligne (e-CPS). Ottawa, ON : APhC; 2015. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/search?lang=fr>.
- Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J Jr. Alcohol withdrawal syndrome. Am Fam Physician 2004;69(6):1443-50.
- British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU). Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. Vancouver, BC : BCCSU; 2019. Disponible à : <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2021/01/AUD-Guideline.pdf>.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ 2010;182(18):E839-42.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Sommaire canadien sur la drogue – Alcool. Ottawa, ON : CCDUS; 2019. Disponible à : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-10/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr_0.pdf.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées. Markham, ON : CCSMPA; 2019. Disponible à : https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol_Use_Disorder_FR_WEB.pdf.

- Collège des médecins du Québec (CMQ). Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19. Montréal, Qc : CMQ; 2020. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-31-fr-les-teleconsultations-realisees-par-les-medecins-durant-la-pandemie-de-covid-19.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Les ordonnances collectives. Montréal, Qc : CMQ; 2017. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Les ordonnances individuelles faites par un médecin. Montréal, Qc : CMQ; 2016. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication. Montréal, Qc : CMQ; 2015. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf>.
- Czarnik S, Kocan MJ, Strobbe S, Alaniz C, Ciarkowski S, Kirst N, et al. Alcohol withdrawal in hospitalized patients: Michigan Alcohol Withdrawal Severity (MAWS) protocol. Ann Arbor, MI : Michigan Medicine, University of Michigan (*auparavant University of Michigan Health System (UMHS)*); 2020. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555603/>.
- De Lemos J, Liu R, Cho J, Marshall C, Francis F, Nobrega S, et al. Perceptions du personnel infirmier par rapport à deux outils d'évaluation des patients en cours de sevrage alcoolique [site Web]. Infirmière canadienne, nov. 01, 2017. Disponible à : <https://infirmiere-canadienne.com/fr/articles/issues/2017/novembre-decembre-2017/perceptions-du-personnel-infirmier-par-rapport-a-deux-outils-devaluation-des-patients-en-cours-de-sevrage-alcoolique>.
- Department of Veterans Affairs (VA) et Department of Defense (DoD) (VA/DoD). VA/DoD Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. Version 3.0. Washington, DC : VA/DoD; 2015. Disponible à : <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGRevised22216.pdf>.
- Dumont J. Diantre! Un autre sevrage d'alcool au cabinet! Le Médecin du Québec 2009;44(2):43-9.
- Gouvernement du Canada. Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées (DORS/2000-217). Ottawa, ON : Ministre de la Justice; 2019. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/SOR-2000-217.pdf>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires. Québec, Qc : INESSS; 2021a. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Rapport en soutien au guide d'usage optimal. Québec, Qc : INESSS; 2021b. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Initier un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool – Rapport en soutien au protocole médical national et au modèle d'ordonnance collective. Rédigé par Catherine Awad. Québec, Qc : INESSS; 2021c. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Initier un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un trouble lié à l'usage d'alcool diagnostiqué ou suspecté – Rapport en soutien au protocole médical national et au modèle d'ordonnance collective. Rédigé par Valérie Garceau. Québec, Qc : INESSS; 2021d. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Efficacité et innocuité des traitements pharmacologiques pour le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes – Rapport de revues systématiques. Rédigé par Catherine Awad, Valérie Garceau et Caroline Poisson. Québec, Qc : INESSS; 2021e. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). La gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance : regard sur les pratiques d'ici et d'ailleurs. Québec, Qc : INESSS; 2019. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Sevrage_PORTRAIT.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Consommation abusive d'alcool [site Web]. Québec, Qc : INSPQ; 2020. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/syntheses/consommation-abusive-d-alcool>.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec : synthèse. Québec, Qc : INSPQ; 2010. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1088_AlcoolEtSantePublique_Synthese.pdf.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. BMJ 2009;339:b2535.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. Clinical guideline [CG115]. Londres, Angleterre : NICE; 2019. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis and management of physical complications. Clinical guideline [CG100]. Londres, Angleterre : NICE; 2017. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>.
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). Loi 41 – Guide d'exercice : les activités réservées aux pharmaciens. Montréal, Qc : OPQ et CMQ; 2019. Disponible à : https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/03/1954_38_fr-ca_0_guide_exercice_activites_reservees_pharmacien.pdf.
- Paré C et Fortier J. Le traitement du syndrome de sevrage de l'alcool. *Pharmactuel* 2007;40(1):25-32.
- Pfizer Canada. Renseignements thérapeutiques : Ativan^{MD} (lorazépam). Anxiolytique – Sédatif. Kirkland, Qc : Pfizer Canada SRI; 2019. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00049816.PDF.
- Pic D. Syndrome de sevrage alcoolique et délirium tremens. Urgences 2015 – Chapitre 53. Paris, France : Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU); 2015. Disponible à : https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/053.pdf.
- Psychomédia. Critères diagnostiques du "trouble d'utilisation de l'alcool" (abus et dépendance - DSM-5) [site Web]. 7 janvier 2018. Disponible à : <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2018-01-07/criteres-diagnostiques-trouble-d-utilisation-de-l-alcool>.
- Société Française d'Alcoologie (SFA). Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement – Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie* 2015;37(1):5-84.
- Statistique Canada. Consommation abusive d'alcool, 2018. Feuilles d'information de la santé. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2019. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-625-x/2019001/article/00007-fra.pdf>.
- Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 1989;84(11):1353-7.
- Thibaut F, Chagraoui A, Buckley L, Gressier F, Labad J, Lamy S, et al. WFSBP and IAWMH Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women. *World J Biol Psychiatry* 2019;20(1):17-50.
- Upjohn Canada. Monographie : Neurontin^{MD} (gabapentine). Antiépileptique. Kirkland, Qc : Upjohn Canada SRI; 2020. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00056152.PDF.
- Wojtecki CA, Marron J, Allison EJ Jr, Kaul P, Tyndall G. Systematic ED assessment and treatment of alcohol withdrawal syndromes: A pilot project at a Veterans Affairs Medical Center. *J Emerg Nurs* 2004;30(2):134-40.

ANNEXE A

Commentaires des lecteurs externes

Tableau A-1 Traitement des commentaires du premier lecteur externe

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE		RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Qualité scientifique du rapport : 9/10		
1. Contenu général:		
1.1.	Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire? <i>Oui c'est bien présenté et clair. Ce qui est moins clair pour moi est la gabapentine (avec un schéma posologique selon les symptômes). La gabapentine sera administrée selon un horaire fixe avec possibilité d'administrer des doses PRN. La manière dont c'est décrit dans la situation clinique laisse à croire que la gabapentine pourrait être administrée au besoin seulement si symptômes?</i>	La mention de la gabapentine a été retirée de la situation clinique qui vise l'utilisation d'un schéma posologique selon les symptômes.
1.2.	La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)? <i>Oui.</i>	Aucune action requise.
1.3.	Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel? <i>Oui le contenu est tout à fait applicable dans le contexte québécois et aidera grandement à encadrer le suivi de ces patients.</i>	Aucune action requise.
1.4.	Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et de l'OC sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)? <i>Selon moi l'aspect modalités d'ajustement de la médication prescrite de la conduite thérapeutique n'est pas vraiment abordé?</i>	Effectivement. Les PMN sont rédigés de manière à pouvoir être utilisés par tous les professionnels de la santé. Comme l'infirmière ne peut pas procéder elle-même à un ajustement des doses, une situation où un tel besoin serait décelé devrait faire l'objet d'une réévaluation. Le pharmacien peut, lui, ajuster l'ordonnance selon la description des activités qui lui sont réservées. Le GUO qui accompagne le PMN contient des doses qui permettront de guider un ajustement.
	<i>Dans la section 5 du PMN il est écrit : Signes et symptômes de sevrage alcoolique mal contrôlés malgré les doses de médicament prescrites (p. ex., en établissement, aucune diminution du score CIWA-Ar¹ après 2 ou 3 administrations de médicament) ; serait-il pertinent d'ajouter, pour laquelle une optimisation de la</i>	De la manière dont les PMN sont construits, on ne spécifie pas la conduite à tenir pour les éléments figurant dans la dernière section;

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>médication serait souhaitable. Ou encore d'ajouter cette information de possibilité d'optimisation de la médication dans la section Suivi.</i> <i>Je crois que 3 doses c'est long avant d'optimiser un traitement, surtout si le patient est anxieux et agité. Je crois que le après 2 administrations de médicament est plus réaliste.</i> <i>De plus, serait-il pertinent au tableau 2.2 d'ajouter une colonne avec les intervalles des doses utilisées pour les benzodiazépines et pour la gabapentine (avec la dose maximale journalière de 3 600mg à ne pas dépasser pour la gabapentine ref : BC guidelines). Je sais que ce protocole est pour l'administration de la médication et non pour l'initiation de celle-ci, mais j'ai l'impression que d'avoir l'information générale sur les doses aiderait le professionnel qui applique le protocole à savoir si le patient reçoit une faible dose ou une dose élevée pour la place qui reste à l'optimisation. De plus, elle pourrait s'assurer de ne pas dépasser la dose maximale de gabapentine. Bref c'est une piste de solution.</i> <i>L'administration IV des médicaments se fera surtout par exemple pour les patients agités ++ donc dans les cas de sevrage sévère. Je me demandais si une colonne sur le début d'action attendu du lorazépam et du diazépam serait souhaitable pour ces cas?</i>	comme le titre de la section l'indique, il peut s'agir de porter une attention particulière, faire une réévaluation (comme dans ce cas-ci) ou procéder à une investigation supplémentaire. Étant donné qu'il est écrit « 2 ou 3 » dans le PMN, aucune modification n'a été effectuée à cet égard. Le professionnel peut consulter le GUO qui accompagne le PMN. Il contient les intervalles de doses ainsi que les doses maximales des médicaments visées par le PMN. Les membres du comité consultatif n'ont pas jugé pertinent d'alourdir le tableau avec les débuts d'action attendus pour les médicaments administrés par voie IV parce que ceux-ci sont semblables d'un médicament à un autre et qu'il est connu par les professionnels appelés à utiliser le PMN que ce temps sera plus rapide que par voie orale.
1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?	Aucune action requise.
<i>OUI tout à fait</i>	
1.6. Les références sont-elles d'actualité?	Aucune action requise.
<i>Oui.</i>	
1.7. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les contre-indications à l'application du PMN par un professionnel sont adéquates?	Aucune action requise.
<i>Oui.</i>	
1.8. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire sont adéquates? <i>OUI les situations énumérées sont claires. Serait-il par contre pertinent de modifier le titre pour : situations qui exigent une attention médicale particulière, une réévaluation médicale ou une investigation médicale supplémentaire? Ainsi ce serait clair qu'il y a obligation d'aviser le Md.</i>	Les titres des sections des PMN ont été approuvés par le CMQ et sont utilisés tels quels dans tous les PMN de l'INESSS. Il est à noter que les PMN sont rédigés de façon à pouvoir être utilisés par tous les professionnels de la santé, y compris les médecins. Aucune modification n'a donc été faite à cet égard.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
PMN	
<i>Dans la situation clinique, ce n'est pas clair pour moi car le Gabapentin est administré selon un horaire fixe avec possibilité d'administrer des doses PRN selon les symptômes. Serait-il pertinent d'écrire comme ceci : « Personne de 18 ans ou plus...qui a une ordonnance valide de benzodiazépine (avec un schéma posologique selon les symptômes) ou de la gabapentine (avec un schéma posologique selon un horaire fixe avec possibilité d'administrer des doses au besoin selon les symptômes) et qui présente... »</i> <i>Dans la situation clinique, il est écrit « lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, au moins 1 des symptômes suivants : nausées, vomissements, anxiété, tremblements, sueurs, irritabilité, envie intense de boire ou, au coucher, insomnie ». J'écrirais comme ceci : « ou, insomnie au coucher » (plus facile à lire selon moi).</i> <i>Dans le tableau d'administration des médicaments, il est écrit « Traitement selon les symptômes : administrer une dose selon les intervalles de temps précisés sur l'ordonnance individuelle en présence de signes et symptômes modérés ou sévères, selon l'échelle CIWA-Ar¹ présentée à l'annexe I, ou si la fréquence cardiaque est supérieure à 100 bpm² ; ». Serait-il plus vrai d'écrire à la place : « ...en présence d'un syndrome de sevrage considéré comme modéré ou sévère selon... »</i> <i>Dans le tableau d'informations à transmettre, pour l'élément « Effets indésirables possibles », j'ajouterais « liés au traitement ».</i> <i>Dans le tableau d'informations à transmettre, pour l'élément « Importance de l'hydratation régulière », j'ajouterais combien de litres d'eau par jour ou combien de verre d'eau par jour est recommandé (tel qu'indiqué dans le rapport).</i> <i>Dans la section Suivi en établissement, il est écrit : « Évaluer l'intensité des signes et symptômes de sevrage d'alcool à l'aide de l'échelle CIWA-Ar (présentée à l'annexe I) ». Serait-il pertinent d'ajouter que cette évaluation permet d'évaluer si une optimisation de la médication est nécessaire dans le but d'atteindre une stabilisation des signes et symptômes? surtout pour les sevrages modérés ou sévères?</i> <i>Dans la section 5, Faudrait-il que le terme médical apparaisse quelque part? P. ex. : Situations qui exigent une attention médicale particulière, une réévaluation médicale ou une investigation médicale supplémentaire. Faisant ainsi référence à l'obligation d'impliquer ou d'aviser le Md.</i> <i>Cette partie (section 5) est claire en termes des éléments énumérés, mais il faudrait être plus précis sur quoi faire si une de ces situations se produit à mon avis.</i>	Voir la réponse à la question 1.1. Aucune modification apportée suivant la révision linguistique, car modifie le sens. Modification apportée. Le terme « médicamenteux » a été ajouté. La quantité d'eau requise va varier selon l'intensité des symptômes comme les vomissements et les sueurs et n'a donc pas été ajoutée dans le PMN. Cependant, une explication a été ajoutée. Peu de justifications sont normalement fournies dans les PMN, celles-ci étant plutôt expliquées dans le rapport en soutien afin de garder les instructions du PMN concises. Voir la réponse à la question 1.8. Puisque les PMN s'adressent à tous les professionnels de la santé incluant les médecins, on ne spécifie pas la conduite à tenir

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	pour les éléments figurant dans la dernière section. Comme le titre de la section l'indique, il peut s'agir de porter une attention particulière, faire une réévaluation (comme dans ce cas-ci) ou procéder à une investigation supplémentaire, selon le jugement clinique. Le fait que ce PMN ne soit pas accompagné d'une ordonnance collective (dans laquelle peuvent figurer plus d'indications sur la conduite) est un peu particulier.
Rapport en soutien	
<i>Dans les questions de recherche, il est écrit « Les modalités d'ajustement de la médication prescrite ». Cela n'a pas été abordé.</i> <i>Dans la section Suivi en milieu ambulatoire, il est écrit « Lors de l'utilisation d'un schéma posologique à dose fixe, les signes et symptômes des personnes doivent quand même être surveillés, et des dispositions doivent être prises pour que la personne soit suivie le lendemain afin de modifier la dose si nécessaire », mais l'optimisation des doses n'est pas abordée dans le PNM.</i>	Effectivement, les éléments de réponse à cette question de recherche ont plutôt été intégrés dans le GUO qui accompagne le PMN. Si la posologie est ajustée, une nouvelle ordonnance individuelle sera émise et le PMN s'appliquera alors basé sur celle-ci. Si lors d'un suivi une situation mentionnée à la section 5 est rencontrée, un clinicien sera consulté et celui-ci considérera l'optimisation des doses.
3. Transfert des connaissances: Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suite à la publication du PMN et de l'OC.	
3.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? <i>Cliniciens, professionnels</i>	Aucune action requise

Tableau A-2 Traitement des commentaires du deuxième lecteur externe

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE		RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Qualité scientifique du rapport : 10/10		
1. Contenu général:		
1.1.	Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
1.2.	La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)? <i>Oui.</i>	Aucune action requise.
1.3.	Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel? <i>Possiblement s'il y a une volonté de la part des décideurs de le faire et que l'on met les ressources (surtout de formation et de changement de culture organisationnelle) pour le faire. L'implantation du protocole va nécessiter des changements organisationnels dans plusieurs milieux et un rehaussement des connaissances des infirmières impliquées et en particulier des non-cliniciennes qui constituent la majorité dans plusieurs milieux, dont les CRD et le milieu carcéral. Le roulement de personnel, qui est aggravé par la taille des établissements, sera aussi un obstacle au maintien d'une intervention de qualité. Le réseau de la santé dans son ensemble est plutôt mal en point actuellement suite à plusieurs années de gestion centralisée, autoritaire et top down: le mode de gouvernance du réseau demeure hyper centralisé et ne favorise pas l'innovation et l'implantation de nouvelles activités répondant à des besoins locaux; plusieurs postes en nursing demeurent vacants; il y a des bris de service en CRD par manque de personnel; la formation du personnel infirmier en toxicomanie est insuffisante; le personnel infirmier des CRD, en général, ne s'est pas approprié les nouveaux actes autonomes de leur profession tels que l'immunisation, le dépistage et le traitement de certaines ITSS; le poids de la culture organisationnelle des CRD avec une intégration insuffisante des interventions santé avec celles de réadaptation; la gestion clinico-administrative n'étant pas implantée ou fonctionnelle dans plusieurs milieux, le personnel d'encadrement n'a pas assez de feed-back de la part des cliniciens pour implanter des activités cliniques innovantes.</i>	L'implantation de ce PMN ne fait pas partie du mandat du projet, celle-ci relevant du MSSS. L'INESSS fait toutefois partie d'un groupe de travail avec ce partenaire pour favoriser l'implantation de l'ensemble des PMN élaborés par l'INESSS. Cette information sera donc transmise à ce groupe de travail. De plus, un tutoriel présentant quelques cas cliniques sera publié sur le site Web de l'INESSS de concert avec le PMN afin d'aider à clarifier son utilisation.
1.4.	Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et de l'OC sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)? <i>Oui. Il y aurait peut-être la lacune suivante : dans les comparaisons entre les médicaments on ne parle que de différences statistiquement significatives, mais jamais de différences cliniquement significatives.</i>	L'objectif était surtout de vérifier si les traitements étaient aussi efficaces que le traitement de référence en clinique. La signification ou l'impact clinique des traitements sont discutés avec les membres du comité consultatif par la suite.
1.5.	Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? <i>Le document intitulé « Guide et normes » est accessible aux médecins et autres professionnels familiers avec la lecture critique de la littérature médicale. Pour les infirmières non cliniciennes (formation collégiale</i>	Le rapport en soutien est à titre informatif seulement et est rendu disponible pour détailler le raisonnement duquel découlent les directives

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>seulement) et aussi pour les cliniciennes non familières avec l'évaluation des troubles d'usage comme ce peut être le cas en GMF ou en salle d'urgence, le guide devra faire l'objet de sessions de formation. Plusieurs gestionnaires n'ont pas de formation en sciences de la santé et pourraient ne pas voir la pertinence d'implanter le protocole dans leurs services.</i> 1.6. Les références sont-elles d'actualité? <i>Oui.</i> 1.7. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les contre-indications à l'application du PMN par un professionnel sont adéquates? <i>On mentionne l'usage d'autres dépresseurs du SNC tels que benzodiazépines, opioïdes et GHB sans mentionner si cet usage est encadré médicalement au moins pour les deux premiers. Pourraient être une contraindication toute relative les situations suivantes : l'usage chronique de faibles doses de benzo prescrit et pour lequel le patient est observant avec la posologie, et relativement tolérant aux effets sédatifs; les personnes sous opioïdes pour la douleur et qui sont observantes et tolérantes, ainsi que les patients sous suboxone et méthadone depuis plusieurs mois. Dans l'incertitude l'infirmière peut consulter le médecin répondant.</i> <i>En ce qui concerne les médicaments du SNC, il n'est pas fait mention de la médication psychiatrique qui peut être assez sédatrice dans certains cas, avoir le potentiel d'abaisser le seuil convulsif, et de prolonger le QTc.</i> 1.8. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire sont adéquates? <i>Oui. Voir suggestions à 1.7</i>	se retrouvant dans le PMN. Ce rapport n'a pas à faire l'objet de formation. Par ailleurs, l'ajout d'un glossaire au début du rapport contribuera à rendre celui-ci plus accessible. Aucune action requise. Aucune modification n'a été apportée puisque les membres du comité consultatif estiment que l'interaction entre les benzodiazépines et les opioïdes peut être problématique même si la prise d'opioïdes est <i>médicalement encadrée</i>. Dans les sections <i>Appréciation de la condition de santé</i>, <i>Suivi</i> et <i>Situations nécessitant une attention particulière</i>, la médication <i>psychotrope</i> a été ajoutée aux exemples de consommation d'autres substances psychoactives à rechercher. L'ajout de l'exemple n'a pas été fait dans la contre-indication parce que cette médication aura déjà été considérée par le prescripteur. Voir réponse à la question 1.7.
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
<i>Dans l'appréciation de l'état de santé, on pourrait s'intéresser aux médications reçues lors de sevrages précédents, à la réponse du patient, aux intolérances ainsi qu'aux préférences exprimées par le patient.</i>	Comme l'ordonnance pour le choix du traitement est déjà faite lorsque ce PMN est appliqué, ces éléments sont davantage appropriés pour le GUO qui accompagnera le PMN.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>Combien de temps le patient devrait-il s'abstenir de conduire ou d'avoir des activités professionnelles (machinerie, travail en hauteur, etc.) ou autres (certains sports comme natation, nautisme, chasse, tir, etc.) pouvant comporter un risque en raison de la sédation occasionnée par la médication, ou du risque de convulsion en début de sevrage et aussi, quoique rarement, à l'arrêt de la médication prescrite pour traiter le sevrage? Une recommandation prudente serait une interdiction de conduire ou d'avoir des activités à risque pour toute la durée de la prescription de médication de sevrage et une semaine additionnelle après l'arrêt de la médication.</i> <i>La pertinence d'un arrêt de travail doit être discutée et les documents appropriés remplis.</i> <i>Dans le document final, il faudrait suggérer des doses pour les différents médicaments retenus.</i> <i>Une fois la médication prescrite, sa gestion sécuritaire doit être discutée, en particulier pour le sevrage dans le milieu de vie du patient dont certains vivent seuls et n'ont pas toujours la possibilité d'être accompagnés pour les premiers jours du sevrage, et ceci était particulièrement vrai durant la pandémie. Dans ces cas, le pharmacien communautaire joue un rôle important et on peut avoir recours à une dispensation quotidienne ou chaque 2 jours avec une indication que la médication doit être cessée si le patient se présente intoxiqué à la pharmacie.</i> <i>Les patients avec des troubles cognitifs sans inaptitude ont en général beaucoup de difficultés à maintenir l'abstinence, ayant perdu cette capacité à prendre des décisions judicieuses pour eux-mêmes, ou à se donner une organisation de vie avec des projets et des occupations qui pourraient donner un sens à leur vie. Les approches traditionnelles de réadaptations ne sont pas appropriées à leur situation.</i> <i>Dans certaines situations, la gestion de l'usage d'alcool est l'approche la plus réaliste.</i> <i>La transition vers un programme de réadaptation doit faire l'objet d'une discussion avec le patient à un moment ou l'autre du suivi.</i> <i>Plusieurs situations cliniques nécessitent une intervention du service social : précarité résidentielle, itinérance; victimisation, exploitation, violence conjugale; abus, négligence d'enfants; évaluation de besoins d'aide pour le maintien à domicile; sevrages à répétition avec incapacité de maintenir l'abstinence; besoin d'entrevue motivationnelle; rencontre avec les proches quand indiquée.</i>	Ajouts ou modifications effectués : - ajout d'exemples d'autres activités nécessitant un état de vigilance « (p. ex. utilisation de machinerie, travail en hauteur, natation, chasse, nautisme) - remplacement de « pendant l'administration des médicaments » par « pendant au moins toute la durée de la prescription » - ajout de « en raison notamment de la sédation occasionnée par la médication ou des convulsions possibles dues au sevrage » Cet aspect devrait déjà avoir été réglé avec le prescripteur lorsque l'ordonnance individuelle a été émise. L'élément pourrait être mentionné au GUO. Les doses des différents médicaments retenus sont indiquées dans le GUO. La gestion sécuritaire en milieu ambulatoire de la médication prescrite ainsi que le rôle important du pharmacien dans le suivi de la personne sont mentionnés dans le GUO. L'information au sujet des personnes avec des troubles cognitifs sans inaptitude a été ajoutée au rapport en soutien. L'objectif a été modifié pour « créer l'opportunité de favoriser une transition vers un traitement de soutien à la prévention des rechutes, lorsque cela est indiqué ». Information ajoutée au rapport en soutien et au GUO. Information ajoutée au rapport en soutien et au GUO. Dans la section <i>Appréciation de la condition de santé</i>, une sous-section entière au sujet de la clientèle vulnérable ainsi que de la possible implication d'intervenants pour accompagner ces personnes a été ajoutée :

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	Situation sociale ► Se renseigner sur la situation sociale de la personne : • précarité ou instabilité résidentielle • isolement • vulnérabilité ► Vérifier si des dispositions ont été prises avec des membres de l'équipe interprofessionnelle pour optimiser la prise en charge psychosociale et l'accompagnement de la personne traitée. Dans l'encadré de la section <i>Suivi</i>, il a été ajouté: « Optimiser l'accompagnement de la personne avec l'équipe interprofessionnelle ». L'information a aussi été ajoutée au rapport en soutien et au GUO.
3. Transfert des connaissances: Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suivant la publication du PMN et de l'OC.	
3.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? <i>Les cliniciens et professionnels de la santé offrant des services en clinique spécialisée en toxicomanie, mais aussi en première ligne dans les GMF, en salle d'urgence.</i> <i>Les services de psychiatrie communautaire gagneraient à mieux détecter les troubles d'usage de substances, à implanter le protocole pour faire une première évaluation et à utiliser les corridors de services vers les CRD et les cliniques spécialisées.</i> <i>Plusieurs GMF (ex HMR, CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Hôpital de Verdun) comptent dans leurs personnels des cliniciens et médecins experts en toxicomanie et constituent des modèles d'organisation qui devraient inspirer les communautés qui en sont dépourvues.</i> <i>Si les décideurs ne sont pas convaincus de la pertinence d'implanter le protocole dans leur milieu, ce pourrait constituer un obstacle insurmontable. Certains décideurs pourraient exercer un leadership auprès de leurs pairs. Il y a évidemment des décideurs de différents niveaux allant du terrain au ministère. Elles.ils tiennent les cordons de la bourse et déterminent les priorités.</i> <i>Rien ne s'oppose à ce que le protocole et les documents ne soient rendus disponibles non seulement pour les professionnels, mais aussi pour la population en général. Les médias et le public doivent être en mesure de jeter un regard critique sur la performance du réseau de la santé et avoir accès aux documents pour le faire. Les soins aux personnes avec troubles d'usage de substances restent un parent pauvre dans le réseau et il y a encore beaucoup de travail à faire pour tout mettre au niveau et aussi pour soutenir l'innovation.</i>	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances. L'implantation de ce PMN ne fait pas partie du mandat du projet, celle-ci relevant du MSSS. L'INESSS fait toutefois partie d'un groupe de travail avec ce partenaire pour favoriser l'implantation de l'ensemble des PMN élaborés par l'INESSS. Cette information sera donc transmise à ce groupe de travail. De plus, un tutoriel présentant quelques cas cliniques sera publié sur le site Web de l'INESSS de concert avec le PMN afin d'aider à clarifier son utilisation.

Tableau A-3 Traitement des commentaires du troisième lecteur externe

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Qualité scientifique du rapport : aucune note fournie	
1. Contenu général:	
1.1. Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire? <i>Aucune réponse fournie.</i> 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)? <i>Aucune réponse fournie.</i> 1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel? <i>Aucune réponse fournie ici, mais voir l'élément discuté à la partie PMN de la section 2 concernant la définition des milieux de soins.</i> 1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et de l'OC sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)? <i>Aucune réponse fournie ici, mais voir l'élément discuté à la partie Rapport en soutien de la section 2 concernant les critères d'inclusion.</i> 1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? <i>Aucune réponse fournie ici, mais voir les éléments discutés à la section 2 concernant les explications et justifications à fournir au professionnel.</i> 1.6. Les références sont-elles d'actualité? <i>Aucune réponse fournie.</i> 1.7. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les contre-indications à l'application du PMN par un professionnel sont adéquates? <i>Aucune réponse fournie, mais aucun commentaire formulé à la section concernant les contre-indications.</i> 1.8. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire sont adéquates? <i>Aucune réponse fournie ici, mais voir les éléments discutés à la section 2 concernant les situations particulières.</i>	Voir les éléments discutés à la section 2.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
PMN	
<u>Titre :</u> <i>Pourquoi le TUA est dans le titre du PMN si le diagnostic d'un TUA n'est pas considéré essentiel au traitement d'un sevrage? Et que le TUA n'apparaît pas dans la situation clinique?</i> <i>Ajouter « ou une consommation nocive d'alcool »?</i> <u>Situation clinique :</u> <i>La question des différents milieux de soins et ce que chacun comprend mériterait d'être précisée davantage au début du PMN et/ou dans le rapport en soutien et les précisions prises en compte tout au long du processus.</i> <i>Le milieu ambulatoire semble avoir une définition très large alors que les « extrêmes » du spectre n'impliquent parfois pas du tout le même suivi ou la même surveillance.</i> <i>Entre autres, une part de la clientèle vulnérable aux prises avec des troubles de santé mentale et/ou de dépendances, souvent très malade et isolée, mais peu ou pas rejointe par les ressources traditionnelles du système de la santé dans bien des endroits et davantage desservie ou connue par les ressources communautaires, peut avoir des besoins différents de bien d'autres types de clientèles ambulatoires.</i> <i>Les documents sur la prévention des rechutes réfèrent un peu plus à ces personnes (précarité, instabilité résidentielle). Il y a aussi ceux pour qui l'hospitalisation ne représente pas une option « acceptable », pour différentes raisons, mais qui requièrent un suivi plus étroit ou davantage de soutien si on veut leur permettre l'accès à certains traitements en ambulatoire, particulièrement en présence de très peu (ou pas) d'alternatives à l'hospitalisation (ce qui peut être très variable d'une région à l'autre). Cf commentaires dans la section du suivi également. Cf aussi commentaire p.30 environ du rapport en soutien au PMN.</i> <u>Appréciation de la condition de santé :</u> <i>Dans « • lors d'un sevrage en établissement, des signes et symptômes de sevrage modéré ou sévère selon l'échelle CIWA-Ar présentée à l'annexe I. », préciser « hospitalier seulement ».</i> <i>Dans « Documenter la quantité, la date ainsi que l'heure de la dernière consommation d'alcool », ajouter l'explication sommaire qui est à la page 22 du rapport en soutien pour bonifier la compréhension et donc l'évaluation et possiblement la gestion globale du PMN par le professionnel qui l'applique. P. ex., « le moment, la quantité et le temps écoulé depuis la dernière consommation d'alcool aident à déterminer la fenêtre de risque pour le développement d'un syndrome de sevrage grave ou compliqué ».</i>	Titre du PMN changé pour : <i>Administration de benzodiazépines ou de gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool.</i> Une note de bas de page a été ajoutée afin de préciser des exemples d'établissements et ainsi aider les utilisateurs à identifier les éléments du PMN qui s'appliquent à leur situation. Des explications supplémentaires et des nuances concernant les différents milieux de soins ont été apportées dans le rapport en soutien. Dans la section <i>Appréciation de la condition de santé</i>, une sous-section entière au sujet de la clientèle vulnérable ainsi que de la possible implication d'intervenants pour accompagner ces personnes a été ajoutée : Situation sociale ► Se renseigner sur la situation sociale de la personne : • précarité ou instabilité résidentielle • isolement • vulnérabilité ► Vérifier si des dispositions ont été prises avec des membres de l'équipe interprofessionnelle pour optimiser la prise en charge psychosociale et l'accompagnement de la personne traitée. Le terme établissement a été conservé, car les CRD ne doivent pas être exclus. Une note en bas de page a été ajoutée. Ce genre de précisions n'apparaît généralement pas dans les PMN, mais plutôt dans le rapport en soutien dont la lecture améliore effectivement la compréhension et l'application du contenu du PMN par le professionnel.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>Dans « Se renseigner sur la consommation d'autres substances psychoactives (p. ex. benzodiazépines, GHB, opioïdes) » ... Cela ne serait-il pas un point distinct plutôt qu'en sous-point de la consommation d'alcool récente (il ne s'agit plus de consommation d'alcool, mais bien d'autres substances)? Et je n'ajouterais pas « et à d'autres substances psychoactives » au titre du point 1.1 pour ne pas « diluer » l'importance de questionner spécifiquement sur la consommation d'alcool. Aussi, serait-ce pertinent d'ajouter consommation « antérieure ou actuelle » comme le libellé dans les contre-indications, ou du moins d'indiquer de préciser la période de consommation?</i> <i>Dans « Mesurer les signes vitaux et apprécier la sévérité des signes et symptômes de sevrage en utilisant l'échelle CIWA-Ar (présentée à l'annexe I) pour les consultations en présentiel », serait-il pertinent d'indiquer qu'une formation (avec un lien ou référence pour la rendre disponible?) est nécessaire pour l'utilisation de cette échelle?</i>	Cet élément a été transféré dans un point distinct, et la précision concernant la consommation <i>actuelle</i> (active) a été apportée. La consommation antérieure a quant à elle été évaluée au moment d'émettre l'ordonnance individuelle. Les enjeux d'implantation ne sont pas mentionnés dans les PMN eux-mêmes, mais plutôt dans les rapports en soutien. L'INESSS évaluera la possibilité d'ajouter un hyperlien sur son site Web vers une formation appropriée.
<u>Objectif de traitement :</u> <i>Dans « soulager les signes et symptômes associés au syndrome de sevrage d'alcool (p. ex. en diminuer ou en maintenir la sévérité à un niveau léger) », ajouter « Prévenir ou » au début de la phrase puisque c'est cela dans certains cas d'administration à horaire fixe tels que mentionnés dans le rapport en soutien, p. ex en prophylaxie en cas d'antécédents de complications sérieuses de sevrage. Aussi, remplacer « soulager » par « traiter ».</i> <i>Dans « préparer la personne à une transition vers l'abstinence à long terme de consommation d'alcool », la formulation est à modifier à mon avis, parce que :</i> <i>1. L'accent est encore trop souvent mis sur l'abstinence à long terme comme principal objectif ou comme étant le plus important, alors qu'il y a plusieurs autres étapes et objectifs possibles sur le chemin vers le rétablissement et que ça peut rebuter, décourager ou faire peur à certaines personnes, entre autres selon leur stade de motivation au changement et diverses autres variables et particulièrement lorsqu'il est tôt dans le processus thérapeutique. Le sevrage pouvant être une expérience très difficile, certaines personnes auront besoin d'un soutien flexible et pourraient être découragées à ce stade-ci par une notion d'objectif de transition vers l'abstinence à long terme, pouvant peut-être même être tentées d'abandonner le traitement. Il s'agit d'une étape importante en termes d'engagement potentiel des personnes dans d'autres étapes ou composantes du traitement du TUA, mais il s'agit aussi d'une période difficile pour elles et ce serait très intéressant que cela transparaisse dans les documents lorsqu'applicable, afin d'inciter à en prendre conscience ainsi qu'à l'empathie à cet égard, favorisant possiblement une meilleure rétention dans le traitement (ou du moins favorisant le soutien à la motivation).</i> <i>2. Je soulève le point aussi parce que les termes utilisés dans le PMN seront fort probablement réutilisés par le professionnel qui l'applique avec le patient et les messages véhiculés par les professionnels aux patients peuvent définitivement avoir un impact sur la motivation, l'observance, la collaboration, etc. La formulation est d'ailleurs différente (et à mon avis préférable) dans les rapports en soutien pour les PMN sevrage et prévention des rechutes où on fait allusion à différents endroits à la transition (et opportunité) entre le traitement du sevrage et celui pour la prévention des rechutes (ou à la limite pour le maintien de l'abstinence acquise suite au sevrage).</i>	Ajout effectué. Terme remplacé. Cette partie de l'objectif de traitement a été remplacée par « créer l'opportunité de favoriser une transition vers un traitement de soutien à la prévention des rechutes, lorsque cela est indiqué ». Toutes les explications fournies ont été intégrées au rapport en soutien.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>Par ailleurs, il est mentionné dans le rapport en soutien au PMN sur la prévention des rechutes (p.19 ou environ) que l'objectif de certaines personnes peut être de réduire la consommation plutôt que d'arrêter complètement et on réfère à la notion de continuum entre la réduction de la consommation et l'abstinence totale de consommation à l'alcool dans la section « Objectif de traitement » de ce même rapport. Enfin, la réduction de la consommation d'alcool est incluse dans l'objectif de traitement du PMN prévention des rechutes.</i> <i>Ainsi, je profiterais de la formulation des objectifs (et possiblement d'autres sections des documents où ça pourrait s'appliquer) pour contribuer à corriger certaines perceptions ou croyances qui sont encore véhiculées et que certains professionnels ont toujours en tête comme références, mais qui ne sont pas nécessairement justes ni à l'avantage des patients, tout en transmettant les informations relatives aux meilleures pratiques.</i> <i>Suggestion : favoriser une transition vers un traitement de soutien à la prévention des rechutes (ou ajouter « offrir ou créer l'opportunité de » au début de la phrase?)</i> <i>Ou : tout en offrant / créant l'opportunité de favoriser une transition vers un traitement de soutien à la prévention des rechutes.</i> <i>Est-ce qu'il faudrait alors préciser chez ou pour les personnes présentant un TUA? (comme au PMN sur la prévention des rechutes?) Toutefois, est-ce que ce serait problématique de mentionner TUA ici si non indiqué dans la situation clinique? Ou bien ajouter « lorsqu'indiqué » à la fin de la phrase?</i>	La formulation de l'objectif de traitement a été modifiée. « Lorsque cela est indiqué » a été ajouté.
<u>Information à transmettre :</u> <i>Après « Lors d'un sevrage en ambulatoire », ajouter « (et possiblement en établissement lorsqu'applicable) ». C'est une suggestion afin de ne pas exclure nécessairement les cas en établissement, puisque l'enseignement au patient est toujours gagnant peu importe le milieu, pour différentes raisons (p. ex. infos pouvant être utiles au patient plus tard alors qu'il ne sera pas aussi entouré ou encadré) et le professionnel pourra décider si approprié ou non (car je comprends évidemment que le patient peut être trop malade, agité, confus...).</i> <i>Dans cette même phrase, remplacer « son soignant » par « proche et/ou soignant » considérant qu'un proche peut aussi être en soutien à une personne en milieu ambulatoire (mais idéalement pas tout seul, avec un soignant aussi).</i> <i>Dans « Importance de ne plus consommer d'alcool à partir du moment où le traitement pharmacologique est commencé », expliquer sommairement pourquoi afin que ça fasse du sens pour la personne elle-même et qu'elle soit plus encline à le respecter (risques associés).</i> <i>Clarifier « Disponibilité d'une personne de soutien pendant la durée du sevrage », car peut porter à confusion (on informe qu'une personne de soutien est disponible pendant le sevrage au besoin et on lui donne ses coordonnées ou on demande à ce qu'une personne de soutien de son entourage soit disponible?). Si on demande à ce qu'il y ait une personne de soutien disponible pour eux, ce n'est pas nécessairement réaliste pour une partie de la clientèle plus isolée et on devra peut-être s'impliquer avec le patient pour identifier cette personne (pharmacie? intervenant communautaire?)</i> <i>Dans « Effets indésirables possibles », ajouter médicamenteux.</i> <i>Dans « Les risques associés à la conduite automobile ou à l'utilisation de machinerie lourde pendant l'administration des médicaments », ajouter « ou toute autre activité comportant des risques ou nécessitant un état de vigilance » (tel</i>	Au lieu d'effectuer l'ajout suggéré, la mention du milieu ambulatoire a simplement été retirée. Modification effectuée. Ajout de « à cause des risques de surdose ». Clarification apportée : « Vérifier avec la personne si elle a besoin d'assistance pour trouver un proche, un soignant ou un intervenant disponible pour lui offrir du soutien pendant la durée du sevrage ». Ajout effectué. Ajout effectué (en combinaison avec des exemples fournis par un autre lecteur externe).

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>qu'au rapport p.33 environ, pour qu'une plus grande diversité de situations soit représentée et inciter à penser à d'autres exemples lorsque les seuls exemples de conduite auto et de machinerie lourde ne s'appliquent pas).</i> <i>Dans « Contacter l'équipe de soins en cas d'aggravation des symptômes de sevrage malgré la médication ou d'effets indésirables importants », ajouter « médicamenteux ».</i>	Ajout effectué
<u>Suivi :</u> <i>Dans l'encadré « Un suivi en présentiel est préférable, mais un suivi téléphonique ou en visioconférence est aussi possible », ajouter « lorsqu'applicable (en alternance avec les visites en personne) ». Le « lorsqu'applicable » est parce que plusieurs patients n'ont pas accès aux outils requis pour les visioconférences et certains n'ont pas de cellulaire ou suffisamment d'argent pour mettre du temps dans leur cellulaire. Le « (en alternance avec les visites en personne) » tel que mentionné dans le rapport en soutien est pour éviter qu'on puisse présumer qu'un suivi complet pourrait se faire sans évaluation en personne, ce qui n'est probablement pas recommandable ou qui serait applicable à une minorité de patients, risquant de limiter l'accès à l'application du protocole pour plusieurs personnes vulnérables.</i> <i>Concernant « À au moins 2 reprises pendant la première semaine de traitement, puis à nouveau selon l'évolution de l'état de la personne », il est à noter que certaines personnes requerront un suivi plus étroit (p.ex. des personnes plus vulnérables, isolées, ou très malades, mais refusant d'être hospitalisées ou traitées à l'hôpital) et que par ailleurs, des contacts plus fréquents entre autres en début de traitement (quotidiens p.ex.) peuvent être très constructifs pour le maintien de la motivation, l'observance au traitement et même l'ouverture face à d'autres démarches de rétablissement (engagement dans un plan de traitement plus global pour le TUA, pour la prévention des rechutes, etc.). Aussi, suivi plus étroit mentionné à la section 2.2.6.1 du rapport, les premières lignes des deux premiers paragraphes (au-delà de la clientèle plus vulnérable).</i> <i>Je comprends qu'il faut éviter de rendre obligatoires des conduites qui pourraient être difficiles à appliquer, entre autres en raison de ressources limitées, mais je trouve tout de même important de faire certains rappels ou recommandations pour éviter que certaines clientèles soient pénalisées ou ne soient pas suffisamment considérées. Ainsi, ces aspects pourraient être ajoutés en notes de bas de pages ou entre parenthèses? Au besoin, certains contacts pourraient être avec la pharmacie communautaire (ce qui aide aussi à l'encadrement au traitement), en alternance avec un intervenant psychosocial et un infirmier. En l'absence de proche, une personne d'une ressource communautaire qui connaît le patient pourrait peut-être être interpellée. Aussi, certains contacts peuvent être plus brefs pour éviter de surcharger les professionnels, tout en permettant de retirer les avantages de contacts plus réguliers.</i> <i>Un autre point est que certaines visites pourraient devoir se faire à domicile ou en communauté (en proximité) si on ne veut pas priver d'accès aux bénéfices de l'application du protocole les personnes qui refusent ou sont incapables de venir à l'hôpital (p. ex. en raison d'expériences traumatiques, de forte anxiété, etc.), quitte à interpellier un</i>	Les membres du comité consultatif estiment que l'ajout de cette parenthèse pourrait suggérer une alternance avec un ratio un pour un. Il a plutôt été spécifié « suivi occasionnel par téléphone... » et « selon l'évolution de l'état de la personne et lorsque faisable ». Une note dans l'encadré gris au début de la section <i>Suivi en milieu ambulatoire</i> a été ajoutée : ** Des personnes en situation de précarité, de vulnérabilité, d'isolement ou avec des besoins particuliers peuvent nécessiter une adaptation des modalités de suivi proposées, incluant une surveillance médicale plus étroite et des contacts plus fréquents. Optimiser l'accompagnement de la personne avec l'équipe interprofessionnelle. Les PMN ne sont pas les outils appropriés pour faire des rappels, mais les suggestions seront intégrées dans le GUO qui accompagne le PMN. L'applicabilité des PMN est effectivement un enjeu majeur. Voir la note ajoutée dans l'encadré gris décrite précédemment. Cette information sera plus pertinente à ajouter dans le rapport en soutien au GUO.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>intervenant du réseau communautaire ou du CLSC si impliqué, tel que mentionné ci-haut. Je ne suis pas certaine qu'une note brève à ce sujet s'ajoute vraiment bien au PMN, mais je tenais à le souligner pour qu'on l'ait en tête et peut-être que le point se glissera ailleurs plus facilement en cours de route (ou au rapport en soutien au PMN?)</i> <i>Dans « Questionner sur », ajouter de s'informer des habitudes d'hydratation régulière et rappeler certains conseils au besoin (comme cela fait partie des informations à transmettre, que l'hydratation est considérée importante et que ce n'est probablement pas moins important en ambulatoire qu'en établissement). De plus, un état de déshydratation fait partie des situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supp.</i> <i>Dans « Questionner sur la dernière dose de benzodiazépines ou de gabapentine prise (quantité et heure), l'intervalle respecté entre les doses », ajouter « et valider l'observance au traitement de façon générale également ».</i> <i>Dans « le confort de la personne par rapport aux symptômes et signes associés au sevrage d'alcool (nausées, vomissements, tremblements, sueurs paroxystiques, anxiété, agitation, irritabilité, céphalées, difficultés de sommeil, soif intense, goût de consommer) », on pourrait remplacer « goût » par « forte envie ».</i> <i>Dans la section 4.2 « À chaque suivi... », considérer ajouter l'état émotionnel et les pensées suicidaires comme pour le suivi en milieu ambulatoire lorsqu'applicable, quitte à ce que ce ne soit pas à chaque suivi. Je crois que c'est important aussi en établissement, d'autant plus que ça fait partie des situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire à la section suivante du PMN. C'est peut-être un oubli puisque le sommeil, l'état émotionnel et les pensées suicidaires sont mentionnés au rapport en soutien 1er paragraphe de la section 2.2.6.2 et je n'ai pas vu que le comité consultatif spécifiait de ne pas l'inclure. On mentionne aussi l'importance des autres conditions existantes (médicales et psychiatriques) à la fin de la section 2.2.7 du rapport en soutien car leur suivi est parfois délaissé pendant un sevrage alcoolique.</i>	Ajout effectué dans la section <i>Suivi</i> et explications ajoutées dans la section <i>Information à transmettre</i>. Ajout effectué. Correction apportée. Ajout effectué : « Fréquemment pendant le traitement : • S'informer de l'état émotionnel de la personne, y compris les pensées suicidaires ».
<u>Situations qui exigent une attention particulière :</u> <i>Dans « Niveau d'inconfort intolérable malgré des symptômes de sevrage légers (p. ex. un score CIWA-Ar inférieur à 8) », expliquer comme dans le rapport en soutien que si la personne ne répond pas au traitement tel qu'attendu, il faut considérer d'autres conditions médicales pouvant imiter les signes et symptômes de sevrage d'alcool.</i> <i>Dans « Développement de signes ou symptômes plus sévères (p. ex. des convulsions, de la confusion, de la désorientation ou des hallucinations) », ajouter « des vomissements persistants, une agitation marquée » dans les exemples, comme c'est indiqué dans le rapport.</i> <i>Pour les « Signes de sédation excessive (p. ex. un score inférieur à - 2 sur l'échelle de RASS), trouble de l'équilibre ou persistance de la somnolence malgré une réduction des doses ; Oxygénémie inférieure ou égale à 92 % à l'air ambiant ; Fréquence respiratoire égale ou inférieure à 10 », Cf commentaire fait dans cette section du rapport en soutien au PMN pour l'ajout possible d'une phrase qui explique et résume bien un élément important à détecter s'il y a lieu (la personne ne répond pas au traitement tel qu'attendu)</i>	De la manière dont les PMN sont construits, on ne spécifie pas la conduite à tenir pour les éléments figurant dans la dernière section. Cette information est disponible dans le rapport en soutien. L'agitation marquée a été ajoutée parmi les exemples, mais les vomissements persistants font déjà l'objet d'une puce un peu plus bas. Effectivement, il est important de détecter si les symptômes ne sont pas maîtrisés tel qu'attendu malgré la prise de médicaments conformément aux prescriptions, car une augmentation de la posologie selon un schéma PRN pourrait mener à une sédation excessive. Cependant, l'ajout

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	d'une justification (en plus des puces déjà présentes concernant les symptômes mal contrôlés et le développement de symptômes plus sévères) est difficile dans le PMN lui-même. L'ajout de ce type d'information sera toutefois considéré dans le tutoriel qui accompagnera le PMN.
Rapport en soutien	
<i>Dans le tableau de critères d'inclusion, « Personne avec un trouble d'usage d'alcool avéré » ... Est-ce que c'est ok compte tenu qu'un TUA confirmé n'était pas nécessaire dans la situation clinique et qu'un sevrage peut justifier un traitement même en dehors d'un TUA? Ou les mêmes critères sont repris pour tous les PMN?</i> <i>Dans la section 2.2.4.3, il est écrit au rapport : « Les membres du comité consultatif sont d'accord que la prise de médicaments pour un sevrage d'alcool devrait, dans la mesure du possible, être supervisée, autant en milieu ambulatoire (par un proche) qu'en établissement (membre de l'équipe interdisciplinaire) ». Ajouter « et/ou par (ou avec le soutien de) la pharmacie communautaire et/ou membre de l'équipe interprofessionnelle (par l'une de ces personnes, ou dans un suivi organisé en alternance) » après « par un proche » afin de tenir compte de la clientèle plus isolée avec peu ou pas de réseau de soutien familial ou social. Cf commentaires en ce sens au PMN également. Ce n'est pas une suggestion de formulation nécessairement, mais c'était surtout pour soulever le point (similaire au PMN).</i> <i>Dans la section 2.2.4, il est écrit au rapport : « Ces mêmes GPC précisent toutefois qu'un traitement basé sur les symptômes n'est pas nécessairement l'approche la plus appropriée dans certaines circonstances, comme les sevrages supervisés en milieu ambulatoire ou pour les personnes qui ont des antécédents de complications de sevrage ». Est-ce que cela fait référence au contexte de milieu ambulatoire tel que mentionné dans la situation clinique (qui semble par ailleurs défini de façon très large) ou contexte ambulatoire dans lequel une supervision plus étroite ou « obligatoire » est faite? C'est que à certains endroits on parle de prise de la médication par la personne « comme bon lui semble » et ici de « sevrages supervisés en milieu ambulatoire » alors que si tout ça est inclus dans la même situation clinique de milieu ambulatoire, ça n'implique pas les mêmes choses en termes de suivi et autres. Bref, la question des différents milieux de soins et ce que chacun comprend mériterait d'être précisée davantage au début du PMN, au rapport et les précisions prises en compte tout au long du processus. Commentaire fait également au PMN.</i>	Les critères d'inclusion et exclusion étaient communs aux trois PMN ainsi qu'au GUO. Ajout effectué. L'expression <i>sevrages supervisés en milieu ambulatoire</i> a été retirée pour éviter de créer de la confusion. Les membres du comité consultatif estiment qu'il faut rester très large pour couvrir l'ensemble des situations. Ambulatoire est principalement utilisé pour faire la distinction avec un patient sous surveillance continue (p. ex. un patient hospitalisé)
<i>Dans la section 2.2.4, il est écrit au rapport : « Les membres du comité consultatif précisent cependant qu'il est important de vérifier chez une personne dont l'inconfort est insoutenable malgré un score CIWA-Ar inférieur à 8 que l'inconfort est bel et bien dû au sevrage et non à une condition sous-jacente émergente ». Explication à ajouter à mon avis sommairement au 3e point de la section 5 p.6 du PMN, une meilleure compréhension du professionnel visé étant susceptible d'augmenter sa vigilance face à ce qui est recherché, d'améliorer son évaluation et possiblement son jugement général dans la gestion du protocole.</i> <i>Dans le rapport, changer « rythme cardiaque » pour « fréquence cardiaque »</i>	Ce genre de précisions n'apparaît généralement pas dans la dernière section des PMN, mais plutôt dans le rapport en soutien dont la lecture améliore effectivement la compréhension et l'application du contenu du PMN par le professionnel. Correction apportée.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>Dans la section 2.2.4, il est écrit au rapport : « Les membres du comité consultatif soulignent toutefois que l'utilisation d'un régime posologique basé sur les symptômes pour un sevrage effectué en milieu ambulatoire ne peut pas reposer sur les mêmes critères qu'en établissement, puisque la personne dont le sevrage se déroule à domicile est libre de gérer sa prise de médicament comme bon lui semble ». Formulation à modifier par souci de cohérence avec la recommandation quant à la supervision de l'administration de la Rx (PMN 2.4) ainsi que pour éviter l'insinuation ou possible malentendu que la personne peut réellement prendre la Rx « comme bon lui semble ». Suggestion : « a davantage de liberté dans la gestion de la prise de médicament » ou quelque chose comme ça. Aussi, si commentaire considéré pertinent, voir répétition de ce contenu dans la section « Discussion » de ce rapport.</i>	Correction apportée aux divers endroits du rapport.
<i>Dans la section 2.2.4, il est écrit au rapport : « c'est donc la personne traitée qui doit juger si son état requiert l'administration ou non de la dose suivante, et que le niveau de complexité de l'échelle CIWA-Ar la rend inappropriée pour un emploi par le patient lui-même ». Ajouter « (avec l'aide d'un proche ou d'un soignant au besoin si possible) » après « dose suivante ». Ajout suggéré si considéré pertinent, ou formulé autrement, mais simplement en cohérence avec le fait qu'idéalement la personne peut être guidée à ce sujet, ce qui ne change pas le fait que la façon d'évaluer doit être plus simple dans ces circonstances.</i>	Ajout effectué.
<i>Dans la section 2.2.4, ajouter « Par ailleurs, cette approche favorise une couverture des symptômes de sevrage susceptible de diminuer leur risque de progression vers un stade plus avancé, ce qui est d'autant plus important en milieu ambulatoire » après la phrase « Les membres du comité consultatif précisent donc qu'en milieu ambulatoire, il est demandé aux personnes traitées de prendre leur médication aux intervalles de temps précisés sur l'ordonnance s'il y a présence d'au moins un des symptômes de sevrage suivants : nausées, vomissements, tremblements, sueurs paroxystiques, anxiété, agitation, irritabilité, céphalées, difficultés de sommeil, soif intense, forte envie de consommer ». Ajout suggéré (si considéré pertinent) puisqu'il est d'autant plus important d'éviter la progression du sevrage en milieu ambulatoire où la supervision / surveillance est beaucoup moindre et parce que c'est l'une des raisons pour laquelle je suis en général plus « permissive » dans ce contexte en tant que prescriptrice. Pourrait aussi certainement être ou formulé différemment.</i>	Ajout effectué.
<i>Dans la section 2.2.5, il est écrit au rapport : « Ensuite, les membres du comité consultatif sont d'avis que même si la situation familiale et sociale de la personne a été évaluée lors de la consultation ayant mené à l'émission de l'ordonnance individuelle, il importe de soutenir à chaque étape la personne dans la mise en place de conditions favorables au succès de son sevrage alcoolique et à sa sécurité. Ils jugent donc pertinent de s'enquérir auprès de la personne traitée de la disponibilité d'une personne de soutien pendant le traitement ». Cf commentaire fait à ce sujet sur le PMN, bien que je trouve la formulation un peu plus claire ici. Quoiqu'il en soit, ça ne reste pas nécessairement réaliste pour certaines personnes et du soutien de notre part peut être requis afin d'organiser le tout, tel que mentionné dans mes commentaires du PMN. La phrase précédente fait d'ailleurs référence à l'importance de soutenir la personne pour le succès du sevrage et sa sécurité, mais à mon avis par nous aussi.</i>	Ce message a été davantage inséré dans le PMN (voir réponses antérieures).
<i>Dans la section 2.2.6, il est écrit au rapport : « Lors de l'utilisation d'un schéma posologique à dose fixe, les signes et symptômes des personnes doivent quand même être surveillés, et des dispositions doivent être prises pour que la personne soit suivie le lendemain afin de modifier la dose si nécessaire ». Ceci est un point qui souligne l'importance d'un suivi quand même assez étroit (p. ex. chez les gens qui sont plus isolés), tel que formulé dans certains autres de mes commentaires. Cf mes commentaires à ce sujet sur le PMN ainsi que suggestions d'autres personnes pouvant</i>	Certains éléments ont été ajoutés dans le PMN afin de mettre l'emphasis sur l'importance d'un suivi rapproché en milieu ambulatoire (soulignement de « <u>À au moins 2 reprises...</u> »,

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>peut-être être impliquées au suivi. Le paragraphe ci-haut (GPC recommandent suivi quotidien ou tous les 2 jours pendant les 5 premiers jours, et alternance de visite en personne et au téléphone) comporte aussi des informations en lien avec certains de mes commentaires sur le PMN.</i> <i>Dans la section 2.2.6, il est écrit au rapport : « Si la personne ne répond pas au traitement tel qu'attendu, les GPC rappellent de considérer d'autres conditions médicales pouvant imiter les signes et symptômes de sevrage d'alcool ». Ça rejoint certains des points de la section 5 du PMN p.6, mais formulé d'une façon qui clarifie et résume bien la raison de la recherche de certains des éléments énumérés. Bref, est-ce qu'il pourrait valoir la peine d'ajouter cet élément important comme constat / explication à cette section? Tout comme pour le commentaire page 31, une meilleure compréhension du professionnel visé est susceptible d'augmenter sa vigilance face à ce qui est recherché, d'améliorer son évaluation et possiblement son jugement général dans la gestion du protocole.</i> <i>Il manque un « y » et il faut déplacer le « donc » dans la phrase (section 2.2.6) En effet, la vérification des électrolytes, qui chaque fois nécessite un prélèvement sanguin, est normalement faite lorsqu'il a présence d'un delirium tremens, mais comme cette condition est une contre-indication à l'application du PMN, cette vérification ne donc s'applique pas. »</i> <i>Dans la section 2.2.7, il est écrit dans le Rapport : « En effet, tel qu'expliqué à la section 2.2.6.2, ils sont d'avis qu'un sevrage dont les signes et symptômes ne réagissent pas aux 2 ou 3 premières doses administrées est souvent annonciateur de complications ». Ceci est un autre point explicatif de l'importance de détecter une réponse différente au traitement que celle attendue et que je trouve intéressant à avoir en tête pour les professionnels qui appliquent le protocole. Cf commentaires précédents à ce sujet.</i>	ajout de « dont une fois dans les 24 à 72 premières heures »). Voir les réponses aux questions semblables posées précédemment. Corrections apportées. Aucune action requise, l'information se trouve dans le rapport en soutien.
3. Transfert des connaissances: Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suite à la publication du PMN et de l'OC.	
3.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? <i>Aucune réponse fournie ici directement.</i>	N/A

Tableau A-4 Traitement des commentaires du quatrième lecteur externe

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Qualité scientifique du rapport : 9/10	
1. Contenu général:	
1.1. Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire? <i>Oui. Les sections sont clairement définies. Les listes et tableaux sont aérés, facilitant la lecture. La présentation sous forme de points permet de cerner facilement les éléments à évaluer.</i> 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)? <i>Oui. Tel que mentionné pour le PMN sur l'initiation d'un bilan sanguin, il est essentiel de prendre en compte l'opinion des experts du comité consultatif pour colorer les recommandations des guides de pratique clinique afin d'adapter le PMN à la réalité clinique québécoise.</i> 1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel? <i>Oui, à condition de former davantage les équipes de soins des divers milieux cliniques à l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, qui est encore méconnue des professionnels ne travaillant pas en CRD ou en clinique spécialisée.</i> <i>En outre, il est nécessaire d'assurer l'accès à un médecin répondant ou une IPS en cas de survenue d'une situation exigeant une réévaluation, surtout lorsque le prescripteur ne peut pas nécessairement être rejoint en temps opportun (par exemple, prescription de benzodiazépines par un médecin de l'urgence).</i> 1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et de l'OC sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)? <i>Oui. La réflexion qui a mené aux différentes sections du PMN et de l'OC est clairement présentée dans le rapport en soutien.</i>	Aucune action requise. Aucune action requise. L'implantation de ce PMN ne fait pas partie du mandat du projet, celle-ci relevant du MSSS. L'INESSS fait toutefois partie d'un groupe de travail avec ce partenaire pour favoriser l'implantation de l'ensemble des PMN élaborés par l'INESSS. Cette information sera donc transmise à ce groupe de travail. De plus, un tutoriel présentant quelques cas cliniques sera publié sur le site Web de l'INESSS de concert avec le PMN afin d'aider à clarifier son utilisation. L'INESSS évaluera la faisabilité de fournir un lien vers la formation concernant l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar offerte sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial du MSSS ainsi que le meilleur endroit pour le faire. Il appartient à chaque milieu d'identifier clairement le médecin répondant (ou le mécanisme qui permet de l'identifier). Aucune action requise.

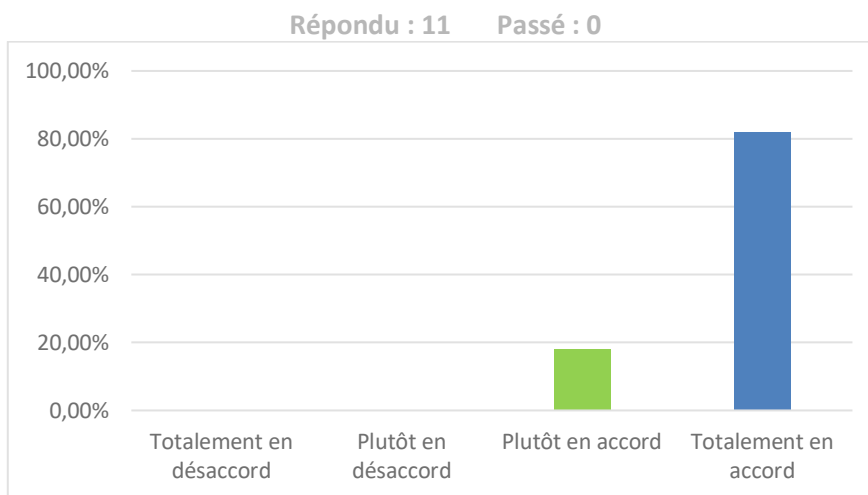
COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? <i>Oui. Le niveau de langue utilisé est accessible. Tel que mentionné pour le PMN sur l'initiation d'un bilan sanguin, il serait par contre intéressant d'inclure un lexique pour les quelques termes un peu plus spécialisés.</i> 1.6. Les références sont-elles d'actualité? <i>Oui. Le choix des guides de pratique me semble adéquat; ce sont ceux que j'aurais choisis pour répondre aux questions cliniques posées. En outre, la revue de littérature sur laquelle s'appuient les recommandations concernant les options de traitement du sevrage d'alcool me semble complète et à jour.</i> 1.7. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les contre-indications à l'application du PMN par un professionnel sont adéquates? <i>Oui, mais je rajouterais une contre-indication relative à l'initiation du traitement en milieu ambulatoire – voir mon commentaire section 2.2.2.</i> 1.8. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire sont adéquates? <i>Oui. Voir mon commentaire section 2.2.7.</i>	Un glossaire a été ajouté au début du rapport en soutien. Aucune action requise. Voir section 2. Voir section 2.
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
<i>(Ma numérotation se base sur les sections du rapport en soutien.)</i> 2.2.2 Contre-indications <i>Pour les personnes en milieu ambulatoire, l'absence de disponibilité de l'équipe de soins dans les premiers jours suivant l'arrêt de la consommation et le début du traitement (par exemple, lorsqu'un sevrage est débuté un vendredi et qu'aucun service n'est offert la fin de semaine) me semble contre-indiquer l'application du PMN. En effet, les premiers jours du traitement sont souvent ceux où les patients sont le plus à risque de faire appel à l'équipe, ou de nécessiter une réévaluation en cas de persistance des symptômes de sevrage, de rechute de consommation d'alcool ou d'effet indésirable important. Il me semble donc essentiel d'assurer une disponibilité de l'équipe à cette étape du sevrage.</i> 2.2.4 Conduite thérapeutique <i>Je me questionne sur le phrasé du troisième objectif de traitement mentionné à la section 2.2.4.1. En effet, les patients souffrant d'un TUA ne visent pas tous l'abstinence complète de consommation d'alcool, et ce même après avoir complété un sevrage. J'utiliserais une formulation plus générique, par exemple : « préparer la personne à la prise en charge de son TUA, par des interventions psychosociales et/ou l'initiation d'un traitement pharmacologique de prévention des rechutes ».</i> <i>Dans une perspective gériatrique, il pourrait être intéressant de rajouter au tableau des effets</i>	L'ajout d'une contre-indication à l'application d'un PMN s'impose lorsque que la prise en charge ou le suivi qui sont décrits dans le PMN ne peuvent pas s'appliquer si cette contre-indication est rencontrée, ce qui n'est pas tout à fait le cas ici. Cependant, comme cette information est très pertinente au moment de la rédaction de l'ordonnance individuelle, il a été convenu qu'elle sera ajoutée dans le GUO qui accompagne le PMN. L'objectif a été modifié pour « créer l'opportunité de favoriser une transition vers un traitement de soutien à la prévention des rechutes, lorsque cela est indiqué ».

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>indésirables des benzodiazépines de la section 2.2.4.2 les risques de chute associés à leur utilisation chez les personnes de 65 ans et plus, tel que décrits par les critères de Beers de l'Association américaine de gériatrie.</i> 2.2.5 Information à transmettre <i>Il pourrait être pertinent de rajouter au point sur l'importance de ne plus consommer d'alcool après le début du traitement la notion inverse, c'est-à-dire de cesser la prise de la médication en cas de rechute de consommation d'alcool, surtout dans le cas d'un traitement prescrit selon un horaire fixe. La rechute de consommation d'alcool pourrait également être mentionnée comme une des raisons de contacter l'équipe de soins au troisième point de la section « Précautions ».</i> <i>Afin de représenter plus fidèlement les manifestations cliniques évoquant un delirium tremens, je rajouterais la confusion aux critères nécessitant l'intervention des services d'urgence, au dernier point de la section Précautions.</i> 2.2.6 Suivi <i>Pour les personnes en milieu ambulatoire, il me semble important de spécifier qu'un des deux suivis effectués dans la première semaine de traitement ait lieu dans les premières 24 à 48 heures, afin de pouvoir intervenir de façon plus précoce en cas de persistance des symptômes de sevrage ou d'apparition de complication, de rechute de consommation d'alcool ou d'effet indésirable important.</i> 2.2.7 Situations qui exigent une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation <i>Il me semble important d'ajouter un exemple d'échec au traitement pour les personnes en ambulatoire aux situations qui exigent une réévaluation. Dans les parenthèses à la fin du quatrième point, je rajouterais donc la mention : « p. ex., en ambulatoire, persistance de symptômes de sevrage importants après 24 à 48 heures de traitement ». L'absence de réponse aux médicaments après 24 à 48 heures fait partie des situations nécessitant une réévaluation mentionnées dans le rapport en soutien.</i>	Ajout effectué. L'ajout n'a pas été effectué dans les <i>Notions générales</i> pour ne pas alourdir davantage le texte de cet élément, mais il a été fait dans les raisons de contacter l'équipe de soins dans les <i>Précautions</i>. Ajout effectué. Les membres du comité consultatif estiment que d'ajouter 24 à 48 heures pourrait être trop demandant pour les équipes qui ont peu de disponibilités. Il a donc été ajouté : « (dont une fois dans les 24 à 72 premières heures) » dans le PMN. Ajout effectué.
3. Transfert des connaissances: Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suite à la publication du PMN et de l'OC.	
3.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? <i>Je crois que les infirmières comme les médecins et IPS pourront bénéficier des informations du PMN. À l'étape de la rédaction de l'ordonnance, les prescripteurs utiliseront par exemple les sections concernant l'appréciation de la condition de santé afin de mieux évaluer la gravité du sevrage, et pourront transmettre les conseils généraux concernant la médication ainsi que les situations nécessitant une réévaluation inclus au PMN. Par ailleurs, les gestionnaires du réseau de la santé pourront utiliser le contenu du PMN pour mieux orienter la formation continue de leurs équipes, notamment en ce qui a trait à l'échelle CIWA-Ar.</i>	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.

ANNEXE B

Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs du PMN pour l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool

Q10¹ : Le contenu du PMN pour l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'une personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)



CHOIX DE RÉPONSES

RÉPONSES

Totalement en désaccord	0,00%	0
Plutôt en désaccord	0,00%	0
Plutôt en accord	18,18%	2
Totalement en accord	81,82%	9
TOTAL		11

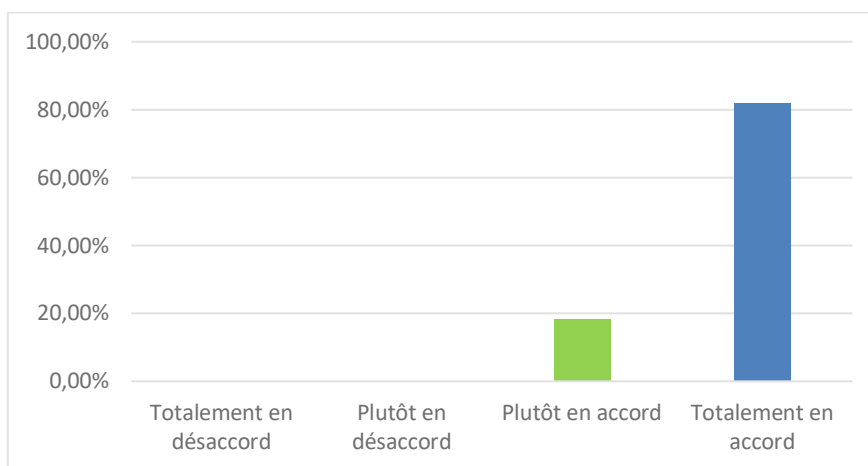
COMMENTAIRES

1	oui si pas évalué en centre de détention
2	Remplacer "hallucinations" par "troubles perceptuels", dans le PNM, page 2
3	Il faudrait spécifier les critères d'exclusion ou inclusion pour la prise en charge en ambulatoire.

¹ Les questions 1 à 9 concernaient un autre PMN élaboré en parallèle du présent projet [INESSS, 2021d].

Q11 : Le PMN présente les informations de façon claire et facile à comprendre

Répondu : 11 Passé : 0

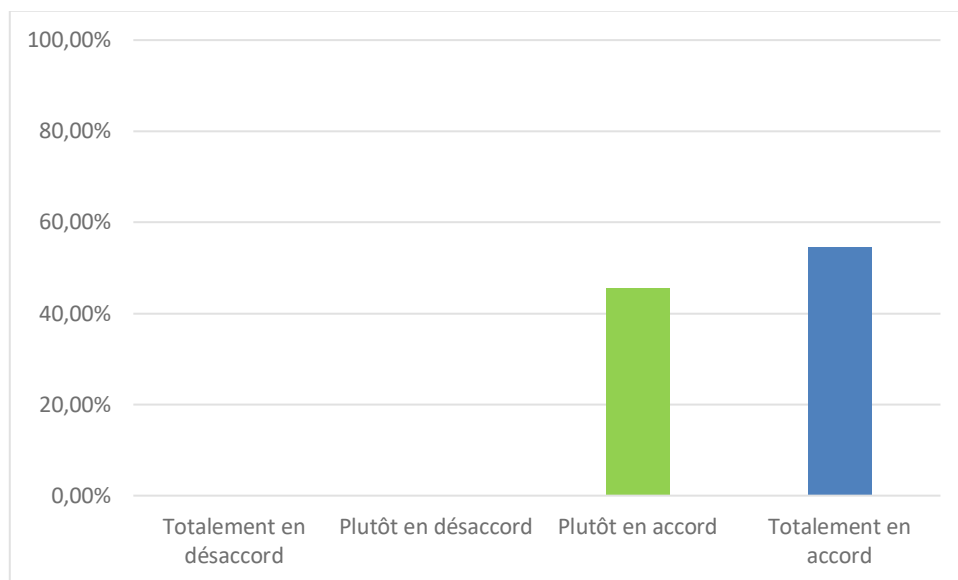


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Totalelement en désaccord	0,00%	0
Plutôt en désaccord	0,00%	0
Plutôt en accord	18,18%	2
Totalelement en accord	81,82%	9
TOTAL		11

#	COMMENTAIRES
1	Donner des critères plus précis en lien avec les risques de développer un sevrage léger - modéré ou sévère.

Q12 : La description de la situation clinique du PMN est claire, appropriée à la réalité du terrain et permet facilement au clinicien de déterminer l'applicabilité du protocole à la personne qui consulte :

Répondu : 11 Passé : 0

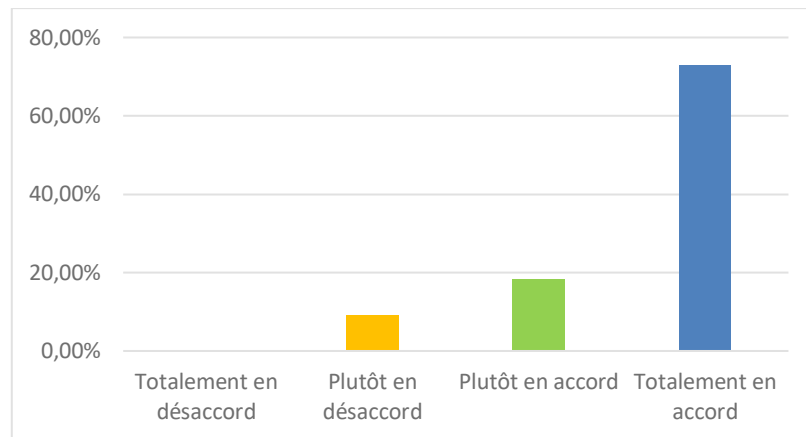


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Totalement en désaccord	0,00%	0
Plutôt en désaccord	0,00%	0
Plutôt en accord	45,45%	5
Totalement en accord	54,55%	6
TOTAL		11

#	COMMENTAIRES
1	Problématiques idem à la question 4 : Ma clientèle est itinérante et a des troubles de santé mentale. VHC fréquente (cirrhose, insuffisance hépatique...) Polytoxicomanie Travail du sexe et contraception sous-optimale Médication psychiatrique lourde Maladies chroniques fréquentes Inconfort r/a situation itinérance (froid, humidité, fatigue physique et mentale, difficulté d'accès à une toilette/douche...) Absence de réseau de soutien Pas de téléphone pour appeler les secours PRN Présence variable aux rdv
2	La distinction entre les deux énoncés n'est pas claire. La seconde précise que c'est à la fois pour milieu ambulatoire OU établissement. La première est dans quelle situation?
3	Il y a ambulatoire et établissement, mais peut-être préciser Établissement CRD, milieu carcéral et Milieu hospitalier Donner des indications simples sur le milieu à privilégier

Q13 : L'application des directives contenues dans le PMN dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière :

Répondu : 11 Passé : 0

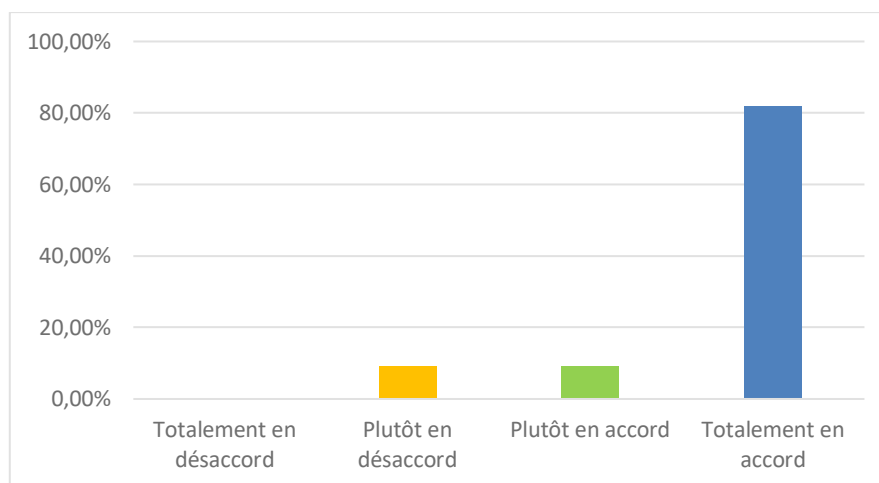


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Totalement en désaccord	0,00%	0
Plutôt en désaccord	9,09%	1
Plutôt en accord	18,18%	2
Totalement en accord	72,73%	8
TOTAL		11

#	COMMENTAIRES
1	Pour les mêmes raisons que le protocole, l'harmonisation des pratiques et l'approbation de nouveaux protocoles sont problématiques dans le CRD des Laurentides. Nos OC présentement ont été révisées en 2015 la dernière fois... Et il n'y a pas d'indication qu'elles seront révisées bientôt, donc j'imagine difficilement que ce protocole arriverait rapidement dans nos pratiques.

Q14 : Les situations exigeant une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation sont justes et pertinentes

Répondu : 11 Passé : 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Totalelement en désaccord	0,00%	0
Plutôt en désaccord	9,09%	1
Plutôt en accord	9,09%	1
Totalelement en accord	81,82%	9
TOTAL		11

#	COMMENTAIRES
---	--------------

Aucun commentaire

Q15 : Avez-vous des commentaires supplémentaires sur la qualité, la clarté et la convivialité du PMN pour l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'une personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool?

Répondu : 7 Passé : 4

#	COMMENTAIRES
1	non
2	Dans la partie 4.2 : SIGNES ET SYMPTÔMES MODÉRÉS OU SÉVÈRES(...) et symptômes soient stabilisées. Que signifie stabilisés?
3	Bravo pour votre travail
4	C'est concret et adapté à notre pratique. C'est très apprécié d'avoir un protocole d'une institution reconnue.
5	La page 3 mentionne d'utiliser le CIWA-modifiée « lorsque le contexte de soins limite l'utilisation » du CIWA-Ar. Ce serait possible de préciser ou donner exemples qui indiquerait l'utilisation de l'un VS l'autre?
6	non
7	Non
8	Serait-il pertinent de mettre une mise en garde pour les sevrages ambulatoires pour les personnes vivant seules ou sans domicile fixe (SDF)?
9	Pour le sevrage ambulatoire : Qu'en est-il des patients présentant des problèmes de santé physique instables? (Le document parle beaucoup des conditions hépatiques, mais pas des conditions cardiaques ou encore des troubles cognitifs). Il n'y a pas non plus de mention de vigilance pour la patientèle ayant fait plusieurs sevrages surtout rapprochés vs le <i>kindling effect</i>
10	Finalement, pour la surveillance des signes vitaux, afin d'augmenter la vigilance, peut-être devrait-il y avoir une mise en garde pour les patients sous bêta-bloqueur lors de l'évaluation des symptômes de sevrage d'alcool?

Tableau B-1 Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du protocole médical national pour l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool

Question du sondage	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
Q10 ¹ - Le contenu du PMN pour l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'une personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)	oui si pas évalué en centre de détention	Aucune modification n'a été apportée.
	Remplacer "hallucinations" par "troubles perceptuels", dans le PNM, page 2	Correction apportée.
	Il faudrait spécifier les critères d'exclusion ou inclusion pour la prise en charge en ambulatoire.	Les situations pour lesquelles une prise en charge en milieu ambulatoire est recommandée ou non sont décrites dans le GUO qui accompagne les PMN. Normalement, lorsque l'ordonnance pour le traitement pharmacologique est émise par le prescripteur (en amont de l'application de ce PMN), ce dernier a aussi déterminé le milieu où se déroulera le sevrage.
Q11 - Le PMN présente les informations de façon claire et facile à comprendre	Donner des critères plus précis en lien avec les risques de développer un sevrage léger - modéré ou sévère.	Ces informations sont présentées dans le GUO qui accompagne le PMN.
Q12 - La description de la situation clinique du PMN est claire, appropriée à la réalité du terrain et permet facilement au professionnel de déterminer l'applicabilité du protocole à la personne qui consulte	Problématiques idem à la question 4 : <i>Ma clientèle est itinérante et a des troubles de santé mentale. VHC fréquente (cirrhose, insuffisance hépatique...) Polytoxicomanie Travail du sexe et contraception sous-optimale Médication psychiatrique lourde Maladies chroniques fréquentes Inconfort r/a situation itinérance (froid, humidité, fatigue physique et mentale, difficulté d'accès à une toilette/douche...) Absence de réseau de soutien Pas de téléphone pour appeler les secours PRN Présence variable aux rdv</i>	Des éléments ont été ajoutés pour mieux prendre en compte ces populations vulnérables dans l'application du PMN. Par exemple, une sous-section complète sur la situation sociale a été ajoutée dans Appréciation de la condition de santé, et une note encourageant une certaine souplesse au début de la section Suivi afin de bien s'adapter à leur réalité et besoins particuliers.
	La distinction entre les deux énoncés n'est pas claire. La seconde précise que c'est à la fois pour milieu ambulatoire OU établissement. La première est dans quelle situation?	La précision a été ajoutée que le premier énoncé concerne les traitements avec un schéma posologique selon un horaire fixe, qu'ils soient utilisés en établissement ou en milieu ambulatoire.
	Il y a ambulatoire et établissement, mais peut-être préciser Établissement CRD, milieu carcéral et Milieu hospitalier Donner des indications simples sur le milieu à privilégier	Les indications sur le choix du milieu sont présentées dans le GUO qui accompagne le PMN. Une note en bas de page a été ajoutée pour préciser le terme <i>établissement</i> .

¹ Les questions 1 à 9 concernaient un autre PMN élaboré en parallèle du présent projet [INESSS, 2021d].

Question du sondage	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
Q13 - L'application des directives contenues dans le PMN dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.	Pour les mêmes raisons que le protocole, l'harmonisation des pratiques et l'approbation de nouveaux protocoles sont problématiques dans le CRD des Laurentides. Nos OC présentement ont été révisées en 2015 la dernière fois... Et il n'y a pas d'indication qu'elles seront révisées bientôt, donc j'imagine difficilement que ce protocole arriverait rapidement dans nos pratiques.	L'INESSS fait partie d'un groupe de travail avec le MSSS pour favoriser l'implantation de l'ensemble des PMN élaborés par l'INESSS. Cette information sera donc transmise à ce groupe de travail.
Q14 - Les situations exigeant une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation sont justes et pertinentes :		
Q15 - Avez-vous des commentaires supplémentaires sur la qualité, la clarté et la convivialité du PMN pour l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool?	non	Aucune action requise.
	Dans la partie 4.2 : SIGNES ET SYMPTÔMES MODÉRÉS OU SÉVÈRES (...) et symptômes soient stabilisés. Que signifie stabilisés?	La signification de <i>stabilisés</i> est illustrée par un exemple dans le rapport en soutien au PMN : « Une fois l'état de la personne stabilisé (p. ex. des symptômes légers pendant 12 ou 24 heures)... », mais le terme a été remplacé dans le PMN par <i>contrôlés</i> .
	Bravo pour votre travail	Aucune action requise.
	C'est concret et adapté à notre pratique. C'est très apprécié d'avoir un protocole d'une institution reconnue.	Aucune action requise.
	La page 3 mentionne d'utiliser le CIWA-modifiée « lorsque le contexte de soins limite l'utilisation » du CIWA-Ar. Ce serait possible de préciser ou donner exemples qui indiquerait l'utilisation de l'un VS l'autre?	Ces précisions et exemples sont donnés dans le rapport en soutien qui sera rendu disponible aux utilisateurs simultanément à la publication du PMN.
	non	Aucune action requise.
	non	Aucune action requise.
Autres commentaires :	Serait-il pertinent de mettre une mise en garde pour les sevrages ambulatoires pour les personnes vivant seules ou sans domicile fixe (SDF)?	Cette mise en garde est présente dans le GUO qui accompagne le PMN. De plus, des notes générales quant au support à apporter à ces personnes ont été ajoutées à divers endroits dans le PMN (p. ex. dans les sections <i>Appréciation de la condition de santé</i> et <i>Information à transmettre</i> , ainsi que dans l'encadré de la section <i>Suivi</i> .

Question du sondage	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
	Pour le sevrage ambulatoire : Qu'en est-il des patients présentant des problèmes de santé physique instables? (Le document parle beaucoup des conditions hépatiques, mais pas des conditions cardiaques ou encore des troubles cognitifs). Il n'y a pas non plus de mention de vigilance pour la patientèle ayant fait plusieurs sevrages surtout rapprochés vs le <i>kindling effect</i>	L'aggravation des conditions médicales ou psychiatriques existantes fait partie des situations nécessitant une attention particulière listées à la dernière section du PMN. Le suivi doit être adapté selon la condition médicale et psychologique de la personne. Le <i>kindling effect</i> doit être considéré (avec d'autres facteurs de risque de complication) en amont de l'application de ce PMN, lorsque le prescripteur émettra l'ordonnance individuelle et déterminera les modalités de la prise en charge. Il est décrit dans le GUO qui accompagne le PMN.
	Finalement, pour la surveillance des signes vitaux, afin d'augmenter la vigilance, peut-être devrait-il y avoir une mise en garde pour les patients sous bêta-bloqueur lors de l'évaluation des symptômes de sevrage d'alcool?	Bien que les membres du comité consultatif comprennent que l'enjeu potentiel est que certaines médications pourraient "masquer" des anomalies des signes vitaux indiquant un sevrage, ils ne croient toutefois pas qu'il soit nécessaire de changer l'approche de la surveillance des signes vitaux telle que décrite dans le PMN.
Avez-vous des commentaires supplémentaires ou des suggestions sur la manière de faciliter l'adoption et l'utilisation de ces trois PMN?	Aucun.	Aucune action requise.
	J'ai très hâte de pouvoir les utiliser.	Aucune action requise
	J'ajouterais de demander à la famille/personne proche si situation où l'usager ne peut pas répondre de lui-même à cause de la confusion	Dans la section des informations à transmettre des PMN sur le sevrage et la prévention des rechutes, il est mentionné de discuter des éléments avec la personne et, si approprié, son proche aidant ou soignant.
	Votre assistance auprès des directions de soins infirmiers (DSI) afin de faciliter l'harmonisation des pratiques.	La DNSSI chapeaute l'implantation des PMN pour faciliter l'harmonisation des pratiques.
	Non	Aucune action requise.
	– Formation sur l'ENA – Document d'accompagnement pour l'implantation – Faire descendre les OC conjointement avec l'OIIQ - Faire reconnaître l'expertise des infirmières cliniciennes en dépendance car très peu de médecins et intérêts limités des médecins (médecin une demi-journée semaine versus une infirmière à temps complet)	L'INESSS fait partie d'un groupe de travail avec le MSSS pour favoriser l'implantation de l'ensemble des PMN élaborés par l'INESSS. Cette information sera donc transmise à ce groupe de travail.
	non	Aucune action requise.

Question du sondage	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
Avez-vous des commentaires supplémentaires ou des suggestions sur la stratégie de diffusion à préconiser pour ces trois PMN?	Aucun	Aucune action requise.
	Cibler les milieux où travaillent des infirmières expertes en gestion de sevrage et prévention de la rechute. Centre de réadaptation en dépendance, service hospitalier spécialisés. Diffuser l'information dans des symposiums dont le thème principal est la dépendance (symposium de la communauté médicale de pratique en dépendance par exemple).	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.
	Pour la diffusion, je passerais par le chef de service de pharmacie des CISSS, CIUSSS afin que ce soit envoyé par la suite aux bonnes personnes	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.
	Via vos infolettres et à envoyer aux directions de tous les CISSS et CIUSSS de la province.	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.
	Non	Aucune action requise.
	– Conjointement avec l'OIIQ et le collège - Via les DSI et Directeurs des services professionnels des différents CISSS - Avec la collaboration des différents conseils des CISSS-CIUSSS (CECII et CMDP) - Via les infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat spécialisée en dépendance.	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.
	Non	Aucune action requise.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

